

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne dans la trajectoire
des soins reliés au cancer de la prostate

Julie Roussel (909 145 632)

Essai : SIN-6010

Travail Présenté à
M. Jean-François Desbiens

Faculté des Sciences Infirmières
Université Laval

23 juillet 2015

Résumé

Cet essai consiste en une réflexion sur le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) dans le domaine de la cancérologie, plus spécifiquement dans la trajectoire du cancer de la prostate. Le cancer de la prostate touche un homme sur huit, ce qui en fait le cancer le plus prévalent chez les hommes. Le rôle de l'IPSPL dans un contexte de première ligne se résume en trois interventions soit : prévenir, dépister et accompagner. Bien que l'âge constitue le principal facteur de risque du cancer de la prostate, l'obésité pourrait constituer un facteur additionnel selon certaines études. L'IPSPL pourrait contribuer à réduire l'indidence du cancer de la prostate par ses activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Le modèle Transthéorique de Prochaska et l'entretien motivationnel peuvent soutenir l'IPS-PL dans ses interventions auprès des individus visant l'adoption de nouveaux comportements en lien avec la sédentarité et le poids santé. La pratique clinique préventive (PCP) est une stratégie importante pour améliorer la santé de la population et constitue un enjeu de santé publique. Cependant, faute de données probantes, l'examen médical périodique (EMP) n'est plus recommandé par le Collège des Médecins. L'IPSPL doit donc suivre cette recommandation et adapter sa pratique afin d'intégrer autrement les PCP à chaque consultation. Malgré le manque de preuves scientifiques démontrant les bénéfices du dépistage à l'aide de l'APS et du toucher rectal, le Collège recommande de dépister tous les hommes de 55 à 70 ans. Toutefois, il est fortement suggéré d'intégrer la prise de décision partagée dans l'activité du dépistage. Finalement, en soutien aux hommes atteints du cancer de la prostate et ses proches, l'IPSPL doit déceler leurs besoins insatisfaits et dépister toute forme de détresse émotionnelle pouvant nuire à leur qualité de vie.

Table des matières

Résumé	ii
Table des matières	iii
Introduction	1
1. Situation clinique	2
2. L'IPSPL : un rôle faisant partie de la pratique infirmière avancée	4
3. Le cancer	6
3.1. L'incidence du cancer de la prostate	6
3.2. La présentation clinique du cancer de la prostate	6
3.2. Les facteurs de risque du cancer de la prostate	7
4. Le rôle de l'IPSPL et la pratique clinique préventive.....	8
4.1. Définir la pratique clinique préventive	8
4.2. Définir la prévention du cancer	9
4.3. Le rôle de l'IPSPL dans la prévention du cancer	11
4.4. Le rôle de conseillère et le modèle TransThéorique de Prochaska	12
4.5. L'examen médical périodique, une pratique en voie d'extinction	13
5. Le rôle de l'IPSPL et le dépistage du cancer	15
5.1. Définir le rôle de l'IPSPL en dépistage	15
5.2. Le dépistage du cancer : outil de prévention primaire et secondaire	17
5.3. Les risques du dépistage du cancer de la prostate.....	19
5.4. Les bénéfices associés au dépistage du cancer de la prostate	21
5.5. La controverse entourant le dépistage du cancer de la prostate : dépister ou non.....	23
5.6. La prise de décision informée et partagée dans la pratique infirmière avancée.....	25
5.7. Les aspects éthiques liés au dépistage.....	27
6. Le rôle de l'IPSPL et l'accompagnement des personnes atteintes du cancer	28
6.1. Les répercussions du cancer	29
6.2. Le Cadre des Soins de Soutien de Margaret Fitch.....	30
6.3. Définir le rôle de l'IPSPL dans l'accompagnement	31
Conclusion	33

Références	36
Annexe 1 : Le modèle de la pratique infirmière avancée selon Hamric	45
Annexe 2 : La fiche clinique préventive du Collège des Médecins	46
Annexe 3 : Le modèle Transthéorique de Prochaska	47
Annexe 4 : Les interventions associées au stade de changement de Prochaska	48
Annexe 5 : Le tableau des recommandations pour le dépistage du cancer de la prostate	49
Annexe 6 : Le Cadre des Soins de Soutien de Fitch	50
Annexe 7 : La liste des besoins en oncologie selon Fitch	51
Annexe 8 : Outil de dépistage de la détresse émotionnelle	52

Introduction

Le cancer ; existe-t-il un diagnostic qui effraie davantage ? Malheureusement, cette maladie touche beaucoup de gens. Selon la Société de Recherche sur le Cancer (2015), un homme sur huit sera diagnostiqué avec un cancer de la prostate. Il vient au premier rang des incidences du cancer chez les hommes et au troisième rang du taux de mortalité associée au cancer.

Avec cette incidence, l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) aura à soigner plusieurs personnes vivant avec le cancer de la prostate au cours de sa pratique. C'est d'ailleurs suite à la rencontre d'un homme atteint de ce cancer dans un contexte de sans rendez-vous qui m'a amené à réfléchir au rôle que je pouvais jouer en tant que IPSPL auprès d'individus atteints de ce cancer. Suite à mes lectures, j'ai constaté que l'IPSPL peut être un acteur important dans la trajectoire du cancer, notamment dans la prévention de la maladie, la promotion de saines habitudes de vie et dans le dépistage du cancer de la prostate. De surcroît, l'IPSPL possède toutes les compétences pour bien accompagner les personnes suivant l'annonce d'un diagnostic positif de cancer et tout au long du continuum de soins. D'ailleurs, dans ce domaine de soins, l'IPSPL peut déployer toutes les facettes de sa pratique infirmière avancée (PIA). Toutefois, la pratique clinique préventive du cancer de la prostate par l'exercice de l'examen médical périodique est délaissée par les médecins, faute de données probantes appuyant cette pratique. De plus, le dépistage du cancer de la prostate comme moyen de prévention est controversé. Plusieurs études démontrent que ce dépistage n'aurait pas d'impact sur la morbidité et la mortalité reliée au cancer. L'IPSPL doit donc ajuster sa pratique en conséquence. On peut donc se demander quel devrait être la place de l'IPSPL dans la prévention et l'accompagnement des personnes atteintes du cancer de la prostate. C'est à cette question que cherchera à répondre cet essai.

J'exposerai d'abord ma situation clinique vécue en lien avec une personne atteinte du cancer de la prostate. Ensuite, la pratique infirmière avancée (PIA) sera définie pour mieux situer le lecteur sur le rôle de l'IPSPL. Par la suite, l'incidence du cancer de la prostate, sa présentation clinique et ses facteurs de risque seront abordés. J'exposerai le rôle de l'infirmière praticienne en première ligne à chaque étape de la trajectoire du cancer, soit dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie, dans le dépistage et finalement dans l'accompagnement des personnes

atteintes du cancer. Au travers de cet exercice, je tâcherai de mettre en évidence les différentes compétences utilisées par l'IPSPL dans les différents contextes de son rôle en oncologie.

L'une de ces compétences est l'utilisation des données probantes contribuant ainsi à l'évolution de sa pratique. D'ailleurs, il sera question des nouvelles recommandations qui ont été émises par le Collège des Médecins du Québec (CMQ) sur l'examen médical périodique (EMP) et le dépistage du cancer de la prostate qui affectent la pratique de l'IPSPL. Un survol de la littérature a été effectué afin de comprendre l'origine de ces recommandations. L'utilisation d'un cadre de référence permet à l'infirmière de s'appuyer sur de solides fondations afin de guider sa pratique dans un contexte particulier. Ici, deux guides seront utilisés, soit le modèle Transthéorique de Prochaska, adapté à la prévention des maladies et la promotion de la santé et le Cadre de Soins de Soutien de Margareth Fitch, essentiel dans l'accompagnement des personnes atteintes du cancer.

1. Situation clinique

C'est dans un contexte de sans rendez-vous que j'ai vécu cette situation clinique qui m'a amenée à me questionner sur comment prévenir le cancer, celui de la prostate plus spécifiquement et de la place de l'IPSPL dans le dépistage et le suivi conjoint des patients atteints de ce cancer.

J'ai rencontré cet homme qui consultait pour un problème de dermatologie. En débutant mon anamnèse pour connaître ses antécédents personnels, il m'a raconté sa trajectoire du cancer. Il y a un an, monsieur se présentait à la clinique sans rendez-vous pour des symptômes urinaires atypiques tels que dysurie occasionnelle et inconfort abdominal. Ces symptômes étaient présents depuis plusieurs mois, voire des années, avec des douleurs plus aiguës à certains moments. Il avait déjà consulté à quelques reprises au sans rendez-vous pour les mêmes symptômes. Les médecins, après lui avoir fait faire un test urinaire afin d'éliminer une infection, n'avaient pas poussé davantage les investigations. Encore cette fois-ci, le médecin prescrit un SMU pensant également à une cystite, mais le résultat est toujours négatif. Le patient s'informe sur la possibilité d'effectuer un test sanguin d'antigène prostatique spécifique (APS), puisqu'il a lu que ses symptômes pouvaient être associés à un problème de prostate. Le médecin le rassure en lui disant que ce ne sont pas des signes classiques d'une prostatite, encore moins du cancer de la

prostate. Elle lui parle du dépistage du cancer de la prostate qui débute à l'âge de 55 ans. Elle l'informe également de la controverse entourant le test de l'APS, puisqu'il est peu spécifique pour le cancer. Le patient doit insister pour avoir le dit test. Il part finalement avec son ordonnance, mais n'a pas eu l'examen du toucher rectal qui, selon les lignes directrices, doit être combiné avec le test sanguin. Quelques semaines plus tard, le patient reçoit l'appel du médecin qui l'informe du résultat du test d'APS qui est anormalement élevé, soit à 6 µg/L. La normale à cet âge étant inférieure à 2.5 µg/L. Une référence en urologie est effectuée et qui prendra un an à se concrétiser. Un deuxième test APS est fait, cette fois-ci avec un toucher rectal qui ne démontre pas de nodule prostatique. Avec un deuxième résultat au-dessus des normales, l'urologue lui suggère une biopsie de la prostate.

Quelques mois plus tard, le verdict tombe : la biopsie démontre la présence de cellules cancéreuses. L'annonce du diagnostic a été brutale. Nullement préparé, l'urologue a lu le rapport de pathologie en même temps qu'il apprenait la nouvelle à son patient. Il n'a pris que quelques minutes pour répondre brièvement aux questions de monsieur, qui était évidemment sous le choc. Par la suite, le patient est pris en charge par un chirurgien urologue qui lui suggère fortement de procéder à une prostatectomie radicale, sans lui parler des autres options thérapeutiques. Monsieur subit alors la chirurgie. Malheureusement, le rapport de pathologie post-chirurgie démontre des marges positives et une récurrence biochimique de l'APS est observée. On confie cet homme aux soins d'une radio-oncologue qui lui propose des traitements de radiothérapie. C'est suite à ces traitements que j'ai rencontré monsieur au sans rendez-vous, toujours sans médecin de famille, malgré son inscription au guichet d'accès depuis plus d'un an. Le seul professionnel impliqué dans son dossier est la radio-oncologue qui lui consacre que quelques minutes par trois mois. Il consultait au sans rendez-vous pour des démangeaisons au niveau fessier et au pubis. Après une anamnèse et un examen physique ciblé, je conclus à un diagnostic de dermatite radique. Par la suite, en le questionnant sur son état psychologique, j'ai pu déceler une souffrance émotionnelle sous forme de découragement et d'anxiété face à l'avenir.

Dans un monde idéal, cet homme aurait eu un médecin ou une IPSPL pour assurer un suivi de ses douleurs abdominales qui auraient été investiguées. Nous sommes face à un problème d'accessibilité aux soins et de qualité de soins. Aucun médecin n'a offert d'investigation pour ses symptômes après avoir éliminé la cystite. De plus, son médecin spécialiste n'a pas été en mesure de diagnostiquer la dermatite radique qui minait sa qualité de vie

suite à ses traitements de radiothérapie. Aussi, aucun accompagnement ne lui a été offert et personne n'a su détecter sa souffrance psychologique. Bref, cet homme a manqué de soutien dans son expérience de maladie. Suite à ma rencontre avec ce monsieur, je me suis questionnée sur le rôle et la contribution de l'IPSPL dans cette trajectoire de soins. Et c'est ce dont il est question dans ce travail.

2. L'infirmière praticienne spécialisée en première ligne : un rôle faisant partie de la pratique infirmière avancée

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne s'inscrit dans la pratique infirmière avancée (PIA) et s'inspire de cette philosophie. La PIA se définit comme une pratique clinique centrée sur le patient, où l'infirmière qui a reçu une formation graduée utilise un vaste champ de compétences afin d'améliorer la santé de la population dans un domaine clinique spécialisé de la discipline infirmière (Hamric, Spross, & Hanson, 2014). La PIA se base sur les valeurs fondamentales de la profession infirmière, telles que le respect du patient et de sa famille, l'advocacy, une vision holistique, la prévention de la maladie et la promotion de la santé (Hamric et al., 2014). Le modèle conceptuel de la PIA, présenté en annexe 1, intègre trois critères et huit compétences. La compétence centrale de la PIA est fondée sur la pratique clinique de soins directs, qui inclut une approche holistique, une pratique réflexive, l'établissement d'une relation thérapeutique avec le client, l'intégration des données probantes dans sa pratique ainsi que l'utilisation de diverses approches afin de promouvoir la santé et prévenir la maladie (Hamric et al., 2014). Parmi les autres compétences de la PIA, selon Hamric et al. (2014), on retrouve le soutien, le leadership, la consultation, la collaboration, le coaching et le jugement éthique en tant que fondement de toute action dans l'exercice des soins.

L'IPSPL se caractérise, selon l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC, 2008), comme étant une professionnelle de la santé autonome, ayant une formation poussée de deuxième cycle universitaire. La vision holistique de l'expérience de santé permet à l'IPSPL de saisir une situation clinique complexe dans toute sa globalité et comprendre les éléments qui ont un impact sur la santé et le bien-être de son patient ainsi que celle de sa famille (Hamric et al., 2014). Elle effectue la prise en charge de la santé, en fait la promotion et encourage la prévention de la maladie. L'IPSPL conseille les clients au sujet de la prise en

charge de leurs symptômes, du maintien de leur santé, de la pharmacothérapie, des thérapies parallèles encourageant ainsi l'autonomie de sa clientèle (AIIC, 2008). Elle évalue les tendances en santé de la population et conçoit des services qui favorisent de saines habitudes de vie.

Les IPSPL intègrent des activités issues du domaine médical visées par l'article 36.1 telles que : prescrire et interpréter des examens diagnostiques, prescrire des traitements médicaux et pharmacologiques et appliquer des techniques effractives à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (Durand & Maillé, 2014). Ces activités lui permettent d'offrir des soins globaux à sa clientèle. En plus d'avoir acquis des compétences lui permettant de pratiquer certaines activités relevant de ce domaine, l'IPSPL grâce à sa formation de deuxième cycle, a étoffé ses compétences relevant de la discipline infirmière, soit par la prise de décision éthique dans le cas de situations complexes, le partage des connaissances avec les autres membres de l'équipe de première ligne et l'amélioration des pratiques cliniques selon les données probantes, ce qui contribue à améliorer la continuité des soins (Durand & Maillé, 2014). En matière de promotion de la santé, elle suscite la participation du client et de sa famille, promeut l'éducation à la santé et maximise leurs capacités d'autosoins (Hamric et al., 2014). Il existe une littérature abondante qui démontre l'efficacité de la pratique avancée de l'IPSPL et sa plus-value pour accroître l'accessibilité aux soins de première ligne et améliorer la qualité des soins, et ce, dans différents milieux cliniques (Carter & Chochinov, 2007; Dierick-van Daele, Metsemakers, Derckx, Spreuwenberg, & Vrijhoef, 2009; Dierick-van Daele et al., 2010; Martinez-Gonzalez et al., 2014).

Donc, de par ses compétences en pratique infirmière avancée et ses activités médicales autorisées, l'IPSPL possède les habiletés qui lui permettent d'intervenir auprès des patients dans une perspective de prévention et détection du cancer ainsi que de soutien aux personnes qui en sont atteintes.

3. Le cancer de la prostate

3.1. L'incidence du cancer de la prostate

Selon GLOBOCAN (2012), 14,1 millions de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en 2012 et 8,2 millions d'individus sont décédés d'une cause reliée au cancer au niveau mondial, comparativement à 12,7 millions et 7,6 millions en 2008, constituant un accroissement de 10%

des cas en seulement quatre ans. Les prédictions pour 2025 sont inquiétantes puisqu'on prévoit une nette augmentation des personnes atteintes du cancer, atteignant jusqu'à 19,3 millions d'individus. Cette augmentation serait reliée à la population vieillissante et à la croissance démographique. D'après la Société Canadienne du Cancer (SCC, 2015), les cancers du poumon, du sein, de la prostate ainsi que le cancer colorectal sont les types de cancer les plus couramment diagnostiqués au Canada, représentant 52 % de tous les nouveaux cas de cancer.

Quant au cancer de la prostate, il représente à lui seul 24% de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année (SCC, 2015). Le cancer de la prostate constituerait la deuxième cause de mortalité chez les hommes de 65 ans et plus. Selon les statistiques de la Société de Recherche sur le cancer (2014), 23 600 nouveaux cas ont été répertoriés au Canada en 2014, ce qui représente 13,6 % de risque d'être atteint de ce cancer chez les hommes. Sur ce, 3,6 % des hommes risquent de mourir du cancer de la prostate au cours de leur vie. L'espérance de vie étant plus élevée, l'incidence des cas de ce cancer n'a cessé d'augmenter depuis 50 ans (McCracken et al., 2010). Grâce aux avancées scientifiques en prévention, dépistage et traitements, le taux de survie après cinq ans est de 96 % (SCC, 2015).

3.2. Présentation clinique du cancer de la prostate

Le cancer de la prostate occasionne rarement des signes ou symptômes cliniques typiques lorsqu'il est localisé (Ilic, Neuberger, Djulbegovic & Dahm, 2013). Au stade précoce, ce cancer peut être confondu avec une autre affection telle que l'hypertrophie bénigne de la prostate (McCracken, 2010). Il est donc difficile de le diagnostiquer de façon précoce. Le patient peut présenter des signes d'hématurie, d'urgence mictionnelle, de pollakiurie et de dysurie. En général, les symptômes du cancer de la prostate apparaissent lorsque la tumeur augmente de taille ou s'est développée dans les tissus voisins. Les patients au stade avancé présentent différents symptômes, incluant une obstruction du jet urinaire. Lorsque le cancer se propage et qu'il devient métastatique, on retrouve au tableau clinique des douleurs osseuses, une compression nerveuse et des manifestations systémiques telles que la perte de poids, l'anorexie et les sueurs nocturnes (SCC, 2015).

3.3. Les facteurs de risque du cancer de la prostate

Malgré la forte prévalence du cancer de la prostate, son étiologie demeure indéterminée hormis les facteurs de risque tels que l'âge, la race et l'histoire familiale (Hsing et

Chokkalingam, 2006). Selon la Société de Recherche sur le Cancer (2015), aucun facteur de risque modifiable spécifique n'a été identifié. Ce cancer résulterait d'une interaction complexe entre l'âge, les facteurs génétiques, les hormones androgènes, les facteurs de croissance et l'environnement (McCracken et al., 2010). L'âge est le premier facteur de risque, puisque la majorité des cas sont diagnostiqués entre 50 et 69 ans, dont 80 % après 65 ans (Hsing & Chokkalingam, 2006). Ce cancer n'est pas très fréquent chez les plus jeunes, représentant seulement 10% des nouveaux cas diagnostiqués (Salinas, Tsodikov, Ishak-Howard, & Cooney, 2014). Les hommes avec une histoire familiale positive ont deux fois plus de risque de contracter la maladie (SCC, 2015). Les taux d'incidence et de mortalité chez les Afro-Américains sont deux fois plus élevés que chez les Blancs (Runge, Greganti et Netter, 2009). L'Institut Américain de Recherche pour le Cancer (2015) a estimé que 10 % des cancers de la prostate pourraient être évités grâce au maintien d'un poids santé. Or, la distribution géographique des cancers de la prostate dans le monde révèle une incidence plus marquée en Amérique du Nord, ce qui pourrait suggérer une relation entre le mode de vie occidental, l'environnement et le cancer de la prostate (Haggstrom et al., 2012). Une méta-analyse de 17 études de cohorte a révélé que l'obésité pouvait constituer un facteur de risque additionnel à l'incidence du cancer de la prostate (Zhang et al., 2015).

Le cancer de la prostate est un cancer hautement prévalent, qui cependant présente rarement des symptômes au stade précoce. De plus, les facteurs de risque de ce cancer pourraient être reliés au mode de vie occidental. Suite à ces données préliminaires, il semblerait pertinent de travailler en amont du problème et de promouvoir de saines habitudes de vie chez les hommes. Dans ce contexte, on peut penser que la pratique clinique préventive exercée par l'IPSPL pourrait avoir un impact sur l'incidence de ce cancer.

4. L'IPSPL et la pratique clinique préventive

4.1. Définir la pratique clinique préventive

La pratique clinique préventive (PCP) est l'une des approches efficaces reconnues en première ligne pour réduire la morbidité et la mortalité (U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2013). Elle fait partie des grandes stratégies de santé publique visant l'amélioration de la santé des populations (Ministère de la Santé et des services Sociaux (MSSS), 2008).

L'adoption des PCP est reconnue comme un levier très efficace pour agir en amont des problèmes de santé évitables et constitue l'une des interventions sur lesquelles le Programme national de santé publique (PNSP) s'appuie pour atteindre ses objectifs de santé (MSSS, 2008)

Les PCP regroupent plusieurs interventions qui se sont avérées efficaces afin de promouvoir la santé et les saines habitudes de vie ainsi que pour prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux (MSSS, 2008). Parmi ces pratiques on retrouve le counseling, le dépistage systématique ou opportuniste, la détection précoce de maladies et de facteurs de risque, l'immunisation et la prescription de médicaments prophylactiques (par exemple, l'ajout de suppléments de calcium et vitamine D afin de prévenir l'ostéoporose et les fractures qui peuvent y être reliées). Les bénéfices potentiels incluent la réduction des facteurs de risque qui peuvent prévenir les maladies, la découverte précoce d'une maladie permettant un traitement adapté et ultimement une meilleure santé, une meilleure qualité de vie et l'amélioration de l'espérance de vie (USPSTF, 2013).

Fondée en 1998, l'USPSTF est une organisation indépendante américaine qui regroupe un panel d'experts provenant de différents domaines des soins de santé primaires. Elle travaille pour améliorer la santé des Américains en faisant des recommandations sur les pratiques cliniques préventives et la promotion de la santé, en se basant sur les données probantes (USPSTF, 2013). Ils analysent les évidences scientifiques et font des recommandations sur l'efficacité des examens de dépistage, du counseling sur les comportements de santé et la médication offerte en prévention. Le rapport annuel (2013) est un guide pour les cliniciens en première ligne et leur clientèle de tout âge afin de déterminer les interventions qui peuvent améliorer leur santé. Plus d'une centaine de PCP sont cotées d'une lettre qui indique aux cliniciens si l'intervention est recommandée ou non et le degré de certitude sur les bénéfices de l'intervention, déterminé par les données probantes (USPSTF, 2013). Par exemple, dépister l'hypertension artérielle chez un adulte est une recommandation de cote A. Les coûts en santé reliés à la sous-utilisation des PCP recommandées par le USPSTF sont substantiels. Une étude corrélationnelle prédictive effectuée aux États-Unis (Farley, Dalal, Mostashari & Frieden, 2010) a estimé qu'en optimisant l'utilisation de seulement neuf recommandations des PCP de l'USPSTF pourrait prévenir 50 000 à 100 000 décès par année chez les adultes de 80 ans et moins aux États-Unis.

Selon MSSS (2008), les cliniciens de première ligne sont des acteurs importants de la PCP, de par leur accessibilité et l'influence qu'ils exercent auprès de leurs patients pour les

amener à adopter des comportements sains. Cette activité réalisée par les cliniciens a pour but de réduire la morbidité et la mortalité associée entre autres aux cancers et aux maladies cardiovasculaires. Il existe plusieurs opportunités dans le cadre des soins de première ligne pour intégrer les PCP à chaque consultation. Toutefois, malgré les bénéfices potentiels de la PCP et la perception positive de cette pratique par les professionnels de la santé et les patients, certaines embûches persistent à son implantation dans la pratique quotidienne. Les barrières se résument en un manque de rémunération pour ces activités, un manque de formation, un manque d'outils et un manque de temps (MSSS, 2008). Les caractéristiques mêmes des interventions préventives, par opposition aux interventions curatives, rendent difficile l'intégration de la PCP puisque les résultats de la prévention prennent souvent du temps à se manifester. D'ailleurs, la Direction régionale de Santé Publique a élaboré un Plan d'Action Stratégique 2011-2015 (PAS, 2011) afin de maximiser la mise en place de conditions favorables permettant l'intégration des PCP dans les milieux cliniques et visant à promouvoir et soutenir les PCP auprès des cliniciens en première ligne. C'est donc dire que les PCP constituent un enjeu important pour le MSSS puisqu'elles sont associées à des taux de morbidité et de mortalité plus faibles ainsi qu'à des coûts moindres pour le système de santé (MSSS, 2008).

4.2. Définir la promotion de la santé et la prévention du cancer

La promotion de la santé et la prévention retiennent de plus en plus l'attention au Québec. Certains travaux ont été menés afin d'étudier la viabilité du système de soins et mettent en évidence l'importance de la prévention pour améliorer la santé de la population, hausser la qualité de vie et réduire la pression sur le système (MSSS, 2008).

La promotion de la santé vise à renforcer les facteurs de protection et à rendre l'individu en mesure d'exercer un meilleur contrôle sur les déterminants de sa santé, concept défini dans le Plan régional de santé publique 2010-2015 (Direction de la Santé Publique (DSP) et Agence de santé et des services sociaux (ASSS), 2011). Elle favorise l'apprentissage de modes de vie sains chez l'individu. Les saines habitudes de vie apparaissent ainsi comme un moyen d'action efficace pour améliorer la santé et prévenir certains cancers. D'ailleurs, une saine alimentation ainsi que l'exercice seraient des stratégies de prévention primaire qui pourraient diminuer l'incidence du cancer de la prostate (Drake et al., 2006; Er et al., 2014). La promotion de la santé et les activités éducatives visent à informer les gens afin de leur permettre d'améliorer leur santé

(Hamric et al., 2014). Les promoteurs de la santé ont souvent recours à des interventions, soit par le counseling et le coaching, visant directement les individus par l'acquisition de compétences personnelles et d'habitudes saines.

La prévention de la maladie et la promotion de la santé occupent un rôle déterminant pour éviter certains cancers. L'institut National du Cancer (NCI, 2013) définit la prévention du cancer comme une action prise afin de réduire les risques d'être atteint de cette maladie. La prévention désigne les actions mises en place afin d'intervenir le plus précocement possible, tant pour réduire les facteurs de risque associés aux maladies et aux problèmes psychosociaux ainsi que leurs conséquences, également pour détecter les signes précoces de problèmes afin de contrer ces derniers. Elle vise les individus et les groupes à risque (DSP & ASSS, 2011). Cette approche est orientée vers la réduction des facteurs de risque associés au cancer et doit être combinée à la pratique du dépistage (McIlfatrick, Keeney, McKenna, McCarley, & McIlwee, 2014). Selon l'Institut Américain pour la Recherche sur le Cancer (2013) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2009), 30 % des cancers pourraient être prévenus par de meilleures habitudes de vie. Le Centre National de Contrôle du Cancer et des Maladies (2012) désigne la prévention comme le meilleur outil pour combattre le cancer. L'OMS (2006) considère également que la prévention serait l'intervention la plus efficace pour contrôler le cancer au niveau international. La promotion de la santé et la prévention des maladies sont des concepts interreliés et complémentaires.

Au Québec, toutes les professions du domaine de la santé concernées par les réformes législatives récentes du Code des professions de 2009, se trouvant dans l'article 39.4, doivent maintenant participer aux interventions de type promotionnelles, préventives ou informatives et ont une responsabilité à cet égard. Le professionnel de la santé en première ligne doit profiter de chaque occasion pour encourager les patients à cesser de fumer, à diminuer leur consommation d'alcool, à perdre du poids, à pratiquer une activité physique, à consommer davantage de fruits et de légumes, à se protéger sexuellement, à éviter d'être exposés à la pollution de l'air et doivent sensibiliser les utilisateurs de drogue injectable d'opter pour les seringues propres (Harrison & Longo, 2013). Donc, prévenir c'est avant tout changer de comportement. Or, tous les facteurs de risque énumérés sont attribuables au mode de vie et sont des facteurs modifiables. Le but du clinicien en promotion de la santé et en prévention des

maladies est d'amener les individus à changer de comportement soit en adoptant de saines habitudes de vie ou en abandonnant des comportements à risque.

4.3. L'IPSPL et son rôle en prévention du cancer

La prévention du cancer est partie intégrante du rôle de l'IPSPL. Cette partie de sa pratique fait appel à ses compétences centrales des soins directs et de counseling (Hamric et al., 2014). En tant qu'infirmière, elle est régie par la Loi sur les infirmières et infirmiers (LII) où l'article 36 stipule que le champ d'exercices des infirmières consiste entre autres à évaluer l'état de santé et à prodiguer les soins dans le but de maintenir ou de rétablir la santé et de prévenir la maladie de l'être humain qui est en constante interaction avec son environnement. Elle doit se percevoir comme facilitatrice afin d'aider sa clientèle dans l'acquisition et le maintien d'une bonne santé (Hamric et al., 2014). Pour ce, elle emploie diverses stratégies telles que le counseling et l'éducation pour la santé (Hamric et al., 2014).

Une étude randomisée effectuée auprès de 1316 patients au Royaume-Uni afin de comparer l'efficacité des infirmières praticiennes à celle des omnipraticiens en soins de première ligne a montré que les IPSPL effectuaient davantage de dépistages opportunistes (56 (8.7%) vs 37 (5.6%); 1.66, 1.04 -2.66) (Venning, Durie, Roland, Roberts, & Leese, 2000). Une autre étude exploratoire avec devis mixte a révélé que l'IPSPL occuperait un rôle important dans la prévention du cancer (McIlfatrick, Keeney, McKenna, McCarley, & McIlwee, 2014). Selon ces auteurs, elle se distinguerait notamment par la relation privilégiée qu'elle entretient avec son patient qui est essentielle afin d'amener ce dernier à changer ses habitudes de vie et à les maintenir. Cette étude a permis de mettre en lumière le potentiel de l'IPSPL dans la promotion de saines habitudes de vie par son counseling qui vise à accroître le niveau de connaissances de ses patients afin de leur permettre de faire des choix éclairés et d'être autonomes dans leur prise de décision (McIlfatrick et al., 2014).

4.4. Le rôle de conseillère et le modèle Transthéorique de Prochaska

Le rôle de conseillère de l'IPSPL est défini par Hamric et al. (2014) comme une forme de communication alimentée par l'expérience, l'information et l'évaluation utilisée par l'infirmière afin d'aider le patient et sa famille à explorer leurs ressources, leurs motivations et leurs possibilités. Le but de conseiller est de permettre aux individus de prendre conscience d'un

comportement, de comprendre d'où il vient, de l'amener à le changer et de maintenir ce changement (Hamric et al., 2014). Une revue systématique a été réalisée afin d'identifier les facteurs prédisposants qui permettaient d'optimiser le counseling de la pratique d'activité physique en première ligne (Gagliardi, Faulkner, Ciliska, & Hicks, 2015). Selon les conclusions de cette étude, une simple discussion, au travers d'une consultation, sur les motivations d'un patient à pratiquer de l'activité physique pouvait résulter en une augmentation de cette pratique chez ce dernier. Conseiller nécessite certaines habiletés que l'IPSPL a pu acquérir dans son cursus universitaire. Elle s'appuie sur des modèles conceptuels afin d'amener ses patients à modifier des comportements à risque. En utilisant le Modèle Transthéorique (MTT) de Prochaska (annexe 3 et 4), l'IPSPL peut faire une évaluation du stade de changement de comportement du patient (DiClemente et al., 1991; Prochaska & DiClemente, 1984). Le MTT est essentiellement un modèle de changement individuel qui décrit comment les gens modifient un comportement à risque ou acquièrent un comportement positif (Prochaska & Velicer, 1997). Il a été largement utilisé pour aider le patient à adopter de meilleures habitudes de vie (Bully, Sanchez, Zabaleta-Del-Olmo, Pombo, & Grandes, 2015; Mastellos, Gunn, Felix, Car, & Majeed, 2014). Ce modèle suggère qu'il y a deux dimensions interreliées nécessaires pour évaluer un changement de comportement (DiClemente et al., 1991). Tout d'abord, l'individu traverse des stades de préparation au changement. Il y aurait six stades, soit : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute. La deuxième dimension est appelée le processus de changement. Cette étape intègre les différentes activités qui peuvent conduire aux changements d'un comportement à risque.

Il peut être intéressant d'utiliser le Modèle Transthéorique de Prochaska pour comprendre les facteurs qui affectent le processus de changement et afin d'identifier la bonne intervention à utiliser au moment opportun (Choi, Chung, & Park, 2013). Le rôle de l'IPSPL est de faciliter la progression vers l'étape suivante en observant les divers processus de changement caractérisant le stade où se situe le patient. Étant donné que ce modèle est très utilisé en première ligne, une revue systématique Cochrane (Mastellos et al., 2014) a été effectuée afin d'évaluer l'efficacité des interventions sur l'activité physique et l'alimentation basées sur le MTT visant la perte de poids auprès de personnes obèses. Cette étude révèle que l'approche interventionnelle du MTT démontre peu d'effets sur la perte de poids chez ces individus, mais qu'elle peut conduire les individus à améliorer certaines habitudes de vie telles que l'alimentation et l'activité physique.

D'ailleurs, une autre revue systématique visant à connaître quels modèles théoriques issus des théories du changement de comportement a su montrer son efficacité dans les interventions de promotion de la santé dans un contexte de première ligne (Bully et al., 2015) a conclu qu'il y avait seulement de fortes évidences sur l'efficacité du MTT dans la l'adoption d'une saine alimentation à court terme et la cessation tabagique à long terme. Ces auteurs mettent en garde les professionnels de la santé qui intègrent le MTT dans leur pratique, car les preuves de son efficacité dans la modification des comportements à risque sont limitées (Bully et al., 2015). Or, les facteurs de risque étant associés au cancer de la prostate se situent en lien avec le mode de vie, notamment l'alimentation et l'obésité. Toutefois, le MTT semblerait gagner en efficacité lorsque jumelé à la technique de l'entretien motivationnel (Farrell & Keeping-Burke, 2014; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005). Ce type de counseling, centré sur le patient, a été développé pour aider les clients à explorer et à résoudre leur ambivalence face à l'adoption d'un comportement en lui exprimant de l'empathie, en mettant en évidence ses dissonances cognitives ou affectives, en esquivant la confrontation et l'argumentation et en soutenant l'auto-efficacité du patient (Miller & Rollnick, 2012; Rubak et al., 2005). Cette stratégie est axée sur la persuasion et le soutien pour permettre au patient de trouver sa motivation intrinsèque afin que ces changements persistent dans le temps (Rubak et al., 2005).

4.5. L'examen médical périodique, une pratique clinique préventive en voie d'extinction

La pratique clinique préventive est associée au Québec à l'examen médical périodique (EMP) où le professionnel de la santé fait la révision des facteurs de risque et accentue son enseignement en fonction de ces facteurs. L'EMP constitue la première raison de consultation médicale aux États-Unis (Prochazka & Caverly, 2013). Selon ces auteurs, cet examen se définit comme étant l'identification par un professionnel de la santé de symptômes, de signes et de facteurs de risque dans le but de rechercher une maladie qui n'aurait pas encore été diagnostiquée chez un patient. Il implique une anamnèse approfondie incluant une longue revue des systèmes et d'un examen physique complet. Il peut se solder par des examens de dépistage chez un patient asymptomatique. Cette intervention fait partie des activités médicales autorisées de l'IPSPL (Durand & Maillé, 2014).

Pourtant, cette activité si commune dans la pratique médicale est remise en question faute de preuves démontrant une réelle amélioration de l'état de santé de la population et d'une

réduction des coûts en santé publique (Krogsboll, Jorgensen, Gronhoj Larsen et Gotzsche, 2012). Avant-gardiste, le Canadian Task Force avait émis des doutes en 1979 quant aux bénéfices associés à la pratique médicale offrant l'EMP aux individus en bonne santé (Canadian Task Force, 1979). Une méta-analyse Cochrane issues de 14 essais randomisés incluant 182 000 patients (Krogsboll et al., 2012) a démontré que l'examen médical périodique ne contribuait pas à réduire de façon significative la morbidité et la mortalité reliée au cancer et aux maladies cardiovasculaires (RR 0.99, IC 95%, 0.95-1.03). Or, tout acte médical peut conduire à certains risques. Dans le cas de l'EMP, les dangers sont le surdiagnostic, le surtraitement, les complications reliées aux examens invasifs et la détresse secondaire à un résultat faux positif ou la fausse réassurance suite à un faux négatif (Krogsboll et al., 2012; Prochazka et Caverly, 2013). De plus, nous savons que tout acte médical a un prix et que la surutilisation de ces examens génèrent des dépenses faramineuses pour le système de santé (Bhatia et al., 2015; Hudzik, Hudzik et Polonski, 2014). Ces dépenses pourraient être investies autrement dans des interventions démontrant de réels bénéfices pour la population (Thompson et Tonelli, 2012). Cependant, une revue systématique effectuée pour synthétiser les bénéfices et les risques de l'EMP (Boulware et al., 2007), a révélé que certains bénéfices étaient associés à l'EMP, dont une meilleure prestation des pratiques cliniques préventives et à une réduction des inquiétudes du patient concernant son état de santé.

Malgré toutes ces évidences, les croyances persistent quant à l'efficacité de cette pratique. Afin de contrer les attentes reliées à l'EMP, une campagne a été mise en place par l'Académie Américaine des Médecins de Famille (2012). Cette campagne appelée « Choisir sagement » vise à promouvoir des pratiques basées sur les données probantes et à informer les patients que certains examens de routine ne sont plus recommandés, car ils n'ont démontré aucun bénéfice pour certaines conditions (Hudzik, Hudzik et Polonski, 2014). Conséquemment, le Collège des Médecins (2015) recommande maintenant à ses membres d'abolir l'examen médical périodique de leur pratique et d'effectuer plutôt un bilan préventif selon l'âge, le sexe et les facteurs de risque du patient. Selon le Collège, l'EMP ne sert qu'à remplir l'agenda du médecin pour les personnes en bonne santé et limitant l'accès aux consultations reliées à un problème de santé réel.

Le Collège des Médecins (2015) a élaboré une fiche de prévention clinique constituée de onze items à discuter avec leurs patients (Annexe 2). Parmi ces domaines d'intervention, il y a

notamment le counseling anti-tabagisme, l'activité physique, les saines habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et les cancers. Cette institution suggère donc aux médecins d'opter pour une pratique préventive plus globale dans une approche interdisciplinaire. D'où l'importance de la collaboration avec les IPSPL qui ont comme compétence majeure la promotion de la santé et la prévention de la maladie (Hamric et al., 2014). Toutefois, comme la pratique de l'EMP fait encore partie des lignes directrices de l'IPSPL (2014), l'infirmière devra adapter sa pratique selon ces nouvelles recommandations basées sur les données probantes afin de mieux répondre aux besoins de sa clientèle et de poursuivre l'intégration des PCP dans ses consultations autrement.

5. Le rôle de l'IPSPL et le cancer : dépister

5.1. Définir le rôle de l'IPSPL dans le dépistage du cancer

Selon les lignes directrices encadrant sa pratique, l'IPSPL peut exercer des activités de dépistage du cancer en vertu de l'article 36.1 de la Loi sur les Infirmières et Infirmiers lorsqu'elle y est habilitée et en fonction du règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale (OIIQ & CMQ, 2014). Parmi ces activités médicales, l'IPSPL peut prescrire des examens diagnostiques, tels que l'APS. De plus, elle peut utiliser des techniques invasives telles que le toucher rectal (Durand & Maillé, 2014). L'IPSPL se réfère à ces lignes directrices et aux lignes directrices émises par le Collège des Médecins (2013) pour guider sa pratique en première ligne concernant le dépistage du cancer de la prostate.

Le dépistage fait partie de la trajectoire de la personne atteinte du cancer. Il se définit comme l'utilisation d'examens diagnostics chez une personne asymptomatique visant à détecter la maladie de manière précoce, avant qu'elle ne se manifeste cliniquement (Wardle, Robb, Vernon, & Waller, 2015). Selon l'hypothèse qui sous-tend le dépistage, une maladie qui est diagnostiquée à un stade précoce de son développement répondra mieux au traitement. Par conséquent, le patient vivra plus longtemps et sa qualité de vie sera meilleure. Autrefois, avant l'utilisation des différents examens de dépistage, la découverte d'un cancer se faisait toujours à un stade avancé. C'est pourquoi la découverte des examens de dépistage dans les années 1980 fut considérée comme une avancée extraordinaire contre le cancer (Wardle et al., 2015).

Malheureusement, la présentation symptomatique est encore aujourd'hui la majeure façon dont un cancer est découvert (Wardle et al., 2015).

Par contre, selon certains scientifiques, la découverte précoce d'un cancer ne serait pas suffisante comme argument pour procéder au dépistage (Gates, 2014). Comme il s'agit d'une intervention sur un patient qui pourrait ne pas profiter directement du dépistage, puisqu'il n'est probablement pas atteint de la maladie en question, le clinicien doit s'assurer que la probabilité de causer du tort est vraiment très faible. Ces examens doivent démontrer une réduction du taux de morbidité et de mortalité à long terme (Gates, 2014). Selon Klotz (2012), le taux de mortalité reliée au cancer a diminué de 15 % aux États-Unis depuis les années 1990 avec l'avènement des examens diagnostics tels que la mammographie, l'antigène prostatique spécifique (APS) et la colonoscopie. Le dépistage pouvant prévenir le développement des cellules cancéreuses consiste en une forme de prévention primaire, tel que l'examen contre le cancer colorectal et la cytologie cervicale. Tandis que les examens de dépistage contre le cancer du sein, de la prostate et du poumon représentent une forme de prévention secondaire puisqu'il a pour but d'améliorer les chances de guérison en prenant le cancer tôt dans son processus, lorsqu'il est encore localisé (Wardle et al., 2015).

En 1968, l'OMS a publié des critères d'évaluation pour tous les programmes de dépistage, dont celui du cancer de la prostate (Wilson & Junger, 1968). Premièrement, la condition dépistée doit représenter un problème de santé publique. Un traitement doit exister pour cette maladie. On doit pouvoir offrir des installations pour le dépistage et le traitement. Le test de dépistage doit être valide, suffisamment sensible pour détecter la maladie à un stade asymptomatique et suffisamment spécifique pour minimiser les faux positifs. Ce test doit également être acceptable pour la population. On doit reconnaître le stade latent ou précoce de la maladie et l'histoire naturelle de cette maladie. Une stratégie doit être établie pour déterminer qui doit ou ne doit pas être traité. Le coût du dépistage et des traitements offerts doivent être abordables. Le dépistage doit faire partie du début de la trajectoire du patient et non la fin. Lorsque le patient prend part au dépistage d'une condition, il doit être certain de vouloir aller jusqu'au bout du processus, soit les examens subséquents à un premier résultat positif et la thérapie offerte (Gates, 2014).

Chaque dépistage comporte des bénéfices et des risques. Les effets néfastes possibles du dépistage sont : le surdiagnostic, le surtraitement et les coûts associés aux examens pour le système de santé. Tandis que les bénéfices possibles sont la diminution de la morbidité et de la

mortalité. Par contre, ces bénéfices ne sont pas démontrés pour tous les examens de dépistage. Un essai randomisé a cherché à évaluer l'efficacité des tests de dépistage pour les cancers du poumon, de la prostate, colorectal et des ovaires (Andriole et al., 2012). Selon ces auteurs, l'utilisation de la sigmoïdoscopie réduirait la mortalité liée au cancer colorectal de 26 % (Grubb, Pinsky, Prorok et Andriole, 2015). Par contre, elle n'a pas permis de conclure en une réduction de la mortalité associée au dépistage du cancer de la prostate avec l'utilisation du test APS combiné avec le toucher rectal. (Grubb, Pinsky, Prorok, & Andriole, 2015). Plusieurs organisations établissent des guides cliniques afin d'aider les cliniciens à déterminer les différentes recommandations appropriées à chaque type de dépistage. Bien que certains dépistages ne soient plus recommandés, il est important de spécifier que le public est très attaché au dépistage et le perçoit comme une armure contre le cancer (Wardle et al., 2015). Les patients s'attendent à être dépistés à leur examen annuel pour prévenir le cancer, mais leurs attentes sont disproportionnées par rapport aux évidences scientifiques (Gates, 2014). Klotz (2012) rappelle aux cliniciens que plusieurs patients croient que le cancer est une maladie létale et qu'il faut la détruire à tout prix. Les attentes liées au dépistage seraient dues aux puissantes campagnes d'information où l'on recommandait fortement aux individus de se faire dépister (Schwartz, Woloshin, Fowler & Welch, 2004).

5.2. Le dépistage du cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate est probablement le dépistage le plus controversé. Selon la Société canadienne du Cancer (2015), la recherche démontre actuellement que les risques liés au dépistage du cancer de la prostate pourraient surpasser les bienfaits chez les hommes dont le risque d'en être atteint est faible. Ce dépistage se fait à l'aide du test sanguin de l'APS et le toucher rectal. Lorsque l'APS dépasse le seuil de 0,4 µg/ml, il est recommandé d'exécuter une biopsie de la prostate.

La mesure de l'APS est un outil utilisé dans le diagnostic et le suivi des cancers de la prostate. Le test a été implanté en 1986 aux États-Unis pour le suivi de ce cancer suite aux traitements (Pienta, 2009). Cependant, son utilisation comme outil de dépistage pour le cancer est controversée. Certaines études le qualifient comme étant le «*gold standard*» (Payne & Cornford, 2011), tandis que d'autres le considèrent comme étant non spécifique au cancer (Ilic, Neuberger, Djulbegovic, & Dahm, 2013). Dans un article publié dans le New York Times

(2010), Richard J. Ablin microbiologiste et inventeur du test APS énonce que ce test n'est guère plus précis qu'un coup de dés. Selon Ablin (2010), la sensibilité du test de l'APS n'est que d'environ 70 % pour détecter un cancer. De fait, d'autres conditions telles qu'une prostatite, un état post-éjaculation ou l'hypertrophie bénigne de la prostate peuvent faire augmenter l'APS (Lin, Lipsitz, & Janakiraman, 2008). Par contre, seulement 10 ans après l'implantation de l'APS, on a dénoté une diminution de 11 % des présentations métastatiques reliés à ce cancer (Paquette et al., 2002). Malgré ses limites, le test de l'APS demeure le seul test valide pour le dépistage de ce cancer (Paquette et al., 2002). Les auteurs de l'étude Prostate Cancer Prevention Trial (Thompson et al., 2005) ont fait des biopsies sur cent hommes, dont 22 biopsies ont révélé la présence d'un cancer. Sur ces 22 cancers, seulement 5 ont pu être détectés par une augmentation du niveau de l'APS (au seuil de 4 µg/mL) alors que les 17 autres ne présentaient pas d'augmentation de l'APS. Cette étude a révélé, en examinant les résultats des biopsies, que le cancer de la prostate pouvait être présent à tous les niveaux d'APS, puisque 15 % des hommes ayant un niveau d'APS dans les limites de la normale présentaient un adénocarcinome de la prostate et sur ce, 15 % de ces cancers étaient de haut grade (Thompson et al., 2005).

Avant l'arrivée de l'APS, la palpation de la prostate par le toucher rectal était le seul moyen diagnostique pour ce type de cancer (Runge, Greganti, & Netter, 2009). Selon ces auteurs, 50% des masses prostatiques palpées sont attribuables au cancer. Malheureusement, lorsqu'une masse est palpée, il y a de fortes chances que le cancer soit métastatique (McCracken, 2010). Le toucher rectal n'est pas un bon moyen diagnostique pris seul, mais il a sa place dans une stratégie de dépistage du cancer de la prostate combiné avec le test d'APS. Effectivement, cet examen permet de découvrir des masses qui ne libèrent pas d'APS puisque 25% de ces tumeurs sont retrouvées chez des patients avec un APS normal (Runge et al., 2009).

Suite à un résultat d'APS plus élevé que 4 ug/ml, il est recommandé d'effectuer une biopsie de la prostate. L'échographie transrectale et la biopsie sont utilisées afin de confirmer la présence d'un cancer et de le classer selon la cote de Gleason (Société canadienne du Cancer, 2015). Cette cote détermine le degré d'agressivité et de probabilité de progression de la tumeur de la prostate. La biopsie est un examen qui dure une dizaine de minutes et qui est jugé inconfortable par les patients. L'urologue prélève, à l'aide d'une aiguille, une douzaine d'échantillons de tissus dans les différents lobes de la prostate. Les complications possibles sont les infections du tractus urinaire et dans 1% des cas une septicémie (Société canadienne du

Cancer, 205). Près de 7 % des hommes ont été hospitalisés dans les 30 jours suivant une biopsie pour complications infectieuses (Loeb, Carter, Berndt, Ricker, & Schaeffer, 2011). L'hématurie, la rectorragie et l'hémospermie sont des symptômes fréquents, mais peu vont se compliquer. La biopsie peut également amener une rétention urinaire (McCracken, 2010). Ce sont des symptômes non négligeables. De surcroît, le patient doit être avisé qu'une biopsie négative n'exclut pas un cancer et qu'un résultat positif n'enclenche pas soudainement l'arsenal de traitements (McCracken, 2010).

Le manque de spécificité et de sensibilité des deux méthodes utilisées pour le dépistage du cancer de la prostate génère bien des controverses. De plus, une biopsie est nécessaire pour confirmer la présence d'un cancer. Cet examen comporte des effets secondaires importants. Une littérature scientifique considérable cherche à analyser les risques et les bénéfices du dépistage du cancer de la prostate.

5.3. Les risques associés au dépistage du cancer de la prostate

Parmi les risques encourus par le dépistage du cancer de la prostate, le surdiagnostic et le surtraitement sont probablement les effets néfastes les plus importants. De plus, un résultat faux positif peut occasionner beaucoup d'anxiété pour le patient et des coûts importants pour le réseau de la santé, de par les interventions associées (Petros, 2012).

Le surdiagnostic se définit comme étant la détection d'un cancer qui n'aurait pas causé de symptômes ou n'aurait pas été diagnostiqué cliniquement sans le dépistage (Draisma et al., 2009; Heijnsdijk et al., 2012; Klotz, 2012). Ceci apparaît pour une pathologie latente ou à progression lente. Ce tableau représente bien le cas du cancer de la prostate, étant donné sa haute prévalence comme cancer non agressif (Draisma et al., 2003). Dans un essai randomisé effectué en Europe et qui visait à évaluer l'effet du dépistage par l'APS sur le taux de mortalité relié au cancer de la prostate (Schroder et al., 2014), les auteurs évaluent à 50 % le taux de surdiagnostic dans le groupe d'hommes dépistés avec un cancer de la prostate. Ce qui signifie qu'un homme sur deux serait diagnostiqué avec un cancer de la prostate qui ne lui aurait probablement pas causé de symptômes. L'âge des hommes dans le dépistage du cancer de la prostate est un facteur très important. À 50 ans, le risque de trouver un cancer est de moins de 20 %, mais le risque d'en mourir prématurément est de 60 %, car le cancer est plus agressif chez les sujets plus jeunes

(McCracken, 2010). Tandis qu'à 70 ans, les risques de trouver un cancer sont deux fois plus élevés, mais le risque d'en mourir prématurément est de 38%. Ainsi, on considère que sur 100 hommes de 55 ans qui feront le dépistage chaque année jusqu'à l'âge de 70 ans, 6 des 15 cancers trouvés par dépistage (40 %) seront des surdiagnostics (Wever et al., 2012). Sakr et al. (1996) ont découvert par autopsies effectuées sur des sujets qui étaient apparemment en bonne santé, que 20 à 30 % des hommes de 50 ans avaient un cancer de la prostate, statistique qui grimpe à 90 % chez les hommes de 80 ans et plus. On peut conclure que les hommes qui meurent avec un cancer de la prostate sont plus nombreux que les hommes qui meurent du cancer de la prostate. Puisqu'une grande partie de ces cancers sont silencieux et qu'il est difficile de distinguer un cancer agressif d'un cancer indolent, une partie des cancers surdiagnostiqués recevront un traitement radical.

Le surtraitement est défini comme l'utilisation d'une intervention inutile, voire nuisible, dans le cas d'une pathologie qui ne cause pas de symptôme (AFMC, 2009). Le choix du traitement repose sur le stade et le grade de la tumeur, l'âge, l'état de santé du patient ainsi que son espérance de vie supérieure à 15 ans et finalement, la préférence du patient pour l'un ou l'autre des traitements curatifs possibles. Le cancer de la prostate peut être classé en deux catégories, soit le cancer localisé ou le cancer métastatique (McCracken, 2010). En ce qui concerne les options pour le traitement du cancer localisé, ayant comme objectif l'éradication de la tumeur, on retrouve la prostatectomie radicale, la radiothérapie externe, la brachythérapie et la surveillance active (Société canadienne du Cancer, 2015). Le choix de l'un ou l'autre des traitements n'est pas banal puisqu'ils comportent tous des effets secondaires considérables. De ces effets, on inclut les dysfonctions érectiles (60 % des patients) et l'incontinence urinaire (8 à 33 % des cas) (McCracken, 2010). Malheureusement, dans 99% des cas, les spécialistes encouragent les hommes âgés de 65 ans et plus à choisir un traitement radical plutôt que d'opter pour la surveillance active (Carlsson et al., 2012).

5.4. Les bénéfices du dépistage du cancer de la prostate

Toute forme de dépistage a pour objectif de diminuer la mortalité associée à la maladie et ainsi augmenter l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes atteintes (AFMC, 2009). Puisque le cancer de la prostate localisé cause rarement de symptômes spécifiques et que peu de stratégies préventives se sont révélées efficaces, il est encourageant de croire que le dépistage peut diminuer l'incidence et le taux de mortalité reliée au cancer de la prostate.

Une revue systématique Cochrane publiée en 2013 (Ilic, Neuberger, Djulbegovic & Dahm, 2013) a été effectuée afin de déterminer si le dépistage du cancer de la prostate avait une incidence sur la diminution de la mortalité reliée à ce cancer et pour déterminer son impact sur la qualité de vie. Cinq essais cliniques randomisés ont été analysés, totalisant 341 342 participants. L'analyse de ces études conclut qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative du taux de mortalité associée au cancer de la prostate entre le groupe d'hommes dépistés et le groupe témoin (RR 1.00, IC 95%; 0.86-1.17). En outre, les résultats de cette revue indiquent que les risques associés au dépistage et aux biopsies qui s'ensuivent sont fréquents et peuvent s'avérer sévères. Conséquemment, le dépistage contribuerait au surdiagnostic et au surtraitement (Ilic et al., 2013). Toutefois, seulement deux des études comportaient un risque faible de biais, soit l'étude U.S. Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial (Andriole et al., 2012) et l'European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) (Schroder et al., 2009). Fait intéressant, ces deux études démontrent des résultats contradictoires, mais la méta-analyse des deux études combinées indique que le dépistage n'entraîne pas de réduction du taux de mortalité (Ilic et al., 2013). L'essai PLCO (Andriole et al., 2012) a été effectué afin de déterminer si le dépistage à l'aide de l'APS et du toucher rectal réduisait le taux de mortalité associée au cancer de la prostate après un suivi de 13 ans. L'étude a randomisé 76 685 hommes âgés de 55 à 74 ans où approximativement 57% des participants ont été suivis pendant 13 ans. Le taux de mortalité cumulatif associé au cancer de la prostate était de 3.7 décès chez les hommes dépistés et de 3.4 chez le groupe témoin par 10 000 années-personnes résultant en une différence non significative (RR=1.09, IC 95% = 0.87-1.36). Les résultats de cette étude révèlent qu'un programme systématique de dépistage annuel n'est pas meilleur qu'un dépistage opportuniste pour diminuer le taux de mortalité associée à cette maladie (Andriole et al., 2012; Grubb, Pinsky, Prorok, & Andriole, 2015). Les limites de l'étude PLCO se résument en une faible proportion d'hommes de race noire ou avec des antécédents familiaux de cancer de la prostate. De plus, le taux d'adhésion au dépistage après 13 ans avait considérablement diminué à 52%.

En contrepartie, l'étude longitudinale ERSPC effectuée dans huit pays d'Europe (Schroder et al., 2009) qui visait à évaluer l'effet du dépistage avec l'APS sur le taux de mortalité reliée au cancer de la prostate a démontré un bénéfice significatif sur un échantillon de 162 00 hommes âgée entre 55 et 69 ans après un suivi de neuf ans. L'incidence cumulée du

cancer de la prostate du groupe dépisté était de 8.2% et de 4.8% pour le groupe témoin. Dans le groupe dépisté, on a dénombré 214 décès associés au cancer et 326 dans le groupe témoin (RR 0.80, IC 95%; 0.67-0.95; P=0.01). Dans cette étude, l'APS est associé à une réduction absolue de 0.71 décès relié au cancer de la prostate par 1000 hommes correspondant à une réduction relative de 20% du taux de mortalité reliée à ce cancer. Toutefois, les auteurs mettent en garde contre le risque du surdiagnostic relié au dépistage évalué à 50 % dans leur étude (Schroder et al., 2009). Une mise à jour de l'étude ERSPC a été publiée récemment afin de mettre en lumière les nouveaux résultats (Schroder et al., 2014). Après 13 ans de suivi, les auteurs ont dénombré 355 décès reliés au cancer de la prostate dans le groupe d'hommes dépistés et 545 décès dans le groupe témoin, ce qui représente respectivement 0.43 et 0.54 par 1000 années-personnes (RR 0.79, IC 95% 0.69-0.91, p=0.001). Ces résultats sont comparables à ceux après 9 ans de suivi, soit une réduction du taux de mortalité de 21 %. Cependant, la réduction du risque absolu de décès associé au cancer de la prostate serait l'outil par excellence afin de déterminer l'efficacité du dépistage du cancer de la prostate selon les auteurs de cette étude. Donc, le NNI (*number needed to invite* ou nombre nécessaire à inviter au dépistage) et le NND (*number needed to diagnosis* ou nombre nécessaire à diagnostiquer) ont connu une baisse substantielle après 13 ans de suivi comparativement à ceux de 9 ans, soit NNI 781 (IC 95%, 490-1929) et NND 27 (17-66) après 13 ans, comparativement à NNI 1410 et NND 48 après 9 ans (Schroder et al., 2014). Ce qui signifie que 781 hommes ont besoin d'être dépistés et 27 seront diagnostiqués avec le cancer de la prostate (et possiblement traités) pour empêcher la mort d'un homme associée à ce cancer. Toutefois, le surdiagnostic est apparu dans 40 % des cas, résultant ainsi au surtraitement et ses effets secondaires associés. Ce qui conduit les auteurs à mettre en garde contre les bénéfices du dépistage démontrés par cette étude et les risques qui y sont associés.

Les auteurs de l'étude corrélationnelle prédictive de Wever et al. (2012), utilisant le programme Microsimulation Screening Analysis et s'appuyant sur les données de l'étude ERSPC (Schroder et al., 2009), affirment que les hommes ayant été dépistés contre le cancer de la prostate vivaient en moyenne 33 jours de plus que ceux qui ne participaient pas au dépistage. De plus, ces auteurs ont découvert que le risque absolu de décéder du cancer de la prostate chez les hommes ayant débuté le dépistage entre 55-59 ans était de 1.89 % versus 2.94 % pour les hommes n'ayant pas été dépistés (Wever et al., 2012). Ce qui représente un léger bénéfice en faveur du dépistage. Une étude corrélationnelle descriptive avec modélisation statistique

effectuée aux États-Unis (Barocas et al., 2015) évoque la possibilité que le dépistage ait diminué l'incidence des cancers métastatiques et ainsi augmenté le taux de survie. Également, le modèle de projection utilisé dans l'étude de Barocas et al. (2015) indique que la détection des cancers à un stade précoce par le dépistage serait associée à une réduction de la mortalité de 45 à 70 % depuis l'introduction de l'APS. Cependant, ces auteurs spécifient que l'APS n'explique pas complètement la réduction du taux de mortalité observée, puisque la différence entre le taux de survie après dix ans chez les patients atteints de la maladie à un stade localisé et ceux qui ont un cancer métastatique est négligeable (Barocas et al., 2015).

Avec les conclusions actuelles révélées par la revue systématique Cochrane (Ilic et al., 2013), persister dans le dépistage systématique du cancer de la prostate s'avère hasardeux. Toutefois, malgré ces évidences, les recommandations faites par les différentes organisations médicales divergent, semant ainsi une certaine confusion dans la pratique du dépistage chez les cliniciens.

5.5. La controverse entourant le dépistage de la prostate : dépister ou non

Tel que vu précédemment, le dépistage du cancer de la prostate est très controversé et les organisations médicales s'appuient sur différentes études pour dicter leurs recommandations (Annexe 5). Malheureusement, les recommandations divergent au sein des différentes organisations impliquées dans le processus décisionnel du dépistage de ce cancer. Dans l'étude de Ranasinghe et al. (2015) qui a pour but d'examiner la pratique courante des omnipraticiens relativement au dépistage du cancer de la prostate et d'établir la différence dans l'application des recommandations émises par les organisations médicales, les auteurs ont conclu qu'en l'absence de lignes directrices claires, il existait une variation significative dans l'exercice du dépistage contre le cancer de la prostate. Les différents messages conflictuels contribuaient à semer la confusion plutôt que de guider les cliniciens, qui en venaient à formuler leurs propres recommandations (Ranasinghe et al., 2015).

En 2011, l'USPSTF s'est prononcée en défaveur du dépistage systématique des hommes de tous âges contre ce cancer (Moyer, 2012). Par conséquent, elle déconseille aux cliniciens d'offrir le test APS pour les hommes asymptomatiques. Elle base majoritairement cette recommandation sur les résultats de l'étude PLCO (2009) et la revue systématique Cochrane (Ilic et al., 2013). Toutefois, elle conseille aux cliniciens de bien informer des conséquences reliées

aux examens chez les patients désirant procéder au dépistage. Cependant, suite aux recommandations de L'USPSTF émises en 2011, le taux de diagnostic du cancer de la prostate a diminué de 28 % (Barocas et al., 2015). Ces auteurs ont réalisé une étude de cohorte afin d'examiner l'incidence du cancer de la prostate suite aux recommandations de l'USPSTF. Le diagnostic des cancers à risque faible a chuté de 38 % et de 28 % pour les cancers à risque intermédiaire puis de 21 % pour les cancers à risque élevé. Conséquemment, Barocas et al., (2015) soulèvent des inquiétudes face au délai de diagnostic des cancers à risque intermédiaire et élevé. Ce délai serait associé à des effets délétères sur le taux de survie de ces patients. C'est en partie ce qui explique la position de l'Association Urologique Américaine (AUA, 2015) qui est en désaccord avec celle adoptée par L'USPSTF. L'AUA (2015) est plutôt en faveur d'une prise de décision partagée entre le clinicien et le patient. Elle évoque que depuis l'arrivée du test APS en 1986, le nombre de décès attribuable au cancer de la prostate a diminué de 30 % et il en va de même pour l'incidence des cancers métastatiques. Elle déplore le manque de considérations pour ces chiffres de la part de l'USPSTF. Malgré tout, l'AUA (2015) reconnaît que l'interprétation du test APS chez un patient asymptomatique est difficile. Elle a émis de nouvelles recommandations afin d'éviter les biopsies inutiles. Elle propose d'inclure dans l'arbre décisionnel que l'APS soit ajusté avec l'âge, la densité et la vélocité du résultat APS. Elle recommande également de tenir compte de l'ethnicité du patient, de ses antécédents familiaux et de ses biopsies antérieures.

Le Canadian Task Force s'est appuyé sur les recommandations de l'USPSTF (2011) et est également en défaveur du dépistage de routine, argumentant que la possibilité d'un bénéfice n'est pas claire, mais que les risques peuvent être substantiels (Bell et al., 2014). Toutefois, cette institution préconise une approche axée sur la décision partagée, favorisant une bonne discussion sur les bénéfices et les risques de l'utilisation du test APS contre le cancer de la prostate entre le clinicien et le patient désireux de subir l'examen. Cette approche offre une alternative à l'opposition totale de l'USPSTF (Barocas et al., 2015).

La position du Collège des Médecins (2013) diverge également de celle de l'USPSTF et du Canadian Task Force, puisqu'il recommande aux médecins de faire le dépistage du cancer de la prostate chez tous les hommes âgés entre 55 à 70 ans ayant une espérance de vie de plus de dix ans. Ce dépistage peut être envisagé plus tôt chez les individus à risque. Le Collège considère que les hommes chez qui le dépistage est susceptible de réduire même faiblement le risque de décès par cancer de la prostate devraient être informés du dépistage. Conséquemment, compte

tenu des incertitudes entourant ces examens, il est recommandé de favoriser une discussion sur les avantages et les inconvénients au moyen d'outils d'aide à la décision.

Donc, dans sa pratique avancée, l'IPSPL devrait offrir le dépistage du cancer de la prostate à ses patients de 55 ans et plus en s'appuyant sur les recommandations du Collège des Médecins (2013). Ces hommes devraient être conseillés sur les risques et les bénéfices de ces examens. L'une des approches valorisées par la pratique infirmière avancée afin de bien informer et de permettre une décision adaptée aux valeurs du patient est la prise de décision informée et partagée.

5.6. La prise de décision informée et partagée dans la pratique infirmière avancée

La littérature accorde un grand intérêt à la prise de décision partagée (Legare et al., 2014; Stacey et al., 2014). Cette approche est à l'opposé d'une approche paternaliste et elle se situe plutôt au coeur des soins centrés sur le patient (Weston, 2001). Dans la méta-analyse de Legare et al. (2010), plusieurs études démontrent le désir des patients de participer activement aux décisions concernant les soins et ils considèrent être les meilleurs juges pour décider de ce qui est bon pour leur santé. Les résultats de la revue systématique Cochrane de Stacey et al. (2014) démontrent que l'utilisation d'un outil d'aide à la décision permet d'accroître les connaissances du patient et ainsi diminue la proportion de patients passifs ou indécis face à la prise de décision. Ces outils permettent également d'améliorer la communication entre patients et cliniciens.

Étant donné la controverse entourant le dépistage du cancer de la prostate, les cliniciens se doivent de donner les informations actualisées aux patients pour qu'ils puissent prendre la bonne décision quant à se faire dépister ou non. La prise de décision informée et partagée dans le contexte du dépistage vise à encourager les patients à participer activement au choix. La prise de décision informée se produit lorsqu'un patient comprend la maladie concernée par le dépistage et en comprend l'implication (Rimer, Briss, Zeller, Chan, & Woolf, 2004). Le patient doit considérer, à travers ce processus, ses propres valeurs ainsi que ses préférences et doit sentir qu'il participe activement au processus décisionnel. Son choix final doit refléter ses valeurs (Rimer et al., 2004). Ces auteurs ont dressé une liste des différents éléments qui doivent être présents lors d'une prise de décision informée : le client doit comprendre les tests spécifiques reliés au dépistage, incluant les risques, les bénéfices et les alternatives; être à l'écoute de ses valeurs; sopeser les pour et les contre; clarifier ses préférences; chercher les informations

supplémentaires; décider d'un plan d'action. La prise de décision partagée quant à elle constitue un processus où le clinicien et le patient discutent et partagent leurs points de vue pour en arriver à une décision partagée. Le pouvoir est ainsi réparti entre ces deux instances. D'après Rimer et al. (2014), les patients exposés à la prise de décision informée et partagée démontrent une diminution de 8% au consentement pour le dépistage du cancer de la prostate. Également, l'exposition à des outils d'aide à la décision réduit de plus de 30% la proportion de patients qui optent pour le dépistage du cancer de la prostate (Evans et al., 2005; Stacey et al., 2014). Toutefois, dans un sondage téléphonique effectué aux États-Unis dans le but de savoir si les répondants avaient été informés sur les risques de surdiagnostic et de connaître leur opinion en lien avec cette problématique (Moynihan et al., 2015), 81% des hommes ayant été dépistés contre le cancer de la prostate ont révélé ne pas avoir été informés des risques de surdiagnostic reliés à cette intervention et 93% (IC 95%, 90%-95%) étaient en accord avec les bénéfices du dépistage, mais exigeaient d'être informés sur le surdiagnostic.

L'approche de la prise de décision partagée est basée sur le partenariat thérapeutique, où la confiance et le respect mutuel occupent une place centrale (Charles, Whelan et Gafni, 1999). Or, Hamric (2014) nous indique que la formation du partenariat thérapeutique par l'approche centrée sur la personne et la perspective holistique constitue la base de la relation établie entre l'IPSPL et le patient. Afin de permettre la prise de décision partagée, l'IPSPL doit créer un climat favorable à la discussion et encourager le patient à exprimer ses préférences (Hamric et al., 2014). Ce climat est favorisé par une écoute active et une présence authentique. Elle utilise diverses stratégies thérapeutiques afin d'amener le patient à participer à la discussion. L'emploi d'outils d'aide à la décision permet de guider le patient à travers les diverses alternatives au dépistage ou aux traitements. L'un d'eux, conçu par la Société Américaine d'Oncologie (2012) peut être intéressant à utiliser. Par le counseling, elle informe le patient sur le dépistage du cancer de la prostate. Par le coaching, elle peut mieux éduquer afin d'engager le patient dans le processus décisionnel et de prôner son autonomie. Cette pratique correspond à la description de la pratique infirmière avancée où l'IPSPL déploie toutes ses compétences pour le bien-être du patient (Hamric et al., 2014).

5.7. Les aspects éthiques liés au dépistage

Le jugement clinique est intimement lié au raisonnement éthique et doit guider les décisions de l'IPSPL dans sa pratique de soins directs (Hamric et al., 2014). L'IPSPL qui conseille le dépistage se doit de valider auprès du patient son niveau de connaissances reliées à cette intervention. Il va de soi que la participation des patients au dépistage doit se faire volontairement et que le patient doit être en mesure de donner son consentement libre et éclairé. La notion d'autonomie réfère à la capacité décisionnelle et aux capacités fonctionnelles de l'individu. L'IPSPL, dans le contexte du dépistage et de la prévention du cancer, doit respecter le choix du patient en vertu de son autonomie et de son autodétermination (Blondeau, 1999). Cette auteure va plus loin en spécifiant que la finalité des soins est le bien-être du patient. L'IPSPL doit faire preuve d'*advocacy*, pour ainsi servir les intérêts qui sont déterminés par le patient, plutôt que ceux décidés par le professionnel au nom de la bienfaisance. Les principes de bienfaisance et non-malfaisance peuvent guider l'IPSPL, pour ainsi mieux accompagner son patient dans l'autodétermination de ses choix. L'infirmière praticienne qui suggère des interventions de dépistage à son patient a la responsabilité de s'assurer que les avantages l'emportent sur les risques éventuels. Le dépistage systématique pour le cancer de la prostate doit cibler une proportion importante de la population afin d'obtenir les avantages prévus pour la santé de cette population. Or, le dépistage peut n'avoir aucun effet sur le risque individuel d'être atteint de la maladie à dépister. De plus, ces mesures de dépistage comportent certains risques. L'IPSPL doit concilier son devoir de ne pas causer de tort et être guidée par le principe de non-malfaisance. Elle a également l'obligation de respecter l'autonomie décisionnelle du patient. Un dernier principe à respecter est l'équité. En effet, les personnes vulnérables sont plus à risque de présenter les maladies qu'on cherche à dépister. Or, ces personnes sont moins sollicitées par les activités de dépistage, créant ainsi de plus grandes disparités sociales (AFMC, 2012). L'IPSPL, en tant que leader, doit créer un environnement éthique et ainsi promouvoir la justice sociale à travers le système de santé (Hamric et al., 2014).

6. Le rôle de l'IPSPL et l'accompagnement des personnes atteintes du cancer

L'étape suivant le dépistage du cancer de la prostate, suite à une prise de décision éclairée et partagée, est la réception du résultat. Selon ses lignes directrices, lorsqu'un test de dépistage

s'avère positif, l'IPSPL n'est pas autorisée de poser un diagnostic médical et doit se référer à son médecin partenaire pour la confirmation du diagnostic (Durand & Maillé, 2014). Par la suite, l'IPSPL pourra accompagner le patient diagnostiqué dans sa trajectoire de soins. En utilisant un modèle conceptuel, elle peut mieux orienter sa pratique afin de mieux répondre aux multiples besoins de la personne atteinte du cancer. Le modèle qui m'apparaît le plus adapté à ce contexte est celui élaboré par Margaret Fitch, intitulé le Cadre des Soins de Soutien (1994). Ce cadre, qui sera détaillé plus loin, est conséquent avec les différents rôles pouvant être exercés par les IPSPL en soutien aux personnes atteintes d'un cancer. Ces rôles incluent d'être médiateur entre le patient et ses spécialistes, coordonnateur des différents services et dispensateur d'informations basées sur les données probantes. De plus, l'IPSPL doit être à l'affût de la détresse vécue par l'individu et de ses besoins non comblés et doit soulager la douleur ou autre inconfort physique reliés aux traitements (Emery et al., 2014). Or, c'est particulièrement de ces soins qu'ont besoin les hommes qui ont reçu le diagnostic du cancer de la prostate et les traitements associés à cette maladie (Fitch, Gray, Franssen, & Johnson, 2000). Ces suivis permettent de contrôler la progression de la maladie, de dépister précocement une récurrence, de détecter les effets indésirables des traitements et de s'assurer que les besoins psychosociaux sont comblés. Diverses études révèlent que ces hommes présentent fréquemment des effets indésirables entraînant d'importantes conséquences psychologiques (Emery et al., 2014).

6.1. Les répercussions du cancer

L'expérience du cancer est un événement particulièrement stressant dans une vie. L'annonce du diagnostic est accompagnée d'un lot d'émotions négatives (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). Le cancer provoque fréquemment un bouleversement dans la vie des personnes qui reçoivent le diagnostic et dans celle de leurs proches. Cette annonce crée des peurs, fait vivre de l'incertitude, occasionne des changements de plans de vie, provoque des remises en question, oblige à faire face à la maladie et à la finalité de la vie (Comité d'oncologie psychosociale, 2011). L'expérience du cancer s'accompagne d'une fluctuation des besoins des personnes atteintes et de leurs proches. Ces besoins s'accompagnent

souvent de détresse (Programme de lutte contre le cancer, 2012). C'est aussi le cas pour le cancer de la prostate. Plusieurs études révèlent que le diagnostic du cancer de la prostate et les répercussions des traitements réduisent de façon significative la qualité de vie des hommes atteints de cette maladie (Parahoo et al., 2013). Les problèmes les plus fréquemment rapportés par les hommes sont : les troubles de la fonction érectile, l'incontinence urinaire, la colère, la peur de mourir et la douleur (Fitch et al., 2000). Or, il est important de comprendre la relation entre la masculinité et les conséquences psychologiques que ces traitements peuvent engendrer (Wall & Kristjanson, 2005).

Dans l'étude de Fitch et al. (2000), 16 % des hommes exprimaient un impact négatif sur leur santé mentale relié au cancer de la prostate. Selon Chambers et al. (2015), 14 à 38 % des hommes expérimentent un haut niveau de détresse psychologique associée au diagnostic et aux traitements du cancer de la prostate. Le risque de suicide est quatre fois plus élevé chez ces hommes (Carlsson et al., 2013; Llorente et al., 2005). Une méta-analyse Cochrane conduite par Parahoo et al. (2013) a révélé que la plupart des hommes atteints du cancer de la prostate s'adaptent aux changements associés à la maladie, mais qu'une minorité significative démontrait de sévères besoins qui n'étaient pas satisfaits. Jusqu'à 80 % des hommes ayant reçu un traitement contre le cancer de la prostate exprimaient des besoins psychologiques non comblés douze mois après leur diagnostic (Chambers, Ferguson, Gardiner, Aitken, & Occhipinti, 2013; Cockle-Hearne et al., 2013).

6.2. Le Cadre des Soins de Soutien de Margaret Fitch

Afin de mieux accompagner son patient dans l'expérience de la maladie, l'infirmière praticienne exerce son rôle de guide. Ce rôle est inhérent à la pratique infirmière et nécessite une relation thérapeutique basée sur le partenariat. En tant que guide, l'IPSPS peut conseiller et assister la personne dans sa trajectoire en l'accompagnant ou en lui indiquant la voie (Hamric et al., 2014). Selon ces auteures, cette compétence a pour but d'aider le patient et sa famille à explorer leurs ressources afin de les aider à prendre en charge leur santé ou leur maladie et les préparer aux transitions inhérentes à l'expérience du cancer. Pour ce, l'IPSPS fait appel à différents cadres conceptuels adaptés à sa pratique pour mieux la soutenir dans son rôle de guide.

Dans le contexte des soins reliés au cancer, le modèle adapté pour répondre aux besoins du patient est le Cadre des Soins de Soutien de Margaret Fitch (1994). Ce cadre a été conçu comme outil destiné aux professionnels des soins en oncologie afin de conceptualiser le type d'aide nécessaire pour leurs patients (Annexe 6). Il a pour fondement les besoins humains et la capacité d'adaptation des individus face au cancer (Fitch, 2008). Il est défini comme l'octroi de différents services réclamés par les personnes affectées par le cancer afin de répondre à leurs besoins propres, tout au long du continuum de la maladie (Fitch, 2000). Pour être efficaces, les soins doivent être centrés sur le patient, pour ainsi préserver et améliorer sa qualité de vie, son autonomie et sa dignité. L'auteure part du principe que l'individu agit afin de satisfaire ses besoins selon des compétences qu'il a développées. Par contre, lors d'un événement traumatique, tel que l'annonce d'un cancer, l'individu perd ses repères et doit apprendre de nouvelles habiletés pour répondre à ses nouveaux besoins. Toutefois, en période de stress la personne peut éprouver de la détresse et ne pas être capable de satisfaire ses besoins.

Chaque individu réagit différemment face aux stressseurs et développe ses propres stratégies pour faire face aux difficultés, ce que Fitch (2008) appelle le *coping*. Le cancer et ses traitements exercent une influence sur la vie de la personne et de sa famille, qui sera vécue de diverses façons. Ils traverseront toute une gamme d'émotions se manifestant par le choc, le déni, la tristesse, la colère et la résignation (Comité d'oncologie psychosociale du Québec, 2011). Outre les changements physiques, le cancer peut provoquer des changements d'ordre émotionnel, social, psychologique, économique et spirituel (Fitch, 2008). Toujours selon cette auteure, différents facteurs influencent la capacité de la personne à satisfaire ses propres besoins au cours de l'expérience du cancer. Un tableau des besoins, tiré de l'article de Fitch (2008), est mis en Annexe 7.

Ne pas être capable de satisfaire ses besoins peut compromettre le bien-être d'un individu et engendrer un sentiment de détresse. La détresse émotionnelle est une réaction associée à l'expérience du cancer (Fitch, 2008). Elle apparaît au moment du diagnostic et se perpétue sur le continuum de la maladie (Howell & Olsen, 2011). La détresse se définit comme une expérience émotionnelle désagréable et multidimensionnelle qui peut interférer avec notre capacité d'adaptation face au cancer (Holland & Bultz, 2007). Ces émotions peuvent être vécues comme de la tristesse, de la peur, de la vulnérabilité de l'anxiété et peuvent aller jusqu'à la dépression. Howell & Olsen (2011) ont identifié la détresse comme le sixième signe vital en oncologie.

Une étude a décrit que 35 % des patients atteints du cancer présentaient une détresse émotionnelle importante (Zabora et al., 2001). L'infirmière praticienne en première ligne est appelée à identifier rapidement les signes et symptômes de détresse chez ses patients. Aussi, plusieurs outils de dépistage existent afin d'aider le clinicien (Feldstain, Tomei, Belanger, & Lebel, 2014). Entre autres, l'IPSPL pourrait utiliser comme aide clinique l'Outil de Dépistage de la Détresse (ODD) utilisé à l'Hotel-Dieu de Québec et à l'IURDPQ, traduit et basé sur les lignes directrices élaborées par le National Comprehensive Cancer Network (2015) pour la gestion de la détresse. Cet outil se trouve en Annexe 8.

La mise en place rapide d'une intervention adéquate peut permettre à l'individu de retrouver sa capacité à s'adapter à ces nouveaux défis. Fitch (2008) propose que tous les individus atteints du cancer soient évalués continuellement en matière de soutien et si le besoin se fait sentir qu'ils soient référés vers des ressources appropriées à leurs besoins. Aussi, elle suggère que toutes ces personnes aient accès à une information adaptée sur tous les aspects de la maladie et qu'ils reçoivent des soins qui correspondent à leurs valeurs. Afin de délivrer des soins de soutien efficaces, les différents professionnels doivent travailler en collaboration. De par ses compétences en leadership, l'IPSPL peut aider les professionnels de la santé impliqués en oncologie à comprendre les différents rôles de chacun et encourager une bonne communication entre ces acteurs afin de favoriser un meilleur travail de collaboration (Hamric et al., 2014). Une collaboration efficace résulte en des soins centrés sur le patient.

6.3. Définir le rôle de l' IPSPL dans l'accompagnement des personnes atteintes du cancer

Outre ses compétences en tant que guide et en collaboration, l'IPSPL possède l'expertise pour agir de façon significative auprès des personnes atteintes du cancer et de ses proches afin de répondre à la globalité de leurs besoins. Par ses compétences en soins directs et son counseling, l'IPSPL peut jouer un rôle central parmi les professionnels de la santé en première ligne dans l'accompagnement du patient atteint du cancer de la prostate.

Sa pratique infirmière avancée lui permet d'intervenir adéquatement en clinique étant donné ses connaissances des symptômes associés à la détresse psychologique et des effets indésirables des traitements en oncologie. Si à la suite de son évaluation initiale l'IPSPL découvre des facteurs de risque, elle pourra procéder à des examens diagnostiques orientés vers

les différentes problématiques rencontrées. La découverte d'un signe démontrant une détérioration de l'état général, affectant plus d'un système ou une évolution plus lente exigera une consultation avec son médecin partenaire puisque la condition du patient dépasse les limites de ses compétences (Durand & Maillé, 2014). Toutefois, plusieurs problèmes de santé courants ou problèmes de santé chroniques stables peuvent être pris en charge par l'IPSPL de façon autonome. Citons notamment la fatigue associée au cancer et à ses traitements comme symptôme fréquent en clinique. Ce symptôme exprimé chez les hommes atteints du cancer de la prostate peut grandement affecter leur qualité de vie (Bower et al., 2014). L'IPSPL est en mesure de la dépister, de l'évaluer et d'offrir un counseling approprié. Par la suite, des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques peuvent être proposés au patient en fonction de sa condition et de son désir. Selon les lignes directrices qui encadrent sa pratique, L'IPSPL est autorisée à prescrire certains médicaments (Durand & Maillé, 2014). Aussi, lors du dépistage ou du suivi d'un épisode de dépression, suite à l'amorce d'un traitement pharmacologique effectué par le médecin partenaire, l'IPSPL peut demander une consultation avec un psychologue ou d'autres professionnels.

L'IPSPL comme conseillère peut fournir les renseignements exigés par le patient en s'assurant que ces données soient compréhensibles et basées sur les résultats probants (Hamric et al., 2014). Ainsi, elle répond à l'un des besoins fondamentaux du patient et de ses proches relevés par Fitch (2000), soit le besoin d'être informé sur sa maladie, sa progression et les effets secondaires des traitements. Bien informer le patient est crucial pour l'aider à mieux gérer les changements associés à la maladie. Le manque d'informations est associé à l'anxiété, à la détresse émotionnelle et à une diminution de la qualité de vie (Fitch & McAndrew, 2011). De plus, L'IPSPL oriente les patients vers les différentes ressources communautaires pouvant répondre à différents besoins adéquats à leur condition.

Lorsque l'IPSPL soigne un patient atteint du cancer, elle s'intéresse à la globalité de son expérience de la maladie et celle de ses proches. Accompagner le patient avec une perspective holistique, c'est de reconnaître l'unicité et les multiples dimensions de chaque personne et de comprendre ses interactions continues avec les autres et l'environnement (Hamric et al., 2014). Aussi, l'intégration de la famille dans les soins est une autre perspective de la pratique clinique de l'IPSPL (Hamric et al., 2014). Les comorbidités liées au cancer de la prostate peuvent toucher également le ou la partenaire (Wooten, Abbott, Farrell, Austin, & Klein, 2014).

Plusieurs symptômes ont été rapportés par des partenaires suite à l'annonce du diagnostic de ce cancer chez leur conjoint, incluant la détresse émotionnelle, l'anxiété reliée à la peur d'une récurrence du cancer, la perte d'intimité dans les relations sexuelles et un manque de communication dans le couple. L'IPSPL doit en tenir compte pour que les partenaires ne se sentent pas isolés et développent certains troubles de santé mentale tels que l'anxiété ou la dépression. Il est reconnu que les partenaires ont une influence positive sur la capacité d'adaptation du conjoint face à sa maladie, d'où l'importance de soutenir les deux membres du couple dans nos interventions (Wootten et al., 2014).

Donc, les interventions de l'IPSPL favorisent le développement des compétences chez la personne atteinte du cancer et celles de la conjointe, leur permettant ainsi de répondre à leurs besoins et de reprendre un pouvoir personnel sur les différentes sphères de leurs vies touchées par la maladie. Le dépistage systématique des besoins non satisfaits chez toutes personnes atteintes du cancer permet d'identifier les problèmes reliés au processus de la maladie et d'intervenir efficacement. La participation active de la personne atteinte et de ses proches à la définition des besoins tout au long du continuum de soins devrait également faire partie de la pratique de l'IPSPL.

Conclusion

La nette augmentation de l'incidence et de la prévalence des cancers, notamment celui de la prostate, entraîne des changements dans la prestation des soins. Les acteurs de première ligne, dont l'IPSPL fait partie, ont besoin d'adapter leur pratique en lien avec cette prévalence. Ils doivent travailler en amont du problème par l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) et ajuster leurs interventions pour qu'elles soient cohérentes avec les données probantes. En outre, des changements sont survenus en lien avec la prestation des PCP. Autrefois, le clinicien profitait du moment de l'examen médical périodique pour évaluer les facteurs de risque du patient, procéder à l'examen physique exhaustif et formuler ses recommandations quant à l'adoption de comportements propices à la santé. Toutefois, les nouvelles lignes directrices du CMQ (2015) recommandent à ses membres de ne plus exercer d'EMP. Ces recommandations sont basées sur les données probantes qui suggèrent que l'exercice de l'EMP chez des personnes en bonne santé n'aurait pas d'impact sur la réduction du taux de morbidité et de mortalité.

L'IPSPL doit réviser sa pratique et l'adapter à ces nouvelles recommandations. Elle doit optimiser l'intégration des PCP démontrées efficaces par les études autrement que dans la prestation de l'EMP. Elle doit saisir toutes les occasions avec ses patients pour parler prévention et offrir le dépistage. L'IPSPL possède les compétences pour conseiller, coacher et guider le patient afin qu'il adopte de saines habitudes de vie. En utilisant le modèle Transthéorique de Prochaska (1992), l'infirmière adapte son discours aux processus de changement du patient afin de l'amener vers le stade suivant. Bien que ce modèle connaisse une grande popularité auprès des intervenants de la première ligne, il a été peu validé par des preuves scientifiques. L'entretien motivationnel serait la technique à privilégier, en combinaison avec le MTT, afin de faire émerger la motivation intrinsèque du client pour effectuer un changement de comportement persistant dans le temps. Il faut donc maximiser le rôle de l'IPSPL en promotion de la santé et en prévention des maladies.

Une controverse persiste dans les PCP et concerne le dépistage du cancer de la prostate. Étant donné le tableau généralement asymptomatique du cancer de la prostate au stade localisé et le peu de facteurs de risque pouvant être modifié, le dépistage du cancer de la prostate peut paraître un bon moyen de détecter ce cancer à un stade précoce. Cependant, ce dépistage à l'aide du test sanguin APS et le toucher rectal est remis en doute, car la majorité des études ne sont pas parvenues à démontrer son impact sur la réduction de la mortalité reliée à ce cancer. De plus, le dépistage systématique entraîne des risques de surdiagnostic et de surtraitement. Les recommandations des différentes organisations médicales divergent quant à la pratique du dépistage du cancer de la prostate semant ainsi la confusion dans la pratique de cette intervention chez les cliniciens. Malgré les conclusions de l'USPSTF basées sur les données probantes, le Collège des Médecins recommande à ses membres d'offrir le dépistage aux hommes âgés de 55 à 70 ans. L'IPSPL doit se positionner devant ce dilemme. Toutefois, il apparaît judicieux de suivre les recommandations du Collège en intégrant à cette recommandation les principes de la prise de décision partagée. Conséquemment, l'IPSPL doit être informée sur les différents risques associés au dépistage et du peu de bénéfices possibles, puis transmettre les résultats des différentes études aux patients. Elle peut également utiliser les divers outils d'aide à la prise de décision sur le dépistage du cancer de la prostate afin de bien conseiller ses patients. Ainsi, le patient impliqué dans la prise de décision opte pour l'alternative inhérente à ses valeurs.

Les hommes atteints du cancer de la prostate et leurs proches expérimentent plusieurs défis auxquels ils doivent s'adapter. Les symptômes physiques et psychologiques liés au cancer et à ses traitements sont fréquents. L'IPSPL doit être à l'affût des besoins du patient et de ses proches et de les rechercher dans son questionnaire à chaque consultation. L'outil de dépistage de la détresse peut être utile afin d'évaluer l'état psychologique du patient. Suite à son anamnèse et son examen physique, elle peut suggérer différents traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques et effectuer des références avec d'autres professionnels de la santé si elle le juge nécessaire.

En conclusion, l'IPSPL peut jouer un rôle déterminant à chaque étape de la trajectoire de soins du cancer, de la prévention à l'accompagnement et peut contribuer à mieux soutenir le patient et ses proches dans cette expérience.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2012). Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la région de la Capitale-Nationale 2012-2017. Récupéré de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2217718>
- Albin, R. J. (2010). The Great Prostate Mistake. Récupéré de http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html?_r=0
- American Institute for Cancer Research (2013). Cancer Prevention, Putting it Together. Récupéré de <http://www.aicr.org/reduce-your-cancer-risk/cancer-prevention/>
- American Institute for Cancer Research (2015). Prostate Cancer. Récupéré de <http://www.aicr.org/learn-more-about-cancer/prostate-cancer>
- American Urological Association (2015). Guideline for Detection of Prostate Cancer. Récupéré de <https://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm#80/>
- Andriole, G. L., Crawford, E. D., Grubb, R. L., 3rd, Buys, S. S., Chia, D., Church, T. R., . . . Prorok, P. C. (2012). Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(2), 125-132. doi: 10.1093/jnci/djr500
- Association des Facultés de Médecine du Canada (2009). Notions de Santé des Populations. Récupéré de <http://phprimer.afmc.ca/Lapratiqueameliorerlasante/Chapitre9LeDpistage/Dpisterounepasdpister>
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2008). La Pratique infirmière avancée, un cadre national. Récupéré de <http://www.aiinb.nb.ca/PDF/practice/ANP%20National%20Framework%20FR.pdf>
- Barocas, D. A., Mallin, K., Graves, A. J., Penson, D. F., Palis, B., Winchester, D. P., & Chang, S. S. (2015). The effect of the United States Preventive Services Task Force grade D recommendation against screening for prostate cancer on incident prostate cancer diagnoses in the US. *Journal of Urology*. doi: 10.1016/j.juro.2015.06.075
- Bell, N., Connor Gorber, S., Shane, A., Joffres, M., Singh, H., Dickinson, J., . . . Tonelli, M. (2014). Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 186(16), 1225-1234. doi: 10.1503/cmaj.140703
- Bhatia, R. S., Levinson, W., Shortt, S., Pendrith, C., Fric-Shamji, E., Kallewaard, M., . . . Kerr, E. A. (2015). Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care. *BMJ Qual Saf*. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004070
- Blondeau, D. (1999). *Éthique et soins infirmiers*. [Montréal]: Presses de l'Université de Montréal.
- Boulware, L. E., Marinopoulos, S., Phillips, K. A., Hwang, C. W., Maynor, K., Merenstein, D., . . . Daumit, G. L. (2007). Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Annals of Internal Medicine*, 146(4), 289-300.
- Bower, J. E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P. A., . . . Jacobsen, P. B. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(17), 1840-1850. doi: 10.1200/jco.2013.53.4495

- Bully, P., Sanchez, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., Pombo, H., & Grandes, G. (2015). Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. *Preventive Medicine, 76s*, S76-s93. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.12.020
- Bultz, B. D., Groff, S. L., Fitch, M., Blais, M. C., Howes, J., Levy, K., & Mayer, C. (2011). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: a Canadian strategy for changing practice. *Psycho-Oncology, 20*(5), 463-469. doi: 10.1002/pon.1932
- Canadian Task Force(1979). Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Medical Association Journal, 121*(9), 1193-1254.
- Carlsson, S., Sandin, F., Fall, K., Lambe, M., Adolfsson, J., Stattin, P., & Bill-Axelsson, A. (2013). Risk of suicide in men with low-risk prostate cancer. *European Journal of Cancer, 49*(7), 1588-1599. doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.018
- Carlsson, S., Vickers, A. J., Roobol, M., Eastham, J., Scardino, P., Lilja, H., & Hugosson, J. (2012). Prostate cancer screening: facts, statistics, and interpretation in response to the US Preventive Services Task Force Review. *Journal of Clinical Oncology, 30*(21), 2581-2584. doi: 10.1200/jco.2011.40.4327
- Carter, A. J., & Chochinov, A. H. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Cjem, 9*(4), 286-295.
- Chambers, S. K., Ferguson, M., Gardiner, R. A., Aitken, J., & Occhipinti, S. (2013). Intervening to improve psychological outcomes for men with prostate cancer. *Psycho-Oncology, 22*(5), 1025-1034. doi: 10.1002/pon.3095
- Chambers, S. K., Lowe, A., Hyde, M. K., Zajdlewicz, L., Gardiner, R. A., Sandoe, D., & Dunn, J. (2015). Defining young in the context of prostate cancer. *Am J Mens Health, 9*(2), 103-114. doi: 10.1177/1557988314529991
- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ, 319*(7212), 780-782.
- Choi, J. H., Chung, K. M., & Park, K. (2013). Psychosocial predictors of four health-promoting behaviors for cancer prevention using the stage of change of Transtheoretical Model. *Psycho-Oncology, 22*(10), 2253-2261. doi: 10.1002/pon.3278
- Cockle-Hearne, J., Charnay-Sonnek, F., Denis, L., Fairbanks, H. E., Kelly, D., Kav, S., . . . Faithfull, S. (2013). The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. *British Journal of Cancer, 109*(8), 2121-2130. doi: 10.1038/bjc.2013.568
- Collège des Médecins du Québec (2013). Lignes Directrices du Collège des Médecins du Québec; Le Dépistage du Cancer de la Prostate-Mise à Jour 2013. Récupéré de <https://www.cmq.org/fr/RSSFeeds/~media/Files/Lignes/Lignes-depistage-cancer-prostate-2013.pdf/>
- Collège des Médecins du Québec (2015). Fiche de Prévention Clinique. Collège des Médecins du Québec (Ed.): Direction de Santé Publique- Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal et Collège des Médecins du Québec.
- Collège des Médecins du Québec (2015). Récupéré de <http://blog.cmq.org/2015/04/08/non-a-lexamen-annuel-oui-a-la-prevention-clinique/>
- Comité d'oncologie psychosociale (2011). Rapport du Comité d'oncologie psychosociale vers des soins centrés sur la personne. Québec (Province). Récupéré de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2044543>

- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 295-304.
- Dierick-van Daele, A. T., Metsemakers, J. F., Derckx, E. W., Spreeuwenberg, C., & Vrijhoef, H. J. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, 65*(2), 391-401. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x
- Dierick-van Daele, A. T., Steuten, L. M., Metsemakers, J. F., Derckx, E. W., Spreeuwenberg, C., & Vrijhoef, H. J. (2010). Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *British Journal of General Practice, 60*(570), e28-35. doi: 10.3399/bjgp10X482077
- Direction de la Santé Publique (2009). L'Amélioration des Pratiques Cliniques Préventives à l'égard des Habitudes de Vie : Recension des écrits. Direction de santé publique et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de Santé Publique (DSP), Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSS), (2011). Plan Régional de Santé Publique 2010-2015; Garder notre Monde en Santé. Récupéré de http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-084-1.pdf/
- Draisma, G., Etzioni, R., Tsodikov, A., Mariotto, A., Wever, E., Gulati, R., . . . de Koning, H. (2009). Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context. *Journal of the National Cancer Institute, 101*(6), 374-383. doi: 10.1093/jnci/djp001
- Drake, B. F., Keane, T. E., Mosley, C. M., Adams, S. A., Elder, K. T., Modayil, M. V., . . . Hebert, J. R. (2006). Prostate cancer disparities in South Carolina: early detection, special programs, and descriptive epidemiology. *Journal of the South Carolina Medical Association (1975), 102*(7), 241-249.
- Durand, S., Maillé, M. (2014). *Lignes Directrices de la pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Wesmount, (Québec): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collège des médecins du Québec.
- Emery, J., Doorey, J., Jefford, M., King, M., Pirota, M., Hayne, D., . . . Schofield, P. (2014). Protocol for the ProCare Trial: a phase II randomised controlled trial of shared care for follow-up of men with prostate cancer. *BMJ Open, 4*(3), e004972. doi: 10.1136/bmjopen-2014-004972
- Er, V., Lane, J. A., Martin, R. M., Emmett, P., Gilbert, R., Avery, K. N., . . . Jeffreys, M. (2014). Adherence to dietary and lifestyle recommendations and prostate cancer risk in the prostate testing for cancer and treatment (ProtecT) trial. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, 23*(10), 2066-2077. doi: 10.1158/1055-9965.epi-14-0322
- Evans, R., Edwards, A., Brett, J., Bradburn, M., Watson, E., Austoker, J., & Elwyn, G. (2005). Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. *Patient Education and Counseling, 58*(1), 13-26. doi: 10.1016/j.pec.2004.06.009
- Farley, T. A., Dalal, M. A., Mostashari, F., & Frieden, T. R. (2010). Deaths preventable in the U.S. by improvements in use of clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine, 38*(6), 600-609. doi: 10.1016/j.amepre.2010.02.016

- Farrell, T. C., & Keeping-Burke, L. (2014). The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 8-15.
- Feldstain, A., Tomei, C., Belanger, M., & Lebel, S. (2014). Screening for distress in patients with cancer: methodologic considerations. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 21(2), e330-333. doi: 10.3747/co.21.1794
- Fitch, M. (2000). Supportive Care for Cancer Patients. *Hospital Quarterly*, 39-46.
- Fitch, M. (2008). Cadre des soins de soutien. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 18(1). doi: doi:10.5737/1181912x1811524
- Fitch, M. I., Gray, R., Franssen, E., & Johnson, B. (2000). Men's perspectives on the impact of prostate cancer: implications for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 27(8), 1255-1263.
- Fitch, M. I., & McAndrew, A. (2011). A performance measurement tool for cancer patient information and satisfaction. *Journal of Cancer Education*, 26(4), 612-618. doi: 10.1007/s13187-011-0260-9
- Ford, E.S., Bergmann, M.M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., Boeing, H., (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Arch. Intern. Med.*, 169 (15), 1355–1362
- Gagliardi, A. R., Faulkner, G., Ciliska, D., & Hicks, A. (2015). Factors contributing to the effectiveness of physical activity counselling in primary care: a realist systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 412-419. doi: 10.1016/j.pec.2014.11.020
- Gardiner, R. A., Skebbs, Williams, S. G., Fracs, J., Frcpa, H., & Frydenberg, M. (2000). Prostate Cancer - Part One: Detection. In L. J. De Groot, P. Beck-Peccoz, G. Chrousos, K. Dungan, A. Grossman, J. M. Hershman, C. Koch, R. McLachlan, M. New, R. Rebar, F. Singer, A. Vinik & M. O. Weickert (Eds.), *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.
- Gates, T. J. (2014). Screening for cancer: concepts and controversies. *American Family Physician*, 90(9), 625-631.
- GLOBOCAN 2012 : Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. (2012). from <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx/> Retrieved May 2015
- Grubb, R. L., Pinsky, P., Prorok, P. C., & Andriole, G. L. (2015). Screening for Cancer: Lessons Learned from the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial. *European Urology*. doi: 10.1016/j.eururo.2015.04.026
- Haggstrom, C., Stocks, T., Ulmert, D., Bjorge, T., Ulmer, H., Hallmans, G., . . . Stattin, P. (2012). Prospective study on metabolic factors and risk of prostate cancer. *Cancer*, 118(24), 6199-6206. doi: 10.1002/cncr.27677
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2014). *Advanced practice nursing : an integrative approach* (3rd ed.). St. Louis: Saunders.
- Heijnsdijk, E. A., Wever, E. M., Auvinen, A., Hugosson, J., Ciatto, S., Nelen, V., . . . de Koning, H. J. (2012). Quality-of-life effects of prostate-specific antigen screening. *New England Journal of Medicine*, 367(7), 595-605. doi: 10.1056/NEJMoa1201637
- Holland, J. C., & Bultz, B. D. (2007). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 3-7.

- Howell, D., & Olsen, K. (2011). Distress-the 6th vital sign. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 18(5), 208-210.
- Hsing, A. W., & Chokkalingam, A. P. (2006). Prostate cancer epidemiology. *Frontiers in Bioscience*, 11, 1388-1413.
- Hudzik, B., Hudzik, M., & Polonski, L. (2014). Choosing wisely: avoiding too much medicine. *Canadian Family Physician*, 60(10), 873-876, 884-877.
- Ilic, D., Neuberger, M. M., Djulbegovic, M., & Dahm, P. (2013). Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, Cd004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub3
- Ilic, D., O'Connor, D., Green, S., & Wilt, T. (2006). Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub2
- Institut National du Cancer (2015). Récupéré de <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer>.
- Klotz, L. (2012). Cancer overdiagnosis and overtreatment. *Curr Opin Urol*, 22(3), 203-209. doi: 10.1097/MOU.0b013e32835259aa
- Krogsboll, L. T., Jorgensen, K. J., Gronhoj Larsen, C., & Gotzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e7191. doi: 10.1136/bmj.e7191
- Legare, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D., & Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*(5), Cd006732. doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub2
- Legare, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi, M. J., Kryworuchko, J., Graham, I. D., . . . Donner-Banzhoff, N. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, Cd006732. doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub3
- Lin, K., Lipsitz, R., & Janakiraman, S. (2008). U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews *Benefits and Harms of Prostate-Specific Antigen Screening for Prostate Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Llorente, M. D., Burke, M., Gregory, G. R., Bosworth, H. B., Grambow, S. C., Horner, R. D., . . . Olsen, E. J. (2005). Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 195-201. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.3.195
- Loeb, S., Carter, H. B., Berndt, S. I., Ricker, W., & Schaeffer, E. M. (2011). Complications after prostate biopsy: data from SEER-Medicare. *Journal of Urology*, 186(5), 1830-1834. doi: 10.1016/j.juro.2011.06.057
- Martinez-Gonzalez, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14, 214. doi: 10.1186/1472-6963-14-214
- Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J., & Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, Cd008066. doi: 10.1002/14651858.CD008066.pub3

- McCracken, S. R. C., Durkan, G.C., Pickard, R.S., Robson, C.N. (2010). Diagnosis and management of prostate cancer in older man. *GClinical Gerontology*, 20, 193-204.
- McIlfatrick, S., Keeney, S., McKenna, H., McCarley, N., & McIlwee, G. (2014). Exploring the actual and potential role of the primary care nurse in the prevention of cancer: a mixed methods study. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, 23(3), 288-299. doi: 10.1111/ecc.12119
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: motivational interviewing and self determination theory. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 25. doi: 10.1186/1479-5868-9-25
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2007). L'intégration des Pratiques Cliniques Préventives, le Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 2008). Programme national de santé publique 2003-2012; Mise à jour 2008. Direction des Communications du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Québec (Ed.).
- Montori, V. M., Gafni, A., & Charles, C. (2006). A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect*, 9(1), 25-36. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00359.x
- Moyer, V. A. (2012). Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 157(2), 120-134. doi: 10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459
- Moynihan, R., Nickel, B., Hersch, J., Beller, E., Doust, J., Compton, S., . . . McCaffery, K. (2015). Public Opinions about Overdiagnosis: A National Community Survey. *PloS One*, 10(5), e0125165. doi: 10.1371/journal.pone.0125165
- National Cancer Institute (2013). Prostate Cancer Prevention. Récupéré de http://www.cancer.gov/types/prostate/patient/prostate-prevention-pdq#section/_12/
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2012). The Road to Better Health : A Guide to Promoting Cancer Prevention in your Community. Récupéré de <http://www.cdc.gov/cancer/dcpc/pdf/CancerToolkit.pdf>
- National Comprehensive Cancer Network (2015). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology : Distress Management. Récupéré de http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf/
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). Notre profession prend une nouvelle dimension des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique. Récupéré de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1564623>
- Paquette, E. L., Sun, L., Paquette, L. R., Connelly, R., McLeod, D. G., & Moul, J. W. (2002). Improved prostate cancer-specific survival and other disease parameters: impact of prostate-specific antigen testing. *Urology*, 60(5), 756-759.
- Parahoo, K., McDonough, S., McCaughan, E., Noyes, J., Semple, C., Halstead, E. J., . . . Dahm, P. (2013). Psychosocial interventions for men with prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, Cd008529. doi: 10.1002/14651858.CD008529.pub3
- Payne, H., & Cornford, P. (2011). Prostate-specific antigen: an evolving role in diagnosis, monitoring, and treatment evaluation in prostate cancer. *Urologic Oncology*, 29(6), 593-601. doi: 10.1016/j.urolonc.2009.11.003

- Petros, M. (2012). Revisiting the Wilson-Jungner criteria: how can supplemental criteria guide public health in the era of genetic screening? *Genetics in Medicine*, *14*(1), 129-134. doi: 10.1038/gim.0b013e31823331d0
- Pienta, K. J. (2009). Critical appraisal of prostate-specific antigen in prostate cancer screening: 20 years later. *Urology*, *73*(5 Suppl), S11-20. doi: 10.1016/j.urology.2009.02.016
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Progress in Clinical and Biological Research*, *156*, 131-140.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, *12*(1), 38-48.
- Prochazka, A. V., & Caverly, T. (2013). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: summary review of primary findings and conclusions. *JAMA Intern Med*, *173*(5), 371-372. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.3187
- Code des Professions du Québec (2009). Code des professions : L.R.Q., c. C-26 : à jour au 18 août 2009. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Ranasinghe, W. K., Kim, S. P., Papa, N. P., Sengupta, S., Frydenberg, M., Bolton, D., . . . Lawrentschuk, N. (2015). Prostate cancer screening in Primary Health Care: the current state of affairs. *Springerplus*, *4*, 78. doi: 10.1186/s40064-015-0819-8
- Rimer, B. K., Briss, P. A., Zeller, P. K., Chan, E. C., & Woolf, S. H. (2004). Informed decision making: what is its role in cancer screening? *Cancer*, *101*(5 Suppl), 1214-1228. doi: 10.1002/cncr.20512
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, *55*(513), 305-312.
- Runge, M. S., Greganti, M. A., & Netter, F. H. (2009). *Netter's internal medicine* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders/Elsevier.
- Sakr, W. A., Grignon, D. J., Haas, G. P., Heilbrun, L. K., Pontes, J. E., & Crissman, J. D. (1996). Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia. *European Urology*, *30*(2), 138-144.
- Salinas, C. A., Tsodikov, A., Ishak-Howard, M., & Cooney, K. A. (2014). Prostate cancer in young men: an important clinical entity. *Nat Rev Urol*, *11*(6), 317-323. doi: 10.1038/nrurol.2014.91
- Schroder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L., Ciatto, S., Nelen, V., . . . Auvinen, A. (2009). Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New England Journal of Medicine*, *360*(13), 1320-1328. doi: 10.1056/NEJMoa0810084
- Schroder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L., Zappa, M., Nelen, V., . . . Auvinen, A. (2014). Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*, *384*(9959), 2027-2035. doi: 10.1016/s0140-6736(14)60525-0
- Schwartz, L. M., Woloshin, S., Fowler, F. J., Jr., & Welch, H. G. (2004). Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA*, *291*(1), 71-78. doi: 10.1001/jama.291.1.71

- Société Canadienne du Cancer. Récupéré de <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/prostate/signs-and-symptoms/?region=qc/>
- Société de Recherche sur le Cancer. Récupéré de <http://www.societederecherchesurlecancer.ca/page.aspx?pid=1793>
- Stacey, D., Legare, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., . . . Wu, J. H. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, *1*, Cd001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4
- Statistiques Canadiennes sur le Cancer (2015). Sujet particulier sur les prévisions concernant le fardeau futur au Canada. Récupéré de <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf>
- Table régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (2011). Plan d'action stratégique 2011-2015 : Pour relever les défis et actualiser les conditions favorables du Plan d'action régional de santé publique 2009-2015. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Thompson, I. M., Ankerst, D. P., Chi, C., Lucia, M. S., Goodman, P. J., Crowley, J. J., . . . Coltman, C. A., Jr. (2005). Operating characteristics of prostate-specific antigen in men with an initial PSA level of 3.0 ng/ml or lower. *JAMA*, *294*(1), 66-70. doi: 10.1001/jama.294.1.66
- Thompson, S., & Tonelli, M. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*, *11*, Ed000047. doi: 10.1002/14651858.ed000047
- U.S. Preventive Services Task Force (2012). Prostate Cancer Screening. Récupéré de <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/prostate-cancer-screening/>
- U.S. Preventive Services Task Forces (2013). High-Priority Evidence Gaps for Clinical Preventive Services. Third Annual Report to Congress. Récupéré de <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/third-annual-report-to-congress-on-high-priority-evidence-gaps-for-clinical-preventive-services/> retrieved May 2015
- Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C., & Leese, B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, *320*(7241), 1048-1053.
- Wall, D., & Kristjanson, L. (2005). Men, culture and hegemonic masculinity: understanding the experience of prostate cancer. *Nursing Inquiry*, *12*(2), 87-97. doi: 10.1111/j.1440-1800.2005.00258.x
- Wardle, J., Robb, K., Vernon, S., & Waller, J. (2015). Screening for prevention and early diagnosis of cancer. *American Psychologist*, *70*(2), 119-133. doi: 10.1037/a0037357
- Weston, W. W. (2001). Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, *165*(4), 438-439.
- Wever, E. M., Hugosson, J., Heijnsdijk, E. A., Bangma, C. H., Draisma, G., & de Koning, H. J. (2012). To be screened or not to be screened? Modeling the consequences of PSA screening for the individual. *British Journal of Cancer*, *107*(5), 778-784. doi: 10.1038/bjc.2012.317
- World Health Organization (2006). Cancer Control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Récupéré de <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>

- World Health Organization (WHO), (2009). Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks [Internet]. WHO, Geneva ([cited 2014 May]. Récupéré de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1).
- Wilson, J. M., & Jungner, Y. G. (1968). [Principles and practice of mass screening for disease]. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 65(4), 281-393.
- Wooten, A. C., Abbott, J. M., Farrell, A., Austin, D. W., & Klein, B. (2014). Psychosocial interventions to support partners of men with prostate cancer: a systematic and critical review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 472-484. doi: 10.1007/s11764-014-0361-7
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.
- Zhang, X., Zhou, G., Sun, B., Zhao, G., Liu, D., Sun, J., . . . Guo, H. (2015). Impact of obesity upon prostate cancer-associated mortality: A meta-analysis of 17 cohort studies. *Oncology Letters*, 9(3), 1307-1312. doi: 10.3892/ol.2014.2841

Annexe 1

Modèle de la pratique infirmière avancée d'Hamric

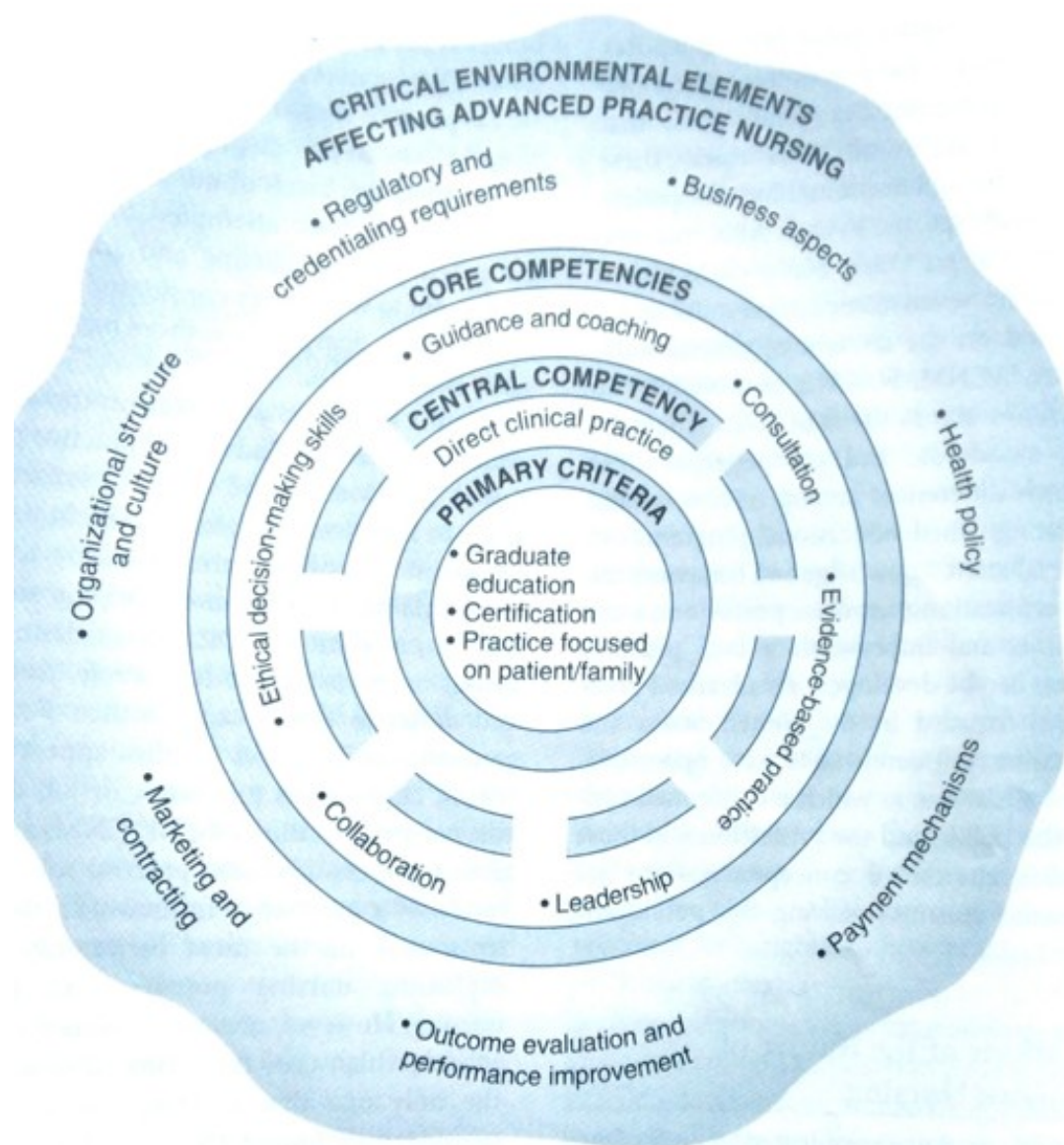


FIG 2-4 Hamric's model of advanced practice nursing.

Figure tirée de A.B. Hamric (2014) p.44

Annexe 2
La fiche de prévention clinique du Collège des Médecins

Fiche de PRÉVENTION CLINIQUE

<p>Tabagisme Identifier, documenter l'évolution du statut tabagique et conseiller au besoin (CAN ADAPPT 2012)</p> 	<p>Hyperlipidémie Faire un bilan lipidique aux 3 à 5 ans chez tous les hommes de 40 à 75 ans et toutes les femmes de 50 à 75 ans (SCC 2013)</p>	<p>Alimentation et activité physique Il peut être approprié, en fonction de l'état général ou de facteurs de risques cardiovasculaires, de recommander les mesures à adopter (USPSTF 2014)</p> 
<p>Diabète Dépister tous les 3 ans chez les plus de 40 ans, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque (ACD 2013, GECSSP 2012)</p> 	<p>Hypertension artérielle Mesurer la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée (GECSSP 2012, PECH)</p>	<p>Abus d'alcool Identifier l'abus d'alcool chez les adultes (USPSTF 2013, CMQ 2012)</p> 
<p>Obésité Mesurer l'indice de masse corporelle chez tous les adultes, puis offrir ou référer à des interventions comportementales structurées si l'obésité est documentée (GECSSP 2015)</p> 	<p>Cancers Dépister aux 2 ans après une décision éclairée du patient : pour les hommes - colorectal (50-74 ans) et prostate (55-70 ans); pour les femmes - sein (50-69 ans), colorectal (50-74 ans), col utérin (21 à 65 ans) (ASG 2010, INSPQ 2011, ACP 2012, CMQ 2013, USPSTF 2012, GECSSP 2013, 2014)</p> 	
<p>Ostéoporose Rechercher des facteurs de risques pour les 50 ans et plus. Si identifiés, effectuer une mesure de la densité minérale osseuse ainsi que pour les 65 ans et plus (SCO, USPSTF 2010, MSSS 2012) Documenter une histoire de chute à partir de 65 ans (INSPQ 2011)</p>	<p>Infections transmissibles sexuellement et par le sang Évaluer les facteurs de risque chez tout adulte actif sexuellement, offrir un counselling préventif et dépister les ITSS selon les facteurs de risque décelés (MSSS 2014, USPSTF 2014)</p> 	
<p>Immunisation Compléter la vaccination de l'adulte selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) en considérant l'âge, les facteurs de risque (dont la grossesse et les maladies chroniques) et le nombre de doses déjà reçues pour « diphtérie - coqueluche - tétanos », « rougeole - rubéole - oreillons ». Les adultes réceptifs de certains groupes pourraient nécessiter une vaccination contre la poliomyélite et la varicelle. Offrir annuellement la vaccination contre l'influenza surtout s'il y a des facteurs de risque chez l'adulte ou des contacts familiaux à risque. Vacciner une fois les adultes de plus de 65 ans, de même que les plus de 18 ans en état d'immunosuppression contre les pneumocoques. Offrir le vaccin contre le Zona aux 60 ans et plus et le considérer pour certains groupes à risque dès l'âge de 50 ans. Envisager tout autre vaccin, selon les risques, dont ceux pour protéger les voyageurs.</p>		

Ces recommandations sont issues de données probantes récentes et remplacent celles de l'évaluation médicale périodique. Elles s'appliquent lors des visites médicales appropriées ou d'un suivi régulier. D'autres activités préventives peuvent être pratiquées en fonction du jugement clinique.

Auteurs : Drs Claude Thivierge, Alexandra Kossowski, Claude Laberge, Monique Letellier, Sylvie Verne. Réviseurs : Drs Johanne Blais, Carl Fournier, François Goulet.
© Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec Tous droits réservés - 2015

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC
Une médecine de qualité au service du public

Annexe 3

Modèle Transthéorique de Prochaska et Diclemente (1992)

Figure 1
A Spiral Model of the Stages of Change

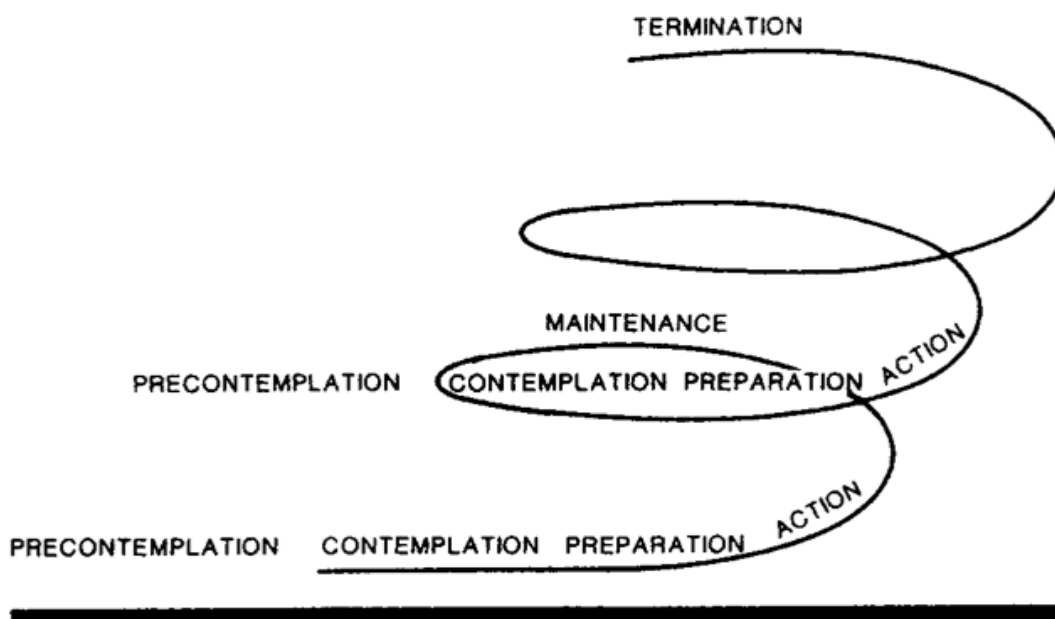


Tableau tiré de Prochaska, DiClemente, & Norcross (1992)

Annexe 4

Modèle Transthéorique de Prochaska et Diclemente (1991)

Étape	Explication	Objectif thérapeutique	Conseils au clinicien
1. Pré-réflexion	Selon le patient, il n'est pas nécessaire de changer : « Mon oncle était obèse et détestait l'activité physique. Il a vécu jusqu'à 90 ans. »	Inviter le patient à songer au changement	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Invitez le patient à envisager le changement. ▫ Personnalisez l'information sur la santé : « Une personne comme vous a une chance sur cinq de développer le diabète. » ▫ Mettez l'accent sur les symptômes pouvant être liés au comportement. Exprimez votre inquiétude, sans être alarmiste. ▫ Semez des pensées positives chez le patient : « Quel serait l'avantage de changer, à votre avis? »
2. Réflexion	Le patient songe au changement, pèse le pour et le contre : « Je sais que je devrais, mais je n'ai pas le temps. »	Inviter le patient à évaluer les avantages et les obstacles de manière équilibrée	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Demandez au patient d'énumérer les avantages et les obstacles liés au changement. Demandez-lui de trouver des solutions, un obstacle à la fois. Sondez son ambivalence. ▫ Invitez le patient à planifier le changement. Incitez sans forcer. Dites « C'est utile pour certaines personnes; cela vous aiderait peut-être » plutôt que « Vous devriez essayer. »
3. Préparation	Le patient fait de petits changements : « Je me suis acheté des chaussures de jogging, mais... »	Inviter le patient à élaborer un plan de changement	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Encouragez-le à agir. Aiguillez-le vers des programmes qui peuvent l'aider. ▫ Demandez au patient de choisir une date précise pour le changement. Aidez-le à inventer des stratégies pour surmonter les difficultés.
4. Action	Le patient prend des mesures définitives : « J'ai fait du jogging ce matin. »	Inviter le patient à concrétiser son plan	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Le rôle du médecin est de fournir un encouragement et un appui. Félicitez-le et encouragez-le pour ses petites réussites. Discutez des problèmes rencontrés et examinez les solutions possibles. Fixez des rendez-vous de suivi.
5. Maintien	Le patient maintient son nouveau comportement : « Je fais de l'activité physique depuis environ 6 mois. »	Faire en sorte que le nouveau comportement devienne « habituel »	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Continuez à encourager le patient. ▫ Demandez-lui ce qu'il fera s'il est tenté d'abandonner.
6. Rechute	« Le temps devenait mauvais et j'ai laissé tomber. »	Rétablir la motivation du patient	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Discutez des leçons apprises du changement antérieur. Reformulez l'échec en réussite partielle. Rappelez au patient que la rechute est une partie normale du processus de changement.

Tableau tiré du site Association des Facultés Médicales du Canada (2009)

Annexe 5

Tableau des recommandations pour le dépistage du cancer de la prostate

Table 3: Summary of recommendations for PSA screening for prostate cancer from Canada and elsewhere			
Organization	Age at initiation of PSA screening	Screening interval	Age at discontinuation of PSA screening
Canadian Task Force on Preventive Health Care (current)	Routine PSA screening not recommended		
Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994) ¹¹	Routine PSA screening not recommended as part of periodic health examination		
US Preventive Services Task Force (2012) ⁸	PSA screening not recommended; applies to men of all ages		
Canadian Urological Association (2011) ⁵⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Average risk: offer at age 50 yr to men with life expectancy \geq 10 yr • Increased risk (e.g., family history of prostate cancer, African descent): offer at 40 yr • Offer baseline PSA test at age 40–49 yr to establish future risk of prostate cancer 	Not specified	75 yr
Canadian Cancer Society (2014) ⁵⁵	Men aged > 50 yr should talk with their doctor about whether they should be tested for prostate cancer	Not specified	Not specified
American Cancer Society (2012) ⁵⁶	Average risk: discussion at age 50 yr Increased risk: discussion at age 40 or 45 yr, depending on extent of risk	PSA < 2.5 ng/mL: 2 yr PSA \geq 2.5 ng/mL: annual	Life expectancy < 10 yr
National Cancer Institute (2012) ²²	Insufficient evidence to determine whether screening with PSA or digital rectal examination reduces prostate cancer mortality		
National Health Service (2013) ⁵⁷	No organized screening program; informed-choice program = men concerned about the risk of prostate cancer receive clear and balanced information about the advantages and disadvantages of PSA testing and cancer treatment		
Prostate Cancer Canada (2013) ⁵⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Offer baseline PSA test at age 40–49 yr • Men aged > 40 yr should talk with their doctor about early detection • Men at high risk should talk with their primary care provider before age 40 yr about prostate cancer 	Not specified	\geq 70 yr; decision should be based on individual factors (not specified)
American Urological Association (2013) ⁵⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Routine screening not recommended for men aged 40–54 yr at average risk • Shared decision-making recommended for men aged 55–69 yr; decision to proceed based on patient's values and preferences 	\geq 2 yr	\geq 70 yr or life expectancy < 10–15 yr
American College of Physicians (2013) ⁶⁰	Men aged 50–69 yr: clinicians should discuss the limited benefits and substantial harms of screening for prostate cancer; they should not screen for prostate cancer with the PSA test in patients who do not express a clear preference for screening	Not specified	\geq 70 yr or life expectancy < 10–15 yr
Cancer Council Australia, Australian Health Ministers' Advisory Council (2010) ⁶¹	PSA test not suitable for population screening		

Note: PSA = prostate-specific antigen.

Tableau tiré du Canadian Task Force (2014)

Annexe 6 Le Cadre des Soins de Soutien

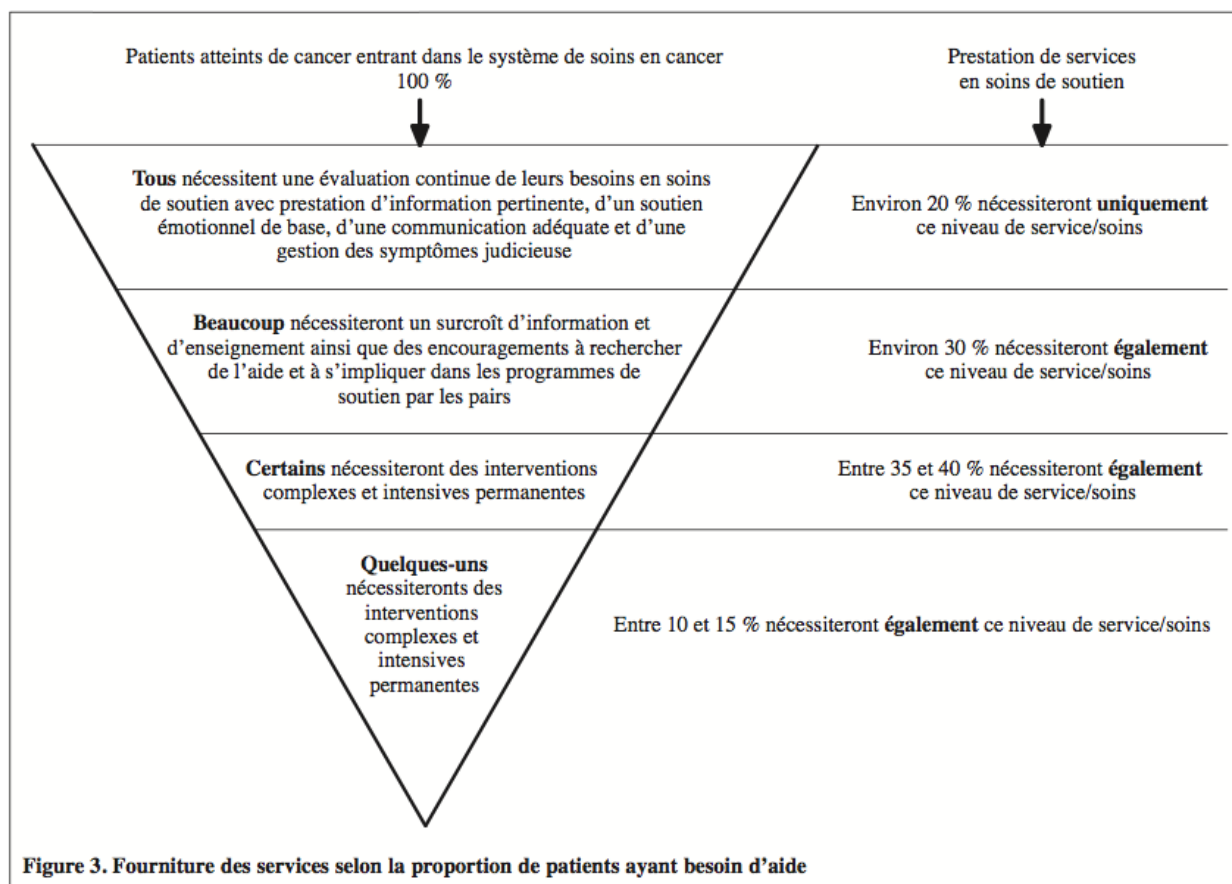


Figure tirée de Fitch (2008)

Définition des catégories	Exemples précis de symptômes et besoins liés aux soins de soutien		
Dom. physique Besoins de jouir d'un confort physique et d'une absence de douleur, d'une alimentation optimale et d'être capable d'exécuter ses fonctions journalières habituelles (p. ex. activités de la vie quotidienne)	<ul style="list-style-type: none"> • douleur • faiblesse • fatigue • anorexie • nausée • vomissements • mobilité • lymphœdème 	<ul style="list-style-type: none"> • incontinence • soif • toux • dyspnée • cracher du sang • perte d'appétit • perte de cheveux 	<ul style="list-style-type: none"> • impuissance • troubles du transit • difficultés face à l'apport alimentaire et/ou liquidien • difficultés de sommeil • changements de poids • ménopause • difficulté à avaler/parler • fertilité
Dom. de l'information Besoins d'information en vue de réduire la confusion, l'anxiété et la peur, d'éclairer la prise de décision de la personne ou de la famille, et enfin, de favoriser l'acquisition d'habiletés	<ul style="list-style-type: none"> • traitement du cancer et ses effets secondaires, procédures / résultats d'examens • comment faire face ou gérer les effets secondaires • processus de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • communication avec les prestataires de soins • orientation à l'établissement de soins • ressources éducatives (appropriées) • aide à la prise de décision 	
Dom. émotionnel Besoins d'être à l'aise, d'éprouver un sentiment d'appartenance, de la compréhension et d'être rassuré durant les périodes de stress et de bouleversement	<ul style="list-style-type: none"> • peur • détresse • anxiété • dépression • colère 	<ul style="list-style-type: none"> • culpabilité • chagrin • abandon • évaluation négative de l'avenir 	<ul style="list-style-type: none"> • parler avec un pair • sentiment d'impuissance • honte / culpabilisation • isolement
Dom. psychologique Besoins reliés à la capacité de composer avec l'expérience de la maladie et ses conséquences, notamment le besoin d'éprouver un contrôle de soi optimal et une estime de soi positive	<ul style="list-style-type: none"> • changements de style de vie • problèmes d'ordre sexuel • diminution de la capacité cognitive • perte 	<ul style="list-style-type: none"> • perte de contrôle de soi • dépression majeure • troubles anxieux • problèmes liés à l'image de soi • changements de l'image corporelle • peur de la récurrence 	
Dom. social Besoins liés aux relations familiales, à l'acceptation sociale et à l'implication active dans des relations	<ul style="list-style-type: none"> • changements de rôles • difficulté à composer avec les réactions des enfants et des membres de la famille • relations sociales • communication interpersonnelle • dire à autrui qu'on est atteint 		
Dom. spirituel Besoins liés à la signification de la vie et à la raison d'être	<ul style="list-style-type: none"> • pratique des croyances religieuses • quête de signification • désespoir existentiel 	<ul style="list-style-type: none"> • examen des valeurs et priorités personnelles • crise spirituelle et sa résolution • sentiments de non-espoir 	
Dom. pratique Besoins d'aide directe en vue d'accomplir une tâche ou une activité particulière et réduire ainsi les exigences placées sur la personne (p. ex. services d'aide familiale, assistance financière)	<ul style="list-style-type: none"> • aide ménagère journalière • magasinage • transport • soins des enfants • prothèses • déplacements entre le domicile et les lieux de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • aide pour les activités quotidiennes • fourniture d'aide à la famille • stress touchant la famille, les enfants, les parents, etc. • questions financières • questions juridiques • questions relatives à l'emploi, aux études • planification des menus / préparation des aliments 	

Figure tirée de Fitch (2008)

OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE (ODD)

La détresse est une émotion désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement. Elle est généralement associée à des préoccupations ou des problèmes de différentes natures. Aidez-nous à les reconnaître.

1. COTE AU THERMOMÈTRE	2. LISTE DE PROBLÈMES											
Date : Année Mois Jour _____	Cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui.											
Comment évaluez-vous votre détresse durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui? Encerclez un chiffre sur le thermomètre	PRATIQUE <input type="checkbox"/> Travail / études <input type="checkbox"/> Finances <input type="checkbox"/> Se rendre aux rendez-vous <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Activités / tâches quotidiennes <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle	PHYSIQUE <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Concentration / mémoire <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre / chute <input type="checkbox"/> Étourdissement <input type="checkbox"/> Sommeil <input type="checkbox"/> Poids <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Difficultés à avaler <input type="checkbox"/> Constipation ou diarrhée <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissement <input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Engourdissement / picotement <input type="checkbox"/> Enflure bras / jambes <input type="checkbox"/> Difficulté à parler <input type="checkbox"/> Réaction cutanée (peau)										
	SOCIAL / FAMILIAL <input type="checkbox"/> Me sentir comme un fardeau <input type="checkbox"/> Préoccupations envers la famille / les amis <input type="checkbox"/> Me sentir seul(e) <input type="checkbox"/> Activités sociales / loisirs	HABITUDES DE VIE <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Consommation alcool / drogue <input type="checkbox"/> Activités physiques <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME										
	ÉMOTIONNEL <input type="checkbox"/> Peurs / inquiétudes <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Colère / frustration <input type="checkbox"/> Changement d'apparence <input type="checkbox"/> Intimité / sexualité <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt face à mes activités <input type="checkbox"/> M'adapter à la maladie											
	SPIRITUEL <input type="checkbox"/> Me questionner sur le sens ou le but de ma vie <input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances											
INFORMATION <input type="checkbox"/> Comprendre la maladie et les traitements <input type="checkbox"/> Communication avec l'équipe soignante <input type="checkbox"/> Prendre une décision face aux traitements <input type="checkbox"/> Connaître les ressources disponibles												
3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES Encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des dernières 24 heures												
Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire nausées possible
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucun appétit possible
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de mal-être possible
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Précisez : _____												
Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'en ai déjà												
Adaptation par l'équipe interdisciplinaire d'oncologie pulmonaire de l'ISCPQ (octobre 2009) avec l'autorisation et le soutien du Santé Canada, par le Partenariat canadien contre le cancer												

Figure tirée du site: <http://iucpq.qc.ca/sites/default/files/odd.pdf>