

# Les besoins de nature sexuelle et en soins de soutien des Canadiens atteints du cancer de la prostate et de leurs partenaires : définition du problème et développement des interventions

par Deborah L. McLeod, Lauren M. Walker, Richard J. Wassersug, Andrew Matthew et John W. Robinson

## Abrégé

Les traitements du cancer de la prostate s'accompagnent d'un large éventail d'enjeux de survivance à court et à long terme non seulement pour les patients mais aussi pour leurs partenaires. Les effets du traitement varient de l'incontinence urinaire au dysfonctionnement sexuel en passant par des défis psychologiques, relationnels et sociaux. De plus, l'hormonothérapie anti-androgénique entraîne de graves risques pour la santé (p. ex. maladies cardiovasculaires et ostéoporose), qui doivent faire l'objet d'une gestion efficace.

Bien qu'il y ait une multitude d'enjeux liés à la survivance à prendre en charge, il existe au Canada fort peu de programmes à l'intention des survivants qui aident ces derniers et leurs partenaires à aborder les résultats du diagnostic et du traitement du cancer de la prostate. Malgré tout, la situation commence à s'améliorer.

Plusieurs établissements de différentes régions du Canada participent à l'élaboration d'un éventail de programmes visant à répondre aux besoins en soins de soutien des hommes ayant le cancer de la prostate et de leurs partenaires. Nous discutons dans cet article des questions qui se posent et des programmes qui sont lancés en vue de les aborder.

Les patients atteints du cancer de la prostate font face à une multitude d'enjeux associés au traitement qu'ils ont reçu et qui ont une incidence importante sur leur qualité de vie. Les traitements primaires du cancer de la prostate, localisés et à visée curative, sont la prostatectomie radicale et la radiothérapie (sous forme de curiethérapie ou de radiothérapie standard, par faisceau externe). Des thérapies générales telles que l'hormonothérapie anti-androgénique (HAA) sont également courantes. Quoique les patients et leurs partenaires éprouvent les importantes conséquences physiques et psychosociales de ces traitements, le soutien permettant d'aborder ces enjeux est limité et erratique parmi les centres de cancérologie du Canada.

Plusieurs centres de cancérologie du Canada travaillent assiduellement depuis six ans à l'amélioration des soins de soutien dispensés aux patients ayant le cancer de la prostate et à leurs partenaires. Nous aborderons deux de ces programmes, le premier qui porte sur le dysfonctionnement sexuel induit par le traitement localisé du cancer de la prostate alors que le second concerne l'adaptation à l'hormonothérapie anti-androgénique.

## Au sujet des auteurs



Deborah L. McLeod, Ph.D., inf., Université Dalhousie, École des sciences infirmières et Capital Health / QEII Cancer Care Program, Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada



Lauren M. Walker, Ph.D., Département d'oncologie, Faculté de médecine, Université de Calgary, et, Département des ressources psychosociales, Tom Baker Cancer Centre



Richard J. Wassersug, Ph.D., Département des sciences urologiques, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada et Australian Research Centre in Sex, Health and Society, LaTrobe University, Melbourne, Australie



Andrew Matthew, Ph.D., CPsych, Hôpital Princess Margaret, Département d'oncologie chirurgicale, Toronto, Ontario, Canada



John W. Robinson, Ph.D., RPsych, Département d'oncologie, Faculté de médecine, Université de Calgary, et, Département des ressources psychosociales, Tom Baker Cancer Centre. Département de psychologie, Université de Calgary, Calgary, Alberta, Canada

Auteure à qui adresser la correspondance : Deborah L. McLeod, QEII Health Science Centre, Victoria 11-006, 1276 South Park St., Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada, B3H 2Y9

Courriel : [DeborahL.McLeod@cdha.nshealth.ca](mailto:DeborahL.McLeod@cdha.nshealth.ca);  
Téléphone : 902-473-2964; Télécopieur : 902-473-2965

## Questions liées à la survivance pour les hommes et pour leurs partenaires

En dépit des améliorations au niveau des traitements du cancer de la prostate localisé, la meilleure estimation générale de la prévalence de difficultés érectiles à long terme à la suite du traitement est de 40%-80% (Cooperberg, Koppoe, Lubeck, Grossfield, Mehta & Carroll, 2003; Lilleby, Fosså, Wæhre & Olsen, 1999; Tanner, Galbraith & Hays, 2011; van der Wielen, Mulhall & Incrocci, 2007). La majorité de ces hommes éprouvent une détresse importante face à leur dysfonctionnement érectile (Cooperberg et al., 2003; Matthew, Goldman, Trachtenberg, Robinson, Horsburgh, Currie & Ritvo, 2005; Miron, Imbimbo, Palmieri, Longo & Fusco, 2003). Les autres difficultés d'ordre sexuel comprennent notamment la perte de libido, l'incapacité à atteindre l'orgasme, la qualité réduite de l'orgasme, la climacturie et la dysorgasmie. Le dysfonctionnement sexuel exerce à lui seul le fardeau ayant la plus grande incidence sur la qualité de vie liée à la santé des patients et de leurs partenaires, plus encore que l'inquiétude face à la récurrence du cancer (Crowe & Costello, 2003; Heathcote, Mactaggart, Boston, James, Thompson & Nicol, 1998). La recherche examinant la nature de la détresse parmi ces hommes (et leurs partenaires) révèle que le fardeau du dysfonctionnement sexuel dépasse de loin la seule capacité d'avoir des érections, et a des conséquences psychosociales complexes, y compris la perte d'intimité (Helgason, Adolfsson,

Dickman, Arver, Fredrikson & Steineck, 1997), la faible estime de soi, la culpabilité, la dépression, l'anxiété et la colère (Pedersen, Carlsson, Rahmqvist & Varenhorst, 1993).

L'adaptation psychologique et l'humeur sont étroitement associées aux inquiétudes d'ordre sexuel et à l'ajustement dyadique (Wooten, Burney, Frydenberg, Foroudi, 2007). Les prédicteurs de la détresse psychologique et de l'humeur maussade comprennent l'emploi de comportements d'évitement (Perczek, Burke, Carver, Krongard & Terris, 2002), une faible auto-efficacité (Northouse et al., 2007), la mauvaise qualité des relations (Perez, Skinner & Meyerowitz, 2002) et la mauvaise communication entre conjoints (Manne, Badr, Zaider, Nelson & Kissane, 2010; Manne, Kissane, Nelson, Mulhall, Winkel, Zaider, 2011). Ces conclusions appuient l'affirmation selon laquelle les programmes destinés aux survivants du cancer doivent inclure leurs partenaires.

La manière dont les patients vivent leur cancer de la prostate et son traitement, ainsi que l'impact de ce dernier sur le sens inné de masculinité des hommes, a été décrite dans bon nombre d'études (Charmaz, 1995; Courtenay, 2000; Oliffe, 2002). Dans l'ensemble, les hommes ont tendance à choisir le stoïcisme et le silence en réaction à la maladie. Lorsqu'ils sont confrontés à l'incapacité sexuelle, les hommes sont nombreux à considérer le dysfonctionnement érectile comme étant «leur problème à résoudre» (Oliffe & Thorne, 2007). Quand les hommes font face à un dysfonctionnement érectile insoluble, une stratégie d'adaptation courante consiste à se replier sur eux-mêmes et à réduire la communication avec leur partenaire. Il s'avère qu'une telle stratégie est, à la longue, préjudiciable à la vie du couple (Roesch et al., 2005) puisqu'elle réduit le potentiel d'adaptation et de résolution de problèmes dyadiques et augmente la détresse chez les partenaires des patients.

Plusieurs études indiquent que les partenaires signalent tout autant de détresse que les patients, voire davantage dans certains cas (Cliff & MacDonagh, 2000; Couper, Bloch, Love, Macvean, Duchesne & Kissane, 2006a; Hagedoorn, Buunk, Kuijter, Wobbles & Sanderman, 2000) et la rupture de l'intimité constitue un problème largement rapporté (Boehmer & Clark, 2001; Hawes et al., 2006; Navon & Morag, 2003; Schover, 2001). Les principaux prédicteurs de la détresse entre conjoints sont notamment les suivants : 1) la détresse accrue du patient, 2) un soutien moindre de la part de sa ou son partenaire, 3) une moindre qualité de la vie conjugale, 4) un moindre recours à la réévaluation positive et enfin, 5) la recherche vaine d'un sens au vécu de la maladie (Eton, 2005). D'autres équipes de recherche ont constaté que les patients atteints du cancer de la prostate qui signalaient des liens dyadiques plus marqués éprouvaient moins de détresse (Fergus, 2011). Il a également été établi que le rôle de la ou du partenaire joue un rôle significatif dans la minimisation des perturbations de l'identité et de l'estime de soi des patients ayant le cancer de la prostate (Skerrett, 2010; Fergus, 2011). La participation des partenaires aux programmes axés sur la survivance est donc susceptible non seulement d'atténuer les souffrances des partenaires mais encore de favoriser une meilleure adaptation des patients (p. ex. Kukula, Jackowich & Wassersug, 2014).

Certaines études (Garos, Kluck & Aronoff, 2007; Manne et al., 2010; 2011) ont révélé des difficultés de communication chez les couples touchés par le cancer de la prostate. Il existe plusieurs sujets stressants que la plupart des couples préfèrent éviter de discuter tels que la menace de la mort, la honte et la gêne associées au corps et le dysfonctionnement sexuel. Il semble que l'évitement des questions importantes, mais difficiles, entraîne une baisse d'ensemble de la communication relative à d'autres sujets tels que l'intimité. La tendance qu'ont les membres du couple à faire de l'évitement proactif, c'est-à-dire ne pas aborder un sujet de peur qu'il ne crée de la détresse chez le ou la partenaire, a été dégagée comme une des causes de la baisse de la communication (Coyné, Ellard & Smith, 1990). Les rapports des interventions qui

visaient à rehausser la communication chez les couples faisant face à un cancer de la prostate localisé indiquent que la communication est le prédicteur clé de l'ajustement et de la détresse (Manne et al., 2010; 2011).

Si l'on considère le manque de programmes normalisés pour les survivants du cancer au Canada, plus particulièrement de programmes qui définissent précisément le cancer de la prostate comme étant une maladie du couple, il n'est pas étonnant que les hommes et leurs partenaires déclarent avoir besoin de davantage de soutien psychosocial que ce qui leur est traditionnellement fourni (Banthia, Malcarne, Varni, Ko, Sadler & Greenbergs, 2003; Couper, Bloch, Love, Macvean, Duchesne & Kissane, 2006b; Harden et al., 2002; Neese, Schover, Klein, Zippe & Kupelian, 2003; Pitceathly & Maguire, 2003; Resendes & McCorkle, 2006; Schover, 2001; Soloway, Soloway, Kim & Kava, 2005; Steginga, Occhipinti, Dunn, Gardiner, Heathcote & Yaxley, 2001).

## Nouveaux programmes canadiens qui abordent les questions liées à la survivance

### La e-clinique de santé et réadaptation sexuelles

L'incidence du dysfonctionnement sexuel sur la qualité de vie des patients/partenaires (Manne, 1999; Meyer, Gillatt, Lockyer & Macdonagh, 2003; Steginga et al., 2001), est si étendue qu'elle justifierait l'existence d'interventions de réadaptation. Le projet d'e-clinique de santé et réadaptation sexuelles (*SHARE-C*) est une intervention de réadaptation et de santé sexuelles d'envergure pancanadienne et offerte sur le Web qui est animée par des professionnels de la santé experts en santé sexuelle et en cancer de la prostate. Financée par Cancer de la prostate Canada (CPC), l'intervention *SHARE-C* est le fruit de la collaboration de trois grands centres : la Prostate Cancer Rehabilitation Clinic du Centre de cancérologie Princess Margaret à Toronto, Ontario, le Programme de santé sexuelle du Tom Baker Cancer Centre et le Prostate Cancer Centre de Calgary, Alberta et enfin le programme Online Sexual Rehabilitation in Prostate Cancer de l'Université Dalhousie/Capital Health à Halifax, N.-É.

Les buts de *SHARE-C* sont d'améliorer le fonctionnement sexuel et de favoriser le maintien de l'intimité après le traitement du cancer de la prostate. Ces buts sont atteints par le biais de deux composantes complémentaires : 1) une *composante biomédicale*, qui porte sur le retour à long terme d'un fonctionnement érectile où le pénis est suffisamment ferme pour permettre la pénétration; 2) une *composante psychosociale*, qui vise à maintenir ou à restaurer l'intimité des couples. En bref, l'approche biomédicale visant à améliorer la situation liée au dysfonctionnement érectile induit par le traitement du cancer de la prostate, que l'on appellera ici «réadaptation érectile», fait appel à l'utilisation d'agents et d'appareils pro-érectiles favorisant l'oxygénation des tissus péniens afin de réduire le risque de dommages structurels (Fode, Ohl, Ralph & Sonksen, 2013). Les patients recevront un soutien tandis qu'ils suivent un algorithme de réadaptation érectile élaboré par un comité d'experts multidisciplinaire canadien. La conception de l'algorithme sera telle qu'elle permettra de prendre en compte les différences dans la réponse des patients au traitement médicamenteux pro-érectile et dans l'acceptation/la tolérance des traitements pro-érectiles de la part des patients/partenaires. Le but principal de la composante psychosociale consiste à aider les couples à maintenir leur intimité et à participer à des activités sexuelles satisfaisantes qu'elles comprennent ou non la pénétration.

La e-clinique *SHARE-C* fait appel à de nombreuses modalités pour appuyer la réussite de l'intervention, notamment des séances de *counselling en groupe avec facilitateur*, un *cahier* électronique du programme et des approches d'*autogestion* compatibles avec

les applications pour appareils mobiles. On offrira des séances de counselling sur le Web grâce à des bavardoirs soutenus par CancerChatCanada (CCC), à l'intention des patients et des partenaires à la fois avant la réalisation du traitement à visée curative du cancer de la prostate et à cinq intervalles différents durant les 24 mois suivant le traitement. Détail important, les moments choisis pour la tenue des séances de counselling *SHARE-C* correspondent aux périodes critiques de l'après-traitement du cancer de la prostate en ce qui concerne les besoins psychosociaux et relatifs à la santé sexuelle.

Le counselling en ligne aura lieu dans un bavardoir protégé par un mot de passe et verra la participation de huit couples ou de huit patients célibataires. Les participants seront regroupés selon la modalité de traitement (p. ex. la chirurgie, d'une part, et la radiothérapie, d'autre part) et selon la période de suivi posttraitement à laquelle ils sont parvenus. On s'assurera, de cette manière, que les couples suivront une trajectoire similaire. Les premières séances de counselling s'intéressent à l'éducation, à la normalisation des changements touchant la santé sexuelle et à la réadaptation afin d'atténuer les attentes mésadaptées. Les sujets incluent les suivants : les effets de la chirurgie et de la radiothérapie sur la santé sexuelle, le programme de réadaptation liée à la santé sexuelle, l'encouragement à utiliser les médicaments pro-érectiles le plus tôt possible et les attentes réalistes. Les hommes célibataires et les couples recevront du counselling en matière d'intimité soulignant que la communication et le maintien de l'intimité autre que sexuelle constituent le fondement qui leur permettra de surmonter le dysfonctionnement sexuel; on leur présentera également les stratégies leur permettant d'avoir des rapports sexuels gratifiants, qu'ils s'accompagnent de pénétration ou non. Des efforts importants seront faits au cours des séances en vue de déterminer les préoccupations particulières des patients (p. ex. angoisse de la performance, manque de spontanéité et de naturel). Les séances ultérieures porteront sur la personnalisation du régime de traitement pro-érectile et de l'orientation liée aux rapports sexuels sans pénétration. Les séances finales se concentreront sur la planification à long terme du maintien de l'intimité et de l'acceptation et de l'adaptation à la nouvelle vie sexuelle du patient/du couple.

Les participants auront accès à un cahier interactif offert en ligne. Il sera organisé de manière à ce que ses chapitres complètent les sujets abordés par le facilitateur pendant les séances de counselling. Les hommes, qu'ils aient une ou un partenaire ou non, seront priés de lire des chapitres particuliers avant de participer à chaque séance de counselling en ligne et de remplir les sections consacrées à l'établissement d'objectifs et à la tenue d'un journal de bord.

Bien entendu, l'efficacité de *SHARE-C* dépendra grandement des compétences de ses facilitateurs. Il est essentiel que le programme possède des facilitateurs/conseillers enthousiastes, compétents et débordant de confiance. Nous mettons actuellement au point un programme de formation intitulé Programme de formation en ligne en santé et réadaptation sexuelles (*SHARE-T*). Également subventionné par CPC, il a pour but d'établir un programme de formation spécialisée en santé sexuelle et spécifiquement liée au cancer de la prostate s'adressant aux professionnels de la santé de l'ensemble du Canada en vue d'améliorer l'accès au soutien en matière de santé sexuelle pour les hommes traités pour un cancer de la prostate et leurs partenaires. Le programme de formation munira les professionnels de la santé des compétences et des connaissances dont ils ont besoin pour dispenser un soutien en matière de santé sexuelle à cette communauté. Le programme *SHARE-T* sera offert à titre de programme de formation en ligne interprofessionnel par l'intermédiaire du projet ÉDOPI - Éducation à distance en oncologie psychosociale interprofessionnelle de l'ACOP (Association canadienne d'oncologie psychosociale) (<http://www.capo.ca/projet-edopi/>) (McLeod, Curran, Dumont, White, & Charles, 2013; McLeod, Curran, & White, 2011).

En plus d'accroître le nombre de professionnels de la santé compétents en la matière au Canada, *SHARE-T* vise également à fournir de l'éducation, du soutien et de l'encadrement dans le développement de programmes de santé sexuelle en lien avec le cancer de la prostate et ce, par le biais de champions et championnes dans les établissements. Dès qu'ils ont été formés, les diplômés du programme peuvent faciliter la prestation de l'intervention *SHARE-C*, en utilisant la technologie et le matériel dans leur propre établissement.

*SHARE-C* et *SHARE-T* sont des programmes complémentaires conçus pour faciliter la formation des professionnels de la santé et améliorer l'accès à des soins de qualité, quelles que soient la distance entre les patients et leurs centres de cancérologie et leur région géographique. Les professionnels de la santé intéressés sont invités à communiquer avec le projet ÉDOPI en janvier 2015 en vue d'obtenir de plus amples renseignements sur le programme de formation *SHARE-T*.

### **Le Programme d'éducation sur l'hormonothérapie anti-androgénique (HAA)**

L'HAA chez les patients atteints d'un cancer avancé de la prostate peut ajouter jusqu'à sept années à la survie (Fleshner, Keane, Lawton, Mulders, Payne, Taneja & Morris, 2007). Toutefois, les patients doivent composer avec les effets secondaires de la suppression androgénique pendant toute la durée du traitement. Les patients atteints du cancer de la prostate qui sont sous HAA ont besoin de bien plus de soins de soutien que ceux qu'ils reçoivent actuellement à cause de la vaste gamme des effets associés à l'HAA (Armes et al., 2009; Elliott, Latini, Walker, Wassersug & Robinson, 2010; Alibhai, Gogov & Alibhai, 2006; Casey, Corcoran, Goldenberg, 2012; Freedland, Eastham & Shore, 2009; Saylor & Smith, 2009). Ceci n'est guère surprenant puisque les effets secondaires de l'HAA incluent notamment: (i) la féminisation du corps (Ervik & Asplund, 2012; Zaider, Manne, Nelson, Mulhall & Kissane, 2012), (ii) la diminution de l'intérêt et du fonctionnement sexuels qui met les relations à rude épreuve, (iii) des changements cognitifs et affectifs (McGinty et al., 2014; Lee, Jim, Fishman, Zachariah, Heysek, Biagioli & Jacobsen, 2014; Wu, Diefenbach, Gordon, Cantor, Cherrier, 2013), et enfin, (iv) la perturbation du sommeil, la fatigue et la dépression (Hanisch, Gooneratne, Sooin, Gehrman, Vaughn, Coyne, 2011). En outre, l'HAA est associée à un gain pondéral et à une augmentation du risque d'ostéoporose (Ross & Small, 2002), de maladie cardiovasculaire, d'obésité et d'insulinorésistance (voir l'étude de Walker, Tran & Robinson, 2013). En outre, les partenaires des patients sous HAA éprouvent une détresse importante due à la perte d'intimité et à la réduction de leur qualité de vie générale (Elliott et al., 2010). Les médecins prescripteurs s'efforcent d'atténuer la toxicité de l'HAA en l'administrant de manière intermittente. Cependant, même avec une utilisation intermittente ou à court terme, l'incidence indésirable sur le bien-être psychosocial et la qualité de vie demeure importante (Allan, Collins, Frydenberg, McLachlan & Matthiesson, 2014; Sharpley, Bitsika, Wootten & Christie, 2014).

Une prise en charge adéquate permet malgré tout de maintenir une bonne qualité de vie sous HAA. À titre d'exemples, des traitements pharmacologiques aident à atténuer les bouffées de chaleur et l'ostéoporose tandis que des interventions sur les habitudes de vie comme des programmes d'exercice physique, peuvent réduire la fatigue, la dépression et le risque de syndrome métabolique (Wolin, Colditz & Proctor, 2011). En revanche, pour qu'elle soit efficace, cette prise en charge doit débiter tôt, ce qui signifie que les patients doivent être informés en temps opportun des effets secondaires du traitement et de leur prise en charge.

Les patients déclarent souvent ne pas avoir reçu une préparation suffisante avant leur traitement d'HAA (Alibhai et al., 2010). Autrement dit, la dissociation entre ce que les professionnels de la santé savent en matière de gestion des effets secondaires de l'HAA

et ce qui atteint réellement les patients (et leurs partenaires) se traduit par un échec sur le plan du transfert des connaissances; c.-à-d. qu'il existe une lacune critique dans la pratique qui réduit inutilement la qualité de vie des patients et de leurs partenaires (Hovey et al., 2012).

Une autre étude (Walker, Tran, Wassersug, Thomas & Robinson, 2013) a confirmé que les patients démarrant leur HAA et leurs partenaires sont mal informés à propos des effets secondaires de ce traitement. Plus de 50% des sujets de cette étude n'étaient pas au courant des effets secondaires comme la sarcopénie, l'ostéoporose, le risque accru de fractures, le gain pondéral, l'atrophie testiculaire et la gynécomastie. Cette faible sensibilisation aux effets de l'HAA pourrait expliquer, en partie, pourquoi celle-ci entraîne une baisse si marquée de la qualité de vie puisque les patients n'ont pas été informés au sujet des effets indésirables de leur traitement et qu'ils ne peuvent donc pas adopter de façon proactive des comportements visant à prévenir ou atténuer ces effets.

Afin d'explorer les raisons pour lesquelles les patients signalent avoir une si mauvaise connaissance de l'HAA, une enquête a été réalisée auprès de 75 oncologues et urologues du Canada pour déterminer de quels effets secondaires les patients devraient être informés selon eux et quelles étaient les stratégies qu'ils appuyaient en matière de gestion des effets secondaires (Tran, Walker, Wassersug, Matthew, McLeod & Robinson, 2014). Il se dégageait, parmi les spécialistes, un degré élevé de convergence sur l'importance d'informer les patients sur certains des effets secondaires de l'HAA, alors que pour beaucoup d'autres, ils étaient loin d'être d'accord. Le désaccord était particulièrement fort concernant l'importance d'informer les patients au sujet de l'orgasme retardé, de l'atrophie testiculaire et du risque de diabète de type 2. Ce constat est préoccupant car la recherche montre que les hommes éprouvent une forte détresse quand ils découvrent que leurs testicules rétrécissent, qu'ils ne peuvent plus atteindre l'orgasme et apprennent qu'ils courent un risque accru de contracter le diabète. Il se peut que les patients se sentent trahis par leur équipe médicale quand ils découvrent eux-mêmes ces problèmes et qu'ils ne disposent d'aucune stratégie de gestion à leur égard.

L'étude de Tran et ses collègues (2014) indiquait également que beaucoup de médecins ne soutiennent pas les stratégies de gestion des effets secondaires de l'HAA pourtant basées sur des données probantes. Une enquête comparable menée auprès de médecins de premier recours du Canada faisait état de résultats similaires (Soeyonggo, Locke, Del Giudice, Alibhai, Fleshner & Warde, 2014). Les généralistes ne se sentaient pas qualifiés pour gérer les effets indésirables de l'HAA et jugeaient que cette responsabilité devrait revenir aux spécialistes. Malheureusement, un grand nombre de sites Web supposément fiables et fournissant de l'information sur l'HAA à laquelle les patients ayant le cancer de la prostate peuvent accéder directement renferment des renseignements inexacts et/ou périmés (Ogah & Wassersug, 2013). Il en ressort que les renseignements normalisés fondés sur des preuves concernant les effets indésirables de l'HAA et leur prise en charge ne parviennent pas jusqu'aux patients ayant le cancer de la prostate et leurs partenaires.

L'argument soutenant la participation des partenaires dans les programmes de soins de survie destinés aux patients ayant le cancer de la prostate est solide, et particulièrement valable dans le contexte de l'HAA. Walker et Robinson (2011; 2012), par exemple, rapportent que beaucoup de couples se sont fait dire par leur professionnel de la santé que les rapports sexuels seraient impossibles tant que le patient serait sous HAA. Convaincus de la vérité de cette affirmation, certains couples ont choisi de ne pas s'efforcer de s'adonner à de quelconques activités sexuelles. Certains de ces couples se sont bien adaptés à ce changement tandis que d'autres dérivait. Sinon, d'autres couples découvraient des façons d'avoir des rapports sexuels malgré la privation androgénique subie par l'homme et sa perte de libido. Notre constat selon lequel certains

hommes maintiennent une intimité sexuelle satisfaisante durant leur traitement d'HAA rejoint les conclusions d'autres équipes de recherche (Ng, Corica, Turner, Lim & Spry, 2014) et semble indiquer qu'il ne faille pas dire à tous les couples que l'HAA mettra fin à leur vie sexuelle. Savoir si davantage de couples continueraient d'avoir des rapports sexuels si on leur suggérait des façons de demeurer sexuellement actifs est le point de mire de études actuelles (p. ex. Wibowo, Wassersug, Warkentin, Walker, Robinson, Brotto & Johnson, 2012) et trouve également un écho dans l'éditorial du présent numéro de la Revue rédigé non par sa rédactrice en chef mais par Deborah L. McLeod.

La plupart des centres de cancérologie ont mis en place de solides programmes d'éducation des patients en matière de gestion des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Il est incontestable que l'HAA a autant d'effets secondaires importants et altérant la qualité de vie que la chimiothérapie ou la radiothérapie, et pourtant, ce n'est que maintenant que l'on élabore des programmes comparables d'éducation des patients sur la prise en charge des effets secondaires de l'HAA. D'un point de vue anecdotique, les professionnels de la santé nous disent qu'ils essaient de compenser ce manque de programmes d'éducation structurés en passant une quantité de temps considérable à parler avec leurs patients de l'HAA, de ses effets secondaires et de la façon de les gérer. Cependant, ils expriment de la frustration parce que leurs patients continuent de signaler leur faible niveau de connaissance de l'HAA. Une des raisons de cet état de fait est que les patients se sentent souvent submergés par la quantité d'information qui leur est fournie dans le cadre de ces consultations. Il semblerait qu'ils ne retiennent qu'une faible partie de l'information. C'est dans ce contexte que nous avons décidé d'élaborer un programme global d'éducation à l'intention de tous les patients ayant le cancer de la prostate et démarrant leur HAA.

La mise en œuvre de notre programme d'éducation sur l'HAA commence par l'éducation des professionnels de la santé dispensant des soins aux hommes sous HAA. Il comprend une introduction à la technique d'entrevue motivationnelle dont l'efficacité est avérée (Lundahl & Burke, 2009; Lundahl, Moleni, Burke, Butters, Tollefson, Butler & Rollnick, 2013; Miller and Rollnick, 2013; Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen, 2005) lorsqu'il s'agit d'aider les individus à changer des comportements. La technique d'entrevue motivationnelle demeure une nouveauté pour de nombreux professionnels de la santé, quoiqu'il s'agisse d'un style de counselling à la fois semi-directif, axé sur le patient et reposant sur des données empiriques qui sert à susciter un changement de comportement (Lundahl and Burke, 2009; Lundahl et al., 2013; Miller and Rollnick, 2013; Rubak et al., 2005).

L'une des choses qu'apprennent les professionnels de la santé lors de nos séances de formation interne sur la technique d'entrevue motivationnelle est la manière d'utiliser un script soigneusement conçu quand ils prescrivent l'HAA à des hommes pour la toute première fois. Notre script a été élaboré en collaboration avec des urologues, des radio-oncologues, des infirmières et des psychologues et a été rédigé de manière à accroître la probabilité que les hommes et leurs partenaires assisteront aux séances d'éducation sur l'HAA (voir le script à la figure 1). Ce script est présenté à titre de ressource générale; les professionnels de la santé sont invités à l'adapter et à l'utiliser lorsqu'ils présentent l'HAA à leurs patients.

La technique d'entrevue motivationnelle est également associée à des stratégies d'autogestion dans nos séances d'éducation sur l'HAA afin d'aider les patients à explorer et résoudre leurs ambivalences et à s'efforcer d'apporter des changements à leurs habitudes de vie en vue d'éviter les effets secondaires les plus débilants de l'HAA. En outre, on rehausse les ressources individuelles (p. ex. la sagesse, les stratégies, le soutien social) à l'appui de la réalisation de changements. Une telle approche fait contraste avec le modèle plus traditionnel de l'éducation au patient qui fait souvent

appel à la force extrinsèque qu'est le professionnel de la santé (qui cherche à persuader, à obliger, à conseiller et à exiger) pour susciter le changement. Mais, fait paradoxal, il arrive souvent qu'une force externe accroisse la *résistance* des individus à la réalisation de changements (Miller & Rollnick, 2013).

Le volet de l'éducation du patient de ce programme est axé sur l'ouvrage de parution récente *Androgen Deprivation Therapy: An Essential Guide for Prostate Cancer Patients and their Loved Ones*, que l'on appellera le livre sur l'HAA ci-après (voir LIFEonADT.com). Ce livre est conçu pour aider les hommes et leurs partenaires à reconnaître les effets secondaires de l'HAA, à s'y adapter et à les surmonter. Il s'adresse, comme son nom l'indique, à la fois aux hommes et à leurs partenaires. Il ne se limite pas à la seule description des stratégies de gestion des effets secondaires; il fait plutôt appel à un langage et à des exercices inspirés de la technique d'entrevue motivationnelle afin d'aider les patients à effectuer des changements au niveau de leurs habitudes de vie pour éviter ou atténuer bon nombre des effets secondaires débilissants de l'HAA. Il comprend des stratégies de gestion des effets physiologiques de l'HAA, telles que les risques médicaux associés à la prise de poids et aux changements métaboliques mais il porte également une attention particulière aux rapports intimes. Cela veut dire que ce programme accorde la priorité à la participation active des partenaires. On y présente donc des suggestions afin d'aider les hommes et leurs partenaires à rester proches, sur les plans affectif et physique, même quand l'HAA supprime la libido et le fonctionnement érectile de l'homme.

#### Figure 1: Texte suggéré pour l'HAA

L'hormonothérapie anti-androgénique est une méthode efficace de gérer le cancer de la prostate et de rehausser l'efficacité de la radiothérapie externe. L'HAA a été fortement recommandée comme composante importante de la prise en charge de votre cancer de la prostate; cependant, vous devriez savoir qu'elle peut provoquer de nombreux changements dans l'organisme. Il se peut que vous éprouviez de la fatigue, un gain pondéral, une diminution de votre masse musculaire ainsi qu'un risque accru d'ostéoporose, de diabète et de maladie cardiovasculaire. Comme vous le savez probablement, beaucoup de ces changements peuvent comporter des risques importants pour la santé. Lorsque nous prescrivons l'HAA, nous pesons les risques et les bienfaits du traitement.

Si vous choisissez de suivre ce traitement, il est essentiel que vous gériez ces risques accrus en modifiant vos habitudes de vie de manière significative par exemple en faisant régulièrement de l'exercice et en adoptant de saines habitudes alimentaires, sur le modèle des changements que les gens font afin de vivre plus sainement après avoir été diagnostiqués du diabète. Si vous décidez de donner suite à la recommandation de démarrer l'hormonothérapie anti-androgénique, je vous demande de vous engager à gérer efficacement votre santé pendant que vous suivez ce traitement.

Vous pourriez également éprouver d'autres changements ayant une incidence sur votre qualité de vie, comme des bouffées de chaleur, le développement des seins, l'atrophie testiculaire, la perte de libido, le dysfonctionnement sexuel, la perte de poils, l'infertilité et des changements d'humeur. Il est capital que vous (et votre partenaire) participiez au programme d'éducation sur l'HAA où vous apprendrez à gérer ces changements.

Le livre sur l'HAA présente des suggestions particulières sur le maintien d'une vie sexuelle active durant ce traitement malgré les changements touchant le fonctionnement sexuel de l'homme et son degré de désir sexuel. Ceci dit, les auteurs reconnaissent le fait que ce ne sont pas tous les hommes sous HAA qui font partie d'un couple ou qui sont sexuellement actifs. Les chapitres sont autonomes de manière à ce que les lecteurs puissent se concentrer sur les enjeux qui les concernent plus particulièrement (p. ex. régime alimentaire, exercice, effets secondaires physiques, impact psychologique, sexualité).

Le programme d'éducation prenant appui sur le livre sur l'HAA, dans sa conception actuelle, comprend une séance de groupe d'introduction et une de suivi qui durent chacune environ une heure et demie. La première séance présente les principaux effets secondaires de l'HAA, y compris ceux dont les effets sont les plus incommodes pour les patients (p. ex. bouffées de chaleur, gain pondéral, fatigue et perte du fonctionnement sexuel) ainsi que les plus graves du point de vue médical (p. ex. syndrome métabolique, maladie cardiovasculaire, ostéoporose). On présente aux participants à cette séance les stratégies d'autogestion et on leur demande de remplir un «plan d'action» dans lequel ils dégagent un but particulier en matière de changement de comportement. Cet exercice est conçu pour encourager les patients à apporter des changements particuliers à leurs habitudes de vie, notamment accroître leur niveau d'activité physique, afin de prévenir ou d'atténuer un bon nombre des effets indésirables de l'HAA.

Les avantages de l'exercice physique pour les patients sous HAA ont été clairement exposés dans de nombreuses études (Cormie, Newton, Taaffe, Spry & Galvão, 2013; Culos-Reed et al., 2010; Wall, Galvão, Fatehee, Taaffe, Spry, Joseph & Newton 2014), mais il est extrêmement difficile d'amener les patients à faire de l'exercice après la survenue des effets secondaires du traitement comme la fatigue, la dépression et l'obésité avec présence d'ostéopénie. Le programme d'éducation reconnaît que beaucoup de Canadiens doivent faire des ajustements importants sur le plan de leurs habitudes de vie afin de conserver une bonne qualité de vie sous HAA.

La seconde séance du programme d'éducation a lieu de deux à trois mois plus tard, une période où se sont déjà déclarés la plupart des effets secondaires qui pourraient affecter les patients sous HAA ou être observés par leurs proches. Les patients (et les partenaires) sont invité à partager leurs expériences relativement à ce qui s'est avéré le plus efficace dans la gestion de ces effets secondaires. La séance de suivi se veut également d'être une «séance de rappel» motivationnelle permettant de vérifier la situation par rapport aux buts établis lors de la séance initiale, afin d'aider les patients à adopter et maintenir des habitudes de vie pouvant atténuer les effets indésirables de l'HAA.

Le programme d'éducation sur l'HAA est présentement offert à Calgary, Vancouver et Victoria. À Vancouver, c'est un des modules éducatifs du programme Prostate Cancer Supportive Care (PCSC) du Prostate Centre. Le PCSC a lui-même été démarré avec le soutien du Specialist Service Committee de Doctors of British Columbia et du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Comme il reçoit un financement provincial, il a pour mandat de mettre ses services à la disposition des autres centres de cancérologie de la province. Le récent démarrage d'un programme d'éducation sur l'HAA dans la BC Cancer Agency est un premier pas vers la réalisation de ce mandat. Le programme de Calgary est présentement offert au Prostate Cancer Centre et l'on projette de le rendre accessible en ligne (voir ci-dessous) aux résidents du reste de l'Alberta.

Grâce au financement continu de CPC, nous prévoyons mettre en place des versions du programme d'éducation sur l'HAA à Halifax et à Toronto d'ici la fin de l'année 2014. Nous envisageons d'offrir le programme en français et qu'il soit offert par au moins un centre de cancérologie du Québec d'ici 2015. Un objectif à long terme est

d'offrir le programme en ligne afin que puissent y accéder tous les Canadiens atteints du cancer de la prostate qui vivent en dehors des grandes zones métropolitaines offrant déjà ou envisageant d'offrir le programme sur place.

Du point de vue de la recherche, nous comptons évaluer et comparer les versions en face à face et en ligne du programme d'éducation sur l'HAA, afin de voir dans quelle mesure elles : 1) attirent l'attention des patients démarrant leur HAA, 2) aident les patients à gérer les effets secondaires de l'HAA, 3) maintiennent la solidité des liens dyadiques entre les patients et leurs partenaires faisant face à l'impact psychologique et psychosexuel de l'HAA.

## Conclusions

Il existe une multitude de défis posttraitement auxquels sont confrontés les hommes et leurs partenaires touchés par le cancer de la prostate et qui ne sont pas uniformément abordés par les professionnels de la santé. Quoiqu'on possède d'amples connaissances sur la façon de les aborder, les patients ont trop souvent du mal à obtenir en temps opportun des soins de soutien et des soins de santé sexuelle mis à part dans les plus grands centres hospitaliers du Canada. L'HAA constitue un traitement particulièrement pénible qui s'accompagne de graves effets secondaires qui peuvent être minimisés par le biais d'une éducation et d'un encadrement précoces s'appuyant sur des stratégies inspirées de la technique d'entrevue motivationnelle qui s'annoncent prometteuses.

Les partenaires éprouvent également des défis psychosociaux à la suite du traitement, mais ils sont trop souvent laissés pour compte à titre de bénéficiaires de soins dans les centres de cancérologie, puisqu'on ne voit en eux que des sources de soutien pour l'homme touché (un rôle dans lequel ils se voient eux aussi). Ceci est compréhensible. Les hommes ont l'habitude d'être stoïques et de dissimuler leur détresse alors que les partenaires ne veulent pas risquer de détourner l'attention des professionnels de la santé des préoccupations primaires de nature biomédicale. De plus, ils ne

souhaitent pas manifester leur absence d'appui en soulevant des inquiétudes, surtout si le patient ne le fait pas lui-même. Cet évitement proactif débouche sur des malentendus, sur un manque de communication au sein du couple et avec l'équipe de soins et sur une détresse accrue pour les patients et leurs partenaires.

La normalisation des approches visant à aborder les effets du traitement du cancer de la prostate est essentielle au maintien de la qualité de vie. Il faut qu'il y ait une meilleure compréhension des enjeux de la part des professionnels de la santé, le développement de connaissances et compétences plus poussées en vue de les aborder et des activités particulières en matière de transfert des connaissances afin d'étendre les programmes destinés aux survivants dans les centres canadiens. Les initiatives décrites dans le présent article répondront à ce besoin et contribueront à l'amélioration des soins aux Canadiens atteints du cancer de la prostate et à leurs partenaires. En outre, la prestation des services et de l'éducation sur Internet permettra d'offrir ces soins peu importe où se trouvent les patients auxquels ils s'adressent. ❧

## Remerciements

Les projets décrits ci-après ont été octroyés par Cancer de la prostate Canada et ont été financés avec fierté par la Movember Foundation. DM souhaite remercier le Beatrice Hunter Cancer Research Institute ainsi que le Soillse Endowment Fund de leur soutien au niveau du développement de l'intervention en ligne destinée aux couples au QEII/Capital Health. RW tient à remercier la Prostate Cancer Foundation BC et le Specialist Service Committee (un programme conjoint de Doctors of BC et du ministère de la Santé de la C.-B.) de leur appui dans le cadre du développement du Programme de soins de soutien en cas de cancer de la prostate offert au Vancouver Prostate Centre. LW & JR remercient le Prostate Cancer Centre de Calgary tandis qu'AM souhaite remercier le Centre de cancérologie et le Prostate Centre de l'Hôpital Princess Margaret pour leur soutien envers ces initiatives.

## RÉFÉRENCES

- Alibhai, S.M., Breunis, H., Timilshina, N., Johnston, C., Tomlinson, G., Tannock, I., ... & Naglie, G. (2010). Impact of androgen-deprivation therapy on physical function and quality of life in men with nonmetastatic prostate cancer. *Journal of clinical oncology*, 28(34), 5038-5045.
- Alibhai, S.M., Gogov, S., & Alibhai, Z. (2006). Long-term side effects of androgen deprivation therapy in men with non-metastatic prostate cancer: a systematic literature review. *Critical reviews in oncology/hematology*, 60(3), 201-215.
- Allan, C., Collins, V.R., Frydenberg, M., McLachlan, R.I., & Matthiesson, K.L. (2014). Androgen deprivation therapy complications. *Endocrine-related cancer*, ERC-13.
- Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L., Morgan, H., Murrells, T., Oakley, C., ... Richardson, A. (2009). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6172-6179. doi:10.1200/JCO.2009.22.5151
- Banthia, R., Malcarne, V.L., Varni, J.W., Ko, C.M., Sadler, G.R., & Greenbergs, H.L. (2003). The effects of dyadic strength and coping styles on psychological distress in couples faced with prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 31-52.
- Boehmer, U., & Clark, J.A. (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. *Journal of Family Practice*, 50(3), 226-231.
- Casey, R.G., Corcoran, N.M., & Goldenberg, S.L. (2012). Quality of life issues in men undergoing androgen deprivation therapy: A review. *Asian journal of andrology*, 14(2), 226-231. doi:10.1038/aja.2011.108; 10.1038/aja.2011.108
- Charmaz, K. (1995). Identity dilemmas of chronically ill men. In D. Sabo, & D.F. Gordon (Eds.), *Men's health and illness: Gender, power and the body* (pp. 266-291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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(7), 834-839.
- Cooperberg, M.R., Koppie, T.M., Lubeck, D.P., Ye, J., Grossfeld, G.D., Mehta, S.S., & Carroll, P.R. (2003). How potent is potent? Evaluation of sexual function and bother in men who report potency after treatment for prostate cancer: Data from CaPSURE. *Urology*, 61(1), 190-196.
- Cormie, P., Newton, R.U., Taaffe, D.R., Spry, N., & Galvão, D.A. (2013). Exercise therapy for sexual dysfunction after prostate cancer. *Nature Reviews Urology*, 10(12), 731-736.
- Couper, J., Bloch, S., Love, A., Macvean, M., Duchesne, G.M., & Kissane, D. (2006a). Psychosocial adjustment of female partners of men with prostate cancer: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 15, 937-953. doi:10.1002/pon.1031
- Couper, J.W., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., Macvean, M., & Kissane, D.W. (2006b). The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *The Medical Journal of Australia*, 185(8), 428-432.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Coyne, J.C., Ellard, J.H., & Smith, D.A.F. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B.R. Sarason,

- I.G. Sarason, & G.R. Pierce (Eds.) *Social support: An interactional view* (pp. 129-149). New York: John Wiley & Sons.
- Crowe, H., & Costello, A.J. (2003). Prostate cancer: Perspectives on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urologic Nursing*, 23, 279-285.
- Culos-Reed, S.N., Robinson, J.W., Lau, H., Stephenson, L., Keats, M., Norris, S., ... Faris, P. (2010). Physical activity for men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: Benefits from a 16-week intervention. *Supportive Care in Cancer*, 18(5), 591-599.
- Elliott, S., Latini, D.M., Walker, L.M., Wassersug, R., & Robinson, J.W. (2010). Androgen deprivation therapy for prostate cancer: Recommendations to improve patient and partner quality of life. *The journal of sexual medicine*, 7(9), 2996-3010. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01902.x
- Ervik, B., & Asplund, K. (2012). Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 103-108. doi:10.1016/j.ejon.2011.04.005
- Eton, D.T. (2005). Psychological distress in spouses of men treated for early-stage prostate carcinoma. *Cancer*, 103, 2412-2418.
- Fergus, K.D. (2011). The rupture and repair of the couple's communal body with prostate cancer. *Families, Systems, & Health*, 29(2), 95-113.
- Fleshner, N., Keane, T.E., Lawton, C.A., Mulders, P.F., Payne, H., Taneja, S.S., & Morris, T. (2007). Adjuvant androgen deprivation therapy augments cure and long-term cancer control in men with poor prognosis, nonmetastatic prostate cancer. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 11(1), 46-52. doi:10.1038/sj.pcan.4500982
- Fode, M., Ohl, D.A., Ralph, D., & Sonksen, J. (2013). Penile rehabilitation after radical prostatectomy: What the evidence really says. *BJU International*, 112, 998-1008.
- Freedland, S.J., Eastham, J., & Shore, N. (2009). Androgen deprivation therapy and estrogen deficiency induced adverse effects in the treatment of prostate cancer. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 12(4), 333-338. doi:10.1038/pcan.2009.35
- Garos, S., Kluck, A., & Aronoff, D. (2007). Prostate cancer patients and their partners: Differences in satisfaction indices and psychological variables. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1394-1403.
- Hagedoorn, M., Buunk, B.P., Kuijer, R.G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9(3), 232-242.
- Hanisch, L.J., Gooneratne, N.S., Soim, K., Gehrman, P.R., Vaughn, D.J., & Coyne, J.C. (2011). Sleep and daily functioning during androgen deprivation therapy for prostate cancer. *European journal of cancer care*, 20(4), 549-554. doi:10.1111/j.1365-2354.2010.01226.x
- Harden, J., Schafenacker, A., Northouse, L., Mood, D., Smith, D., Pienta, K., ... Baranowski, K. (2002). Couples' experiences with prostate cancer: Focus group research. *Oncology Nursing Forum*, 29, 701-709.
- Hawes, S., Malcarne, V., Ko, C., Sadler, G., Banthuaia, R., Sherman, S., ... Schmidt, J. (2006). Identifying problems faced by spouses and partners of patients with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 807-814.
- Heathcote, P.S., Mactaggart, P.N., Boston, R.J., James, A.N., Thompson, L.C., & Nicol, D.L. (1998). Health-related quality of life in Australian men remaining disease-free after radical prostatectomy. *The Medical journal of Australia*, 168(10), 483-486.
- Helgason, A.R., Adolfsson, J., Dickman, P., Arver, S., Fredrikson, M., & Steineck, G. (1997). Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients. *The Journal of urology*, 158(1), 155-159. doi:10.1097/00005392-199707000-00050 (1997)
- Hovey, R.B., Cuthbertson, K.E.S., Birnie, K.A., Robinson, J.W., Thomas, B.C., Massfeller, H.F., ... Scott, C. (2012). The influence of distress on knowledge transfer for men newly diagnosed with prostate cancer. *Journal of Cancer Education*, 27(3), 540-545. doi:10.1007/s13187-012-0343-2
- Kukula, K.C., Jackowich, R.A., & Wassersug, R.J. (2014). Eroticization as a factor influencing erectile dysfunction treatment effectiveness. *International journal of impotence research*. 26(1), 1-6.
- Lee, M., Jim, H.S., Fishman, M., Zachariah, B., Heysek, R., Biagioli, M., & Jacobsen, P.B. (2014). Depressive symptomatology in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: A controlled comparison. *Psycho-Oncology*. [Epub ahead of print]
- Lilleby, W., Fosså, S.D., Wæhre, H.R., & Olsen, D.R. (1999). Long-term morbidity and quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing definitive radiotherapy or radical prostatectomy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 43(4), 735-743.
- Lundahl, B., & Burke, B.L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B.L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counselling*, 93(2), 157-168. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012
- Manne, S.L. (1999). Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: the role of spouse avoidance and criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 539-546.
- Manne, S., Badr, H., Zaider, T., Nelson, C., & Kissane, D. (2010). Cancer-related communication, relationship intimacy, and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(1), 74-85.
- Manne, S.L., Kissane, D.W., Nelson, C.J., Mulhall, J.P., Winkel, G., & Zaider, T. (2011). Intimacy-enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: A pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(4), 1197-1209. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02163.x
- Matthew, A.G., Goldman, A., Trachtenberg, J., Robinson, J., Horsburgh, S., Currie, K., & Ritvo, P. (2005). Sexual dysfunction after radical prostatectomy: Prevalence, treatments, restricted use of treatments and distress. *The Journal of urology*, 174(6), 2105-2110. doi:10.1097/01.ju.0000181206.16447.e2 (2005)
- McGinty, H.L., Phillips, K.M., Jim, H.S., Cessna, J.M., Asvat, Y., Cases, M.G., ... Jacobsen, P.B. (2014). Cognitive functioning in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 1-10.
- McLeod, D., Curran, J., Dumont, S., White, M., & Charles, G. (2013). The Interprofessional Psychosocial Oncology Distance Education (IPOSE) project: perceived outcomes of an approach to healthcare professional education. *Journal of Interprofessional Care*, 28(3), 254-259.
- McLeod, D. L., Curran, J., & White, M. (2011). Interprofessional psychosocial oncology education: Nurse outcomes of the IPOSE project. *Psycho-oncologie*, 5(2), 109-115.
- Meyer, J.P., Gillatt, D.A., Lockyer, R., & Macdonagh, R. (2003). The effect of erectile dysfunction on the quality of life of men after radical prostatectomy. *BJU international*, 92(9), 929-931.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Mirone, V., Imbimbo, C., Palmieri, A., Longo, N., & Fusco, F. (2003). Erectile dysfunction after surgical treatment. *International Journal of Andrology*, 26(3), 137-140.

- Navon, L., & Morag, A. (2003). Advanced prostate cancer patients' ways of coping with the hormonal therapy's effect on body, sexuality and spousal ties. *Qualitative Health Research, 13*(10), 1378-1392.
- Neese, L.E., Schover, L.R., Klein, E.A., Zippe, C., & Kupelian, P.A. (2003). Finding help for sexual problems after prostate cancer treatment: A phone survey of men's and women's perspectives. *Psycho-Oncology, 12*, 463-473.
- Northouse, L.L., Mood, D.W., Montie, J.E., Sandler, H.M., Forman, J.D., Hussain, M., ... Kershaw, T. (2007). Living with prostate cancer: Patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *Journal of Clinical Oncology, 25*(27), 4171-4177.
- Ng, E., Corica, T., Turner, S., Lim, A., & Spry, N. (2014). Sexual function in men with castrate levels of testosterone: Observations of a subgroup of sexually active men with prostate cancer undergoing androgen deprivation. *Open Journal of Urology, 4*, 98-103. doi:10.4236/oju.2014.47017
- Ogah, I., & Wassersug, R.J. (2013, November). How reliable are "reputable sources" for medical information on the Internet? The case of hormonal therapy to treat prostate cancer. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 31, No. 8, pp. 1546-1552). NY: Elsevier.
- Oliffe, J. (2002). In search of a social model of prostate cancer: Finding out about Bronch. In S. Pearce, & V. Muller (Eds.). *Manning the next millennium: Studies in masculinities* (pp. 69-84). Perth, WA: Black Swan.
- Pedersen, K.V., Carlsson, P., Rahmqvist, M., & Varenhorst, E. (1993). Quality of life after radical retropubic prostatectomy for carcinoma of the prostate. *European Urology, 24*, 7-11.
- Perczek, R.E., Burke, M.A., Carver, C.S., Krongard, A., & Terris, M.K. (2002). Facing a prostate cancer diagnosis. Who is at risk for increased distress? *Cancer, 94*, 2923-2928.
- Perez, M.A., Skinner, E.C., & Meyerowitz, B.E. (2002). Sexuality and intimacy following radical prostatectomy: Patient and partner perspectives. *Health Psychology, 21*, 288-293.
- Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer, 39*(11), 1517-1524.
- Resendes, L.A., & McCorkle, R. (2006). Spousal responses to prostate cancer: An integrative review. *Cancer Investigation, 24*, 192-198.
- Roesch, S.C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., ... Vaughn, A. (2005). Coping with prostate cancer: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(3), 281-293.
- Ross, R.W., & Small, E.J. (2002). Osteoporosis in men treated with androgen deprivation therapy for prostate cancer. *The Journal of urology, 167*(5), 1952-1956.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice, 55*(513), 305-312.
- Saylor, P.J., & Smith, M.R. (2009). Prostate cancer: How can we improve the health of men who receive ADT?. *Nature Reviews Urology, 6*(10), 529-531.
- Schover, L.R. (2001). *Sexuality and cancer: For the man who has cancer and his partner*. New York: American Cancer Society.
- Sharpley, C.F., Bitsika, V., Wootten, A.C., & Christie, D.R. (2014). Differences in major depressive disorder and generalised anxiety disorder symptomatology between prostate cancer patients receiving hormone therapy and those who are not. *Psycho-Oncology*. Apr 30. doi:10.1002/pon.3566 [Epub ahead of print]
- Skerrett, K. (2010). "Good enough stories": Helping couples invest in one another's growth. *Family Process, 49*, 503-516.
- Soeyonggo, T., Locke, J., Del Giudice, M.E., Alibhai, S., Fleshner, N.E., & Warde, P. (2014). National survey addressing the information needs of primary care physicians: Side effect management of patients on androgen deprivation therapy. *Canadian Urological Association Journal, 8*(3-4), E227.
- Soloway, C.T., Soloway, M.S., Kim, S.S., & Kava, B.R. (2005). Sexual, psychological and dyadic qualities of the prostate cancer 'couple'. *British Journal of Urology International, 95*(6), 780-785.
- Steginga, S.K., Occhipinti, S., Dunn, J., Gardiner, R.A., Heathcote, P., & Yaxley, J. (2001). The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psycho-Oncology, 10*(1), 66-75
- Tanner, T., Galbraith, M., & Hays, L. (2011). From a woman's perspective: Life as a partner of a prostate cancer survivor. *Journal of Midwifery & Women's Health, 56*(2), 154-160. doi:10.1111/j.1542-2011.2010.00017.x (2011)
- Tran, S., Walker, L.M., Wassersug, R.J., Matthew, A.G., McLeod, D.L., & Robinson, J.W. (2014). What do Canadian uro-oncologists believe patients should know about androgen deprivation therapy?. *Journal of Oncology Pharmacy Practice, 20*(3), 199-209. doi:10.1177/1078155213495285
- van der Wielen, G.J., Mulhall, J.P., & Incrocci, L. (2007). Erectile dysfunction after radiotherapy for prostate cancer and radiation dose to the penile structures: A critical review. *Radiotherapy and Oncology, 84*(2), 107-113. doi:10.1016/j.radonc.2007.07.018
- Walker, L.M., & Robinson, J.W. (2011). A description of heterosexual couples' sexual adjustment to androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Psycho-Oncology, 20*(8), 880-888.
- Walker, L.M., & Robinson, J.W. (2012). Sexual adjustment to androgen deprivation therapy struggles and strategies. *Qualitative health research, 22*(4), 452-465. doi:10.1177/1049732311422706
- Walker, L.M., Tran, S., & Robinson, J.W. (2013). Luteinizing hormone-releasing hormone agonists: A quick reference for prevalence rates of potential adverse effects. *Clinical Genitourinary Cancer, 11*(4), 375-384.
- Walker, L.M., Tran, S., Wassersug, R.J., Thomas, B., & Robinson, J.W. (2013, October). Patients and partners lack knowledge of androgen deprivation therapy side effects. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 31, No. 7, pp. 1098-1105). Elsevier. doi:10.1016/j.urolonc.2011.12.015
- Wall, B.A., Galvão, D.A., Fatehee, N., Taaffe, D.R., Spry, N., Joseph, D., & Newton, R.U. (2014). Maximal exercise testing of men with prostate cancer being treated with ADT. *Medicine and science in sports and exercise*.
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology, 14*(5), 793. doi:10.1038/aja.2012.60;10.1038/aja.2012.60
- Wolin, K.Y., Colditz, G.A., & Proctor, E.K. (2011). Maximizing benefits for effective cancer survivorship programming: Defining a dissemination and implementation plan. *The oncologist, 16*(8), 1189-1196. doi:10.1634/theoncologist.2011-0054
- Wooten, A., Burney, S., Frydenberg, M., & Foroudi, F. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: The need for sexual rehabilitation. *Psycho-Oncology, 16*, S54-S55
- Wu, L.M., Diefenbach, M.A., Gordon, W.A., Cantor, J.B., & Cherrier, M.M. (2013, November). Cognitive problems in patients on androgen deprivation therapy: A qualitative pilot study. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 31, No. 8, pp. 1533-1538). Elsevier. doi:10.1016/j.urolonc.2012.07.003; 10.1016/j.urolonc.2012.07.003
- Zaider, T., Manne, S., Nelson, C., Mulhall, J., & Kissane, D. (2012). Loss of masculine identity, marital affection, and sexual bother in men with localized prostate cancer. *The journal of sexual medicine, 9*(10), 2724-2732. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02897.x; 10.1111/j.1743-6109.2012.02897.x