

Deb Feldman-Stewart, PhD,\*  
D. Robert Siemens, MD,  
FRCS<sup>C</sup>†

\*Cancer Care and  
Epidemiology, Cancer  
Research Institute at  
Queen's University,  
Kingston, ON; †Department  
of Urology, Queen's  
University, Kingston, ON

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2015;9(9-10):E758-9.  
<http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.3373>  
Published online October 13, 2015

À notre époque d'échange instantané à une échelle quasi mondiale d'information médicale provenant de sources apparemment sans fin, les titres et en-tête accrocheurs sont d'usage tout aussi courant que dans les tabloïdes et revues qui attirent (avec une efficacité troublante) notre regard pendant que nous faisons la file à la caisse. Nous espérons que les lecteurs du *JACU* trouvent utiles la table des matières et les liens vers la version numérique du journal, envoyés par courriel, quand il faut se faire rapidement une idée du contenu. Cela dit, il est probable que votre boîte de réception soit remplie de messages du même type provenant d'autres périodiques médicaux, d'associations et de services en ligne qui luttent tous pour obtenir votre attention et qui cherchent à créer un taux de clic considérable.

Voici un exemple de ligne de sujet provenant du journal de l'AMC qui a récemment attiré notre attention : « [E]nviron 12 % des hommes regrettent leurs décisions quant au traitement de leur cancer de la prostate ». Le texte provenait de POEM (pour Patient Oriented Evidence that Matters), une mise à jour quotidienne habituellement fascinante sur des études récentes axées sur les patients. Le bulletin dirige vers le résumé d'un récent article signé par Morris et ses collègues dans le périodique *Cancer* concluant que, (pour paraphraser) puisque la plupart du temps le cancer de la prostate ne tue pas, et que le traitement entraîne une baisse de la qualité de vie, diriger les hommes vers une démarche d'attente sous surveillance constituerait une stratégie judicieuse<sup>1</sup>. La deuxième tasse de café pouvait attendre : il était temps d'ouvrir Google Scholar pour chercher l'article en question.

Les décisions liées au cancer, en particulier chez les hommes ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate localisé, ne sont pas simples et exigent une compréhension et une évaluation complexes des répercussions médicales et psychosociales à la lumière des valeurs et croyances personnelles. De toute évidence, éprouver du regret ou du remord en raison de toute décision médicale est une issue néfaste – qui est probablement insuffisamment examinée lors du counselling du patient et de la conjointe ou lors du suivi après la prise en charge du cancer. Le regret est une émotion négative ressentie quand nous croyons qu'une autre façon de procéder aurait entraîné de meilleurs résultats. C'est aussi un indicateur de qualité valide sur le plan écologique, puisque les gens incluent souvent, de façon naturelle, un « regret anticipé », considérant la possibilité du regret comme un élément dans la comparaison des options au moment de prendre une décision. Même s'ils ont été étudiés en profondeur dans d'autres domaines, jusqu'à récemment, ces concepts attiraient rarement l'attention qu'ils méritent dans la littérature médicale.

Une étude portant sur le regret par rapport à une décision dans la prise en charge du cancer de la prostate localisé semblerait impérieuse, vu son impact et les fluctuations substantielles dans notre compréhension de l'efficacité comparative de la prise en charge. Le regret est malsain et, associé – ou peut-être même cumulé – aux effets secondaires du traitement, il mène à des tentatives angoissantes de déconstruction des décisions d'origine. Plusieurs études, bon nombre ayant été menées par des chercheurs canadiens, ont décrit un niveau (quoique souvent faible) de regret après la prise en charge du cancer de la prostate. Cette expérience négative a été associée à des pertes fonctionnelles sur les plans sexuel ou urinaire chez les patients. Le regret varie aussi avec le temps et est probablement associé à la diffusion sous-optimale de renseignements au patient. Cela dit, il n'est pas si simple de se pencher sur le regret en lien avec une décision, quand il s'agit tant de le mesurer que d'en comprendre les répercussions sur les soins prodigués au patient.

Plusieurs instruments d'évaluation ont été élaborés pour tenter de quantifier le regret, mais les études de psychologie ont fait ressortir la complexité du concept. L'outil utilisé dans l'article de Morris et ses collègues comprenait deux questions : (1) le patient

aurait-il obtenu de meilleurs résultats avec un traitement différent, et (2) combien de temps le patient peut-il avoir passé à souhaiter avoir pu changer d'idée. Néanmoins, les réponses obtenues dans cette étude sont une simple dichotomie (oui/non) et des durées variables de suivi après traitement signalées à un seul point d'évaluation. De même, les chercheurs ont inclus une cohorte hautement variée, comprenant des hommes atteints d'un cancer à faible risque et d'autres, atteints d'un cancer avancé ou métastatique. Se fier à une évaluation simpliste dans des cas où les décisions et les traitements subséquents étaient si différents et signaler les résultats sous forme d'un résumé ne peut que mener à des conclusions fallacieuses.

Néanmoins, étant donné sa pertinence dans la prise de décision conjointe, il est de mise d'accorder une certaine priorité à d'autres travaux approfondissant la compréhension du regret et pouvant réduire ce dernier chez nos patients. Il faut poursuivre le développement des outils existants en cherchant à clarifier la raison d'être des instruments de mesure du regret. Minimiser le regret peut contribuer positivement aux ajustements après traitement, à une plus grande satisfaction et à une meilleure qualité de vie – pas moins que cela. Le regret en lien avec les décisions provient d'au moins trois sources : (1) le processus décisionnel, (2) le choix effectué, et (3) les conséquences de la décision. Fait intéressant, Morris et ses collègues ont noté le niveau le plus élevé de regret chez les patients qui étaient « très insatisfaits de [leur] compréhension des effets secondaires potentiels du traitement ». Cela dit, les auteurs ont également noté qu'une meilleure compréhension après coup n'y changeait rien – le simple fait de fournir des renseignements ne suffisait pas à faire atténuer le regret. L'aide accordée

pendant le processus décisionnel (aussi appelé « soutien à la prise de décision ») ne fait pas que fournir plus d'information au patient. L'accessibilité élargie et l'usage des outils de décision clinique, type de soutien à la prise de décision, peuvent représenter une approche pratique. Aider le processus décisionnel axé sur le patient en fournissant les renseignements pertinents en même temps qu'on clarifie et incorpore les valeurs et les préférences du patient pourrait aider à réduire les malentendus entourant la décision et le regret subséquent. Le Canada a fait un pas dans cette direction : Cancer de la prostate Canada est en train de mettre sur pied un portail pour les patients (guichet unique pour tous les patients atteints de cancer de la prostate) comprenant une aide à la décision produite au Canada qui s'est révélée efficace dans la réduction du regret lié aux décisions en comparaison avec la transmission d'informations seulement dans un essai contrôlé et randomisé.

Les termes « regret » et « cancer de la prostate » figurant dans le titre de tout article susciteront sans nul doute un intérêt général : un concept important mais complexe qui mérite d'être étudié davantage. Mieux comprendre le regret et sa genèse demeure la meilleure façon d'aider à en diminuer l'apparition chez les patients atteints d'un cancer de la prostate.

## Référence

1. Morris BB, Farnan L, Song L et al. Treatment decisional regret among men with prostate cancer: Racial differences and influential factors in the North Carolina Health Access and Prostate Cancer Treatment Project (HCaP-NC). *Cancer* 2015;121:2029-35. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.29309>. Publication en ligne le 3 mars 2015.