

Mémoire Vécu des patients après prostatectomie radicale laparoscopique robot assistée : 6 mois de transition. Une étude phénoménologique.

Auteur : MICHAUX, Aude

Promoteur(s) : 31633; 23672; 31634

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27056>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Vécu des patients après prostatectomie radicale
laparoscopique robot assistée : 6 mois de transition.
Une étude phénoménologique.

Mémoire présenté par Aude MICHAUX
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Infirmières
Année académique 2025 - 2026

Vécu des patients après prostatectomie radicale
laparoscopique robot assistée : 6 mois de transition.
Une étude phénoménologique.

Mémoire présenté par **Aude MICHAUX**

en vue de l'obtention du grade de

Master

en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

Promotrices : Brigitte CRISPIN

Katty VAN RENTERGHEM

Co- promoteur : Dr. Olivier LAVERGNE

Nombre de mots : 6 951

Remerciements

Mes premières pensées vont à mes promotrices, Madame Crispin et Madame Van Renterghem. Depuis Bruxelles, elles sont toujours restées proches de ce travail, avec une disponibilité qui ne s'est jamais démentie. Leurs retours bienveillants m'ont encouragée à progresser dans ma réflexion, sans jamais me faire sentir seule face aux difficultés. Je garde de ces deux années le souvenir d'un accompagnement profondément humain.

Je remercie chaleureusement le Docteur Lavergne, qui m'a fait découvrir l'urologie sous un angle que je ne soupçonnais pas, avec une pédagogie et une patience allant bien au-delà d'un simple encadrement de mémoire.

Merci également à toute l'équipe du service d'urologie du CHR de la Citadelle, pour son accueil chaleureux et son soutien du premier au dernier jour.

Merci à mon chef, Sébastien, d'avoir été présent tout au long de ce parcours et de m'avoir permis de jongler facilement entre ma vie professionnelle et mes études.

Je pense aussi à mes amies, présentes tout au long de ces deux années, dans les moments de doute comme dans ceux de réussite. Leur écoute et leurs encouragements ont compté plus qu'elles ne l'imaginent.

Une place à part revient à Aline, mon amie de master. Ce que j'ignorais en la rencontrant, c'est que ce master serait aussi le point de départ d'une belle amitié. Nous nous sommes épaulées, portées l'une l'autre quand il le fallait, et il faut le dire : ces deux années ont été éprouvantes, mais je suis heureuse de les avoir traversées avec elle.

Merci à mes parents, pour leur soutien qui n'a jamais fléchi, quel que soit le projet dans lequel je me lançais. Grâce à eux, j'ai toujours pu avancer avec confiance, sans jamais douter d'avoir un endroit où revenir.

Merci aussi à mon frère et à mes grands-parents, pour leurs encouragements et leur présence tout au long de ce parcours.

Enfin, merci à Maxence, mon compagnon depuis quatre ans, mon pilier. Il m'a vu grandir comme infirmière, mais aussi comme femme, épanouie autant dans mon métier que dans ma vie personnelle. Il a rendu ces deux années plus légères au quotidien, et m'a rassurée dans les montagnes russes qu'a été ce master. Sans lui à mes côtés, ce parcours n'aurait pas été le même.

Table des matières

TABLEAU D'ABRÉVIATIONS	6
RÉSUMÉ	7
ABSTRACT	8
NOTE INTRODUCTIVE	9
PRÉAMBULE	10
1. INTRODUCTION.....	11
1.1. LE CANCER DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE	11
1.2. DES AVANCÉES TECHNIQUES À LA RÉCUPÉRATION GLOBALE : UN ÉCART PERSISTANT.....	11
1.3. LE RETOUR À DOMICILE : UN MOMENT CHARNIÈRE SOUS-ESTIMÉ.....	11
1.4. AU-DELÀ DES SOINS TECHNIQUES : RECONNAÎTRE LES BESOINS PSYCHOSEXUELS ET ÉMOTIONNELS	12
1.5. APPORTS DE LA PERSPECTIVE INFIRMIÈRE : BESOINS, SAVOIRS EXPÉRIENTIELS ET PARCOURS DE SOINS	12
1.6. PERTINENCE DE LA RECHERCHE ET ENJEUX POUR LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE.....	13
1.7. PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	13
1.8. CADRE THÉORIQUE.....	14
1.9. CONTEXTE INSTITUTIONNEL	15
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	17
2.1. TYPE D'ÉTUDE ET DE DÉMARCHE DE RECHERCHE	17
2.2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE	17
2.3. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	17
2.4. MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON	18
2.5. PARAMÈTRES ÉTUDIÉS	18
2.6. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	18
2.7. ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES.....	19
2.8. TRAITEMENT DES DONNÉES	19
2.9. MÉTHODES D'ANALYSE	19
2.10. CONTRÔLE QUALITÉ	20
2.11. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUES	20
3. RÉSULTATS.....	21
3.1. PRÉSENTATION DE LA POPULATION	21
3.2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	22
3.3. ESSENCE DE L'EXPÉRIENCE	29
4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES	31
4.1. DISCUSSION DES THÈMES	31
4.2. MODÉLISATION ET INTÉGRATION THÉORIQUE	36
4.3. PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE	37
4.4. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE	38
5. CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES.....	47

ANNEXE 1 : RÉFLEXIVITÉ DE L'INVESTIGATRICE, PRÉSUPPOSÉS IDENTIFIÉS EN AMONT DE LA RECHERCHE	47
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	49
ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ARBORESCENCE ANALYTIQUE DES QUATRE PREMIÈRES ÉTAPES SELON LA MÉTHODE DE GIORGI.....	51
ANNEXE 4 : ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT	52

Tableau d'abréviations

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COREQ : *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research*

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité

IPA : Infirmier en pratique avancée

IPDE5 : Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

P : Participant

PLRA : Prostatectomie radicale laparoscopique robot assistée

PSA : *Prostate-Specific Antigen*

Réf. : Référence

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Résumé

Introduction

La prostatectomie radicale laparoscopique robot assistée (PLRA), traitement de référence du cancer de la prostate localisé, expose le retour à domicile à des séquelles physiques, psychologiques et sexuelles parfois durables, peu documentées en Belgique. Cet impact reste pourtant souvent sous-estimé, laissant peu de place à la voix du patient. Cette étude explore l'expérience vécue des patients sur six mois postopératoires, pour nourrir une réflexion infirmière sur un accompagnement personnalisé.

Matériel et méthode

Une étude qualitative phénoménologique selon Giorgi a été menée au Centre hospitalier Régional (CHR) de la Citadelle de Liège auprès de dix-sept patients, recrutés par échantillonnage raisonné et interrogés jusqu'à saturation. La théorie de la transition de Meleis guide le canevas d'entretien, puis la mise en perspective des résultats. L'analyse suit les critères *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ), avec *member checking*.

Résultats

Six thèmes se dégagent des dix-sept entretiens. Le retour à domicile se vit d'abord par le corps (sonde vésicale, récupération urinaire, perte érectile), puis par une sécurité qui naît du premier *Prostate-Specific Antigen* (PSA) indétectable plutôt que de la sortie de l'hôpital, restant fragile en cas de complication. La perte sexuelle atteint ensuite, à des degrés variables, l'identité masculine et réorganise l'intimité conjugale, avant d'être majoritairement acceptée comme le prix de la survie face au cancer.

Conclusion

Le retour à domicile après une PLRA dépasse la convalescence chirurgicale. Il engage une transition corporelle, identitaire et relationnelle. Le premier PSA indétectable marque, pour certains, un seuil de sécurité permettant de se projeter à nouveau. La rémission oncologique y coexiste parfois avec un deuil intime. Le lien conjugal occupe une place importante, pouvant l'apaiser ou en accentuer les difficultés. Peu représenté ici, le vécu sans partenaire laisse entrevoir un isolement peu ciblé par les suivis. Ces récits révèlent un savoir expérientiel que l'infirmier spécialisé gagnerait à intégrer dans un accompagnement global.

Mots clés

Prostatectomie radicale laparoscopique robot assistée ; Postopératoire ; Expérience patient ; Savoir expérientiel

Abstract

Introduction

Robot assisted laparoscopic radical prostatectomy (RALP), the reference treatment for localized prostate cancer, exposes patients to physical, psychological, and sexual sequelae after discharge, sometimes lasting, and poorly documented in Belgium. This impact is nonetheless often underestimated, leaving little room for the patient's voice. This study explores patients' lived experience over six months postsurgery, to inform nursing reflection on more personalized support.

Material and Methods

A qualitative phenomenological study following Giorgi's method was conducted at the CHR de la Citadelle in Liège with seventeen patients, recruited through purposive sampling and interviewed until saturation. Meleis's transition theory guided the interview guide and was later used to put the results into perspective. The analysis followed the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), with member checking.

Results

Six themes emerged from the seventeen interviews. The return home is experienced first through the body (urinary catheter, urinary recovery, erectile loss), then through a sense of security arising from the first undetectable PSA rather than from hospital discharge, remaining fragile in case of complications. Sexual loss then affects, to varying degrees, masculine identity and reorganizes conjugal intimacy, before being largely accepted as the price of surviving cancer.

Conclusion

Returning home after RARP goes beyond surgical recovery. It involves a bodily, identity-related, and relational transition. For some participants, the first undetectable PSA marks a threshold of reassurance, allowing them to look to the future again. Oncological remission may coexist with a sense of intimate loss. The couple relationship plays an important role and may ease or intensify these difficulties. Although underrepresented here, the experience of living without a partner suggests a form of isolation that is insufficiently addressed in follow-up care. These accounts reveal experiential knowledge that specialist nurses could usefully integrate into holistic care.

Key-words

Robot assisted radical prostatectomy; Postoperative; Patient experience; Experiential knowledge.

Note introductive

Ce travail a été relu à l'aide de l'outil Claude (1), pour améliorer la clarté linguistique, la grammaire et la cohérence syntaxique, et a également été utilisé pour la traduction en anglais du résumé. Aucun contenu généré par l'intelligence artificielle n'a été intégré sans validation critique.

Préambule

L'urologie est ma discipline de prédilection. Peu investie par les infirmiers comme terrain d'approfondissement scientifique, elle concerne pourtant presque chacun, un jour ou l'autre. Cette contradiction conduit à un constat : c'est là qu'une perspective infirmière a quelque chose à apporter, en tenant compte de la personne dans sa globalité, au-delà du geste technique, notamment lors du retour à domicile.

Travaillant en chirurgie urologique, j'ai observé que les patients sont côtoyés brièvement, le turnover est élevé, les durées de séjour sont courtes, et une routine finit par banaliser ce qui reste pourtant singulier pour chaque patient. Les grandes lignes des conséquences postopératoires sont connues. Mais sont-elles vécues ainsi au quotidien par les patients, et avec quel impact réel ?

La prostatectomie radicale n'est pas une simple chirurgie technique : elle survient dans le contexte d'un cancer, une décision lourde de sens. La réduire à un acte bien exécuté, c'est en oublier.

Il m'a donc semblé nécessaire de poser la question autrement : au-delà de ce que nous croyons qu'ils ressentent, qu'est-ce que les patients vivent vraiment ? Comment traversent-ils ce retour à domicile, seuls, loin du cadre de l'hôpital ? Et comment, en tant qu'infirmiers, pouvons-nous nous en saisir pour mieux les accompagner ?

Cette recherche s'appuie sur une conviction : au-delà des évolutions techniques, le cœur de la discipline infirmière reste la relation, l'écoute, la prise en compte de la personne dans sa complexité. C'est cette dimension souvent invisible que j'ai voulu explorer et faire valoir.

1. Introduction

1.1. Le cancer de la prostate et la prostatectomie radicale

Le cancer de la prostate¹ constitue le quatrième cancer le plus fréquent dans le monde (2) et le deuxième cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez l'homme (3). En Belgique, il représente le premier cancer masculin en incidence (4). Environ 4 371 prostatectomies radicales y ont été enregistrées en 2024 (5). Pour les formes localisées², elle constitue l'un des traitements de référence chez les patients opérables dont l'espérance de vie justifie une prise en charge curative (6). L'évolution technique vers la prostatectomie radicale laparoscopique robot assistée³ (PLRA) s'accompagne d'améliorations cliniques documentées. Deux revues systématiques rapportent une récupération plus rapide, moins de complications précoces, ainsi qu'une réduction des douleurs et des pertes sanguines (7,8).

1.2. Des avancées techniques à la récupération globale : un écart persistant

Ces avancées ne garantissent pas une récupération fonctionnelle complète. Plusieurs mois après l'intervention, de nombreux patients présentent encore des conséquences physiques (incontinence urinaire⁴, fatigue, troubles de la fonction érectile⁵) et/ou psychologiques (9,10). Ces conséquences impactent durablement la qualité de vie, les dimensions émotionnelles, relationnelles, sociales et sexuelles comprises (11). Le retour à domicile ne marque donc pas la fin du parcours de soins, mais le début d'une phase où un accompagnement adapté reste souvent nécessaire (12).

1.3. Le retour à domicile : un moment charnière sous-estimé

De nombreux patients se sentent insuffisamment préparés au retour à domicile, confrontés à des difficultés mal anticipées : incontinence urinaire, douleur et besoins de soutien émotionnel (10,12–14). Ce décalage persiste malgré une éducation préopératoire, pourtant déterminante pour faciliter la compréhension des soins et renforcer l'adhésion thérapeutique (15). La plupart de ces observations proviennent toutefois d'études qualitatives menées en Asie (12–14), ce qui interroge leur transférabilité au contexte belge.

¹ Glande de l'appareil reproducteur masculin, impliquée dans la production du liquide séminal.

² Cancers limités à la prostate, sans extension régionale ou métastatique.

³ Système de laparoscopie muni de quatre bras articulés : un porteur de caméra 3D, trois équipés d'instruments chirurgicaux miniaturisés. Le chirurgien opère à distance depuis une console.

⁴ Fuites urinaires involontaires.

⁵ Définie comme l'incapacité récurrente à obtenir ou à maintenir une érection.

1.4. Au-delà des soins techniques : reconnaître les besoins psychosexuels et émotionnels

La sexualité illustre particulièrement les lacunes actuelles de l'accompagnement. Les troubles érectiles, fréquents après l'intervention, sont rarement intégrés à la préparation ou au suivi postopératoire. En Suède, une étude qualitative descriptive menée auprès de 19 hommes de moins de 65 ans rapporte que ces séquelles sont vécues comme une atteinte à l'identité masculine et source de honte (10) , tandis qu'une autre étude suédoise auprès de 18 hommes souligne que la rééducation sexuelle reste reléguée au second plan malgré son importance dans la reconstruction de la vie quotidienne (9). Au Japon, une étude prospective auprès de 108 patients opérés par robot assistée confirme que la fonction sexuelle influence significativement la qualité de vie perçue (12). Ces résultats doivent toutefois être nuancés au regard des contextes culturels dans lesquels l'expression des difficultés sexuelles diffère, et une exploration dans le contexte belge, attentive aux pratiques et représentations locales, reste indispensable.

Plus globalement, ces constats mettent en évidence une lacune persistante dans l'accompagnement du retour à domicile : l'impact psychologique postopératoire est souvent sous-estimé, et certains patients se sentent livrés à eux-mêmes face à des difficultés telles que l'incontinence urinaire (14).

1.5. Apports de la perspective infirmière : besoins, savoirs expérientiels et parcours de soins

L'expérience des patients après une chirurgie robot assistée reste peu documentée sous un angle qualitatif (16). La satisfaction, souvent assimilée à la qualité des soins, dépend aussi des attentes et de la relation soignant-soigné : un traitement efficace peut être mal vécu s'il manque d'écoute (17,18). Les résultats fonctionnels vécus par les patients prédisent d'ailleurs mieux leur qualité de vie que les complications mesurées objectivement (19,20).

Le parcours de soins vise à coordonner ces dimensions en adaptant l'accompagnement aux besoins concrets du patient (21). Plus qu'une succession d'actes médicaux, il s'inscrit dans des dimensions émotionnelles, sociales et relationnelles, influencées par l'âge, la littératie⁶ en santé, le réseau de soutien et les expériences antérieures (22).

⁶ Capacité à comprendre et à utiliser des informations.

En soins infirmiers, la notion de besoin repose sur une relation de confiance et une écoute attentive au projet de vie de la personne : certains besoins sont exprimés explicitement, d'autres demeurent implicites et exigent une compréhension fine du professionnel (23,24).

Le patient construit également un savoir expérientiel à partir de son vécu corporel, émotionnel et social. Ce savoir, bien que fondé et pertinent, reste peu reconnu dans les pratiques cliniques courantes (25), alors que le valoriser permettrait de coconstruire les soins et de renforcer la continuité à domicile.

1.6. Pertinence de la recherche et enjeux pour la discipline infirmière

La santé ne se réduit pas à l'éradication d'une maladie : elle implique un équilibre global dans les sphères physique, psychologique et sociale de la vie de la personne (26). Une intervention chirurgicale, bien que nécessaire, ne suffit donc pas à restaurer la santé globale du patient. Cette recherche explore l'expérience vécue des patients après une PLRA : une perspective trop peu entendue, celle du patient.

L'infirmier y joue un rôle essentiel pour anticiper, ajuster et individualiser l'accompagnement, en intégrant le vécu du patient comme ressource pour la coconstruction des soins (27).

L'étude vise ainsi à contribuer à des soins à la fois techniques et humains, fondés sur l'écoute et la reconnaissance de l'expérience du patient.

1.7. Problématique et question de recherche

Le retour à domicile après une prostatectomie radicale représente une phase délicate, souvent marquée par l'incertitude. Dans les organisations hospitalières dépourvues de parcours formalisés, les besoins, ressources et singularités de chaque patient restent insuffisamment pris en compte : une réalité encore peu documentée dans le contexte belge.

La question de recherche est : quelle est l'expérience vécue du retour à domicile, durant les six mois postopératoires, par les patients opérés d'une prostatectomie radicale laparoscopique robot assistée au Centre Hospitalier Régional (CHR) de la Citadelle de Liège ?

L'objectif général est de dégager l'essence de cette expérience, déclinée en quatre objectifs spécifiques (Figure 1).

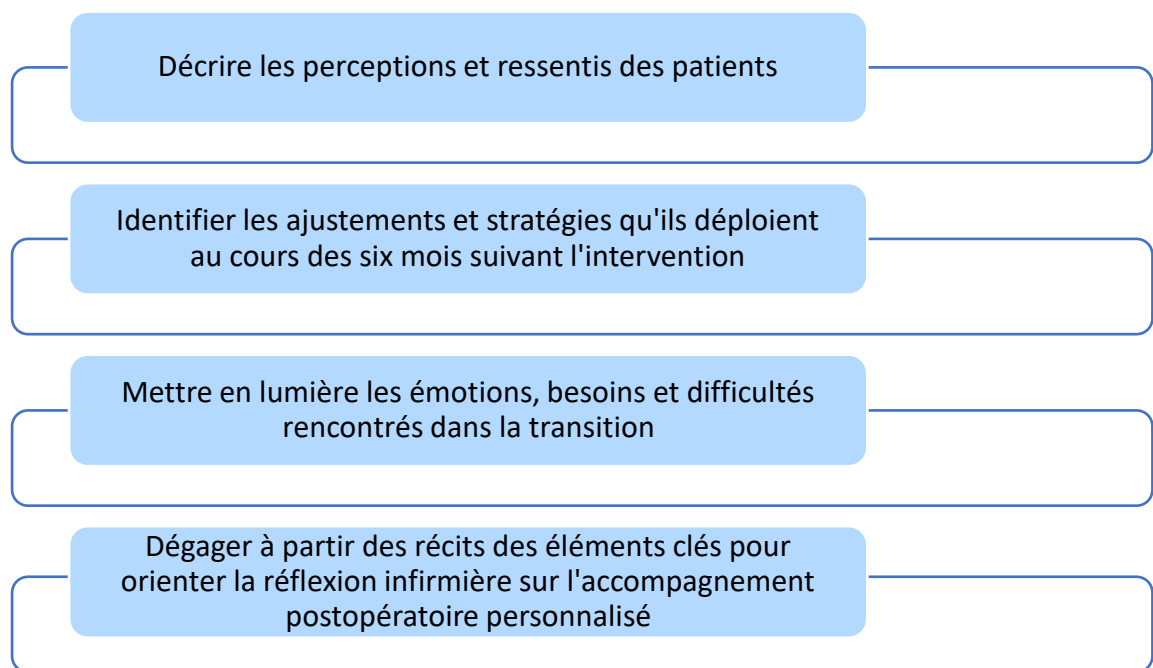


Figure 1 : objectifs spécifiques de l'étude

1.8. Cadre théorique

La théorie de la transition d'Afaf Meleis offre un cadre pertinent pour explorer cette phase charnière (28). Elle définit les transitions comme des processus de changement significatifs (santé, environnement, rôles sociaux), caractérisés par une vulnérabilité accrue et une reconstruction adaptative (29). Plutôt qu'un événement objectif, Meleis envisage la transition comme une expérience subjective façonnée par de multiples dimensions, illustrées à la Figure 2 (30).

À six mois postopératoires, où la détresse émotionnelle persiste fréquemment (31), cette théorie permettra d'explorer les besoins non exprimés et les vulnérabilités spécifiques, dégageant des leviers d'accompagnement susceptibles d'améliorer la transition vers le domicile.

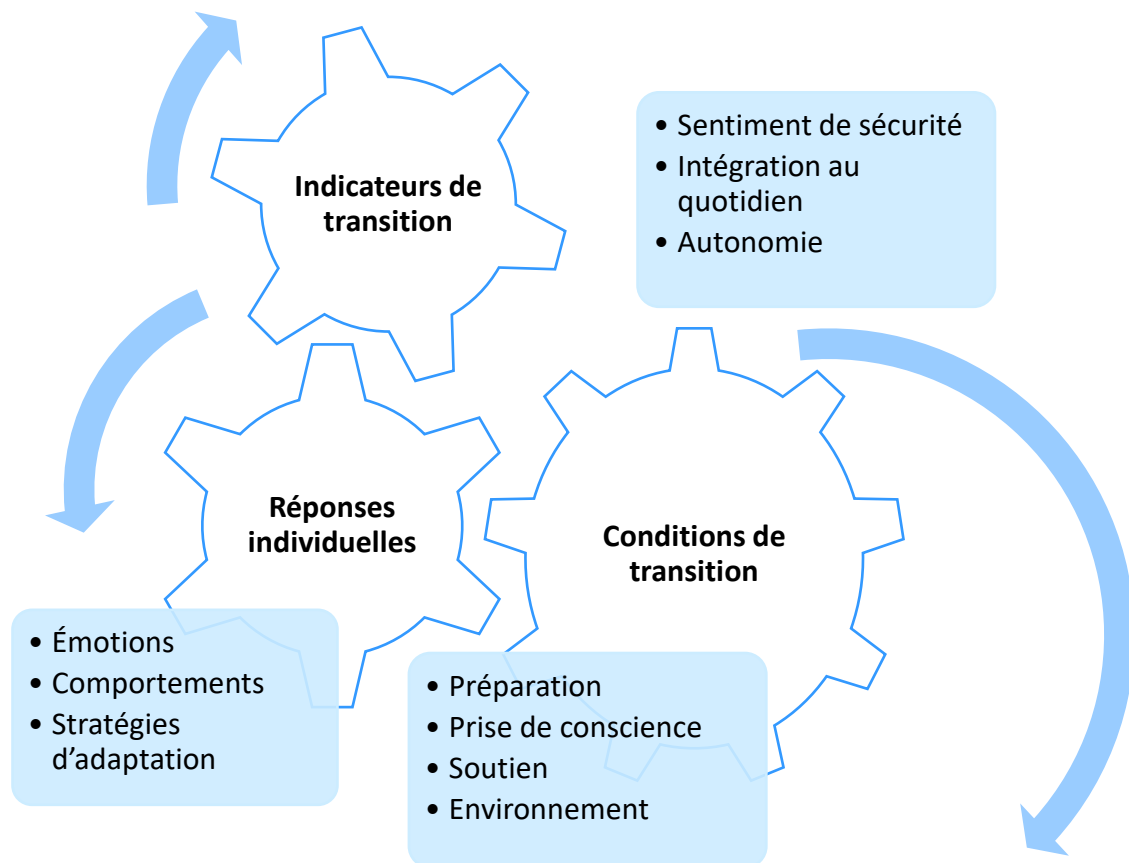


Figure 2. Schéma de la théorie de la transition de Meleis selon 3 dimensions : conditions de transitions, réponses individuelles et indicateurs de transition

1.9. Contexte institutionnel

Le CHR de la Citadelle, hôpital public de référence à Liège, a été l'un des pionniers belges à acquérir un robot chirurgical Da Vinci⁷ en 2009 (32). Le service d'urologie reste le principal utilisateur de cette technologie pour la PLRA (33), seul établissement de la province disposant d'une telle expertise. Le chemin clinique en vigueur lors de la collecte des données est présenté à la Figure 3.

Après l'intervention, les patients sont hospitalisés une à deux nuits, soit dans l'unité d'urologie, où les infirmières sont spécifiquement formées à cet accompagnement, soit dans une unité de chirurgie ne bénéficiant pas de cette formation. Une prise en charge psychologique peut également être proposée selon les besoins, sans être systématiquement organisée.

Malgré cette expertise reconnue, le parcours de sortie et l'accompagnement du retour à domicile restent insuffisamment formalisés et demeurent des domaines en évolution.

⁷ Marque du système de chirurgie robot assistée.

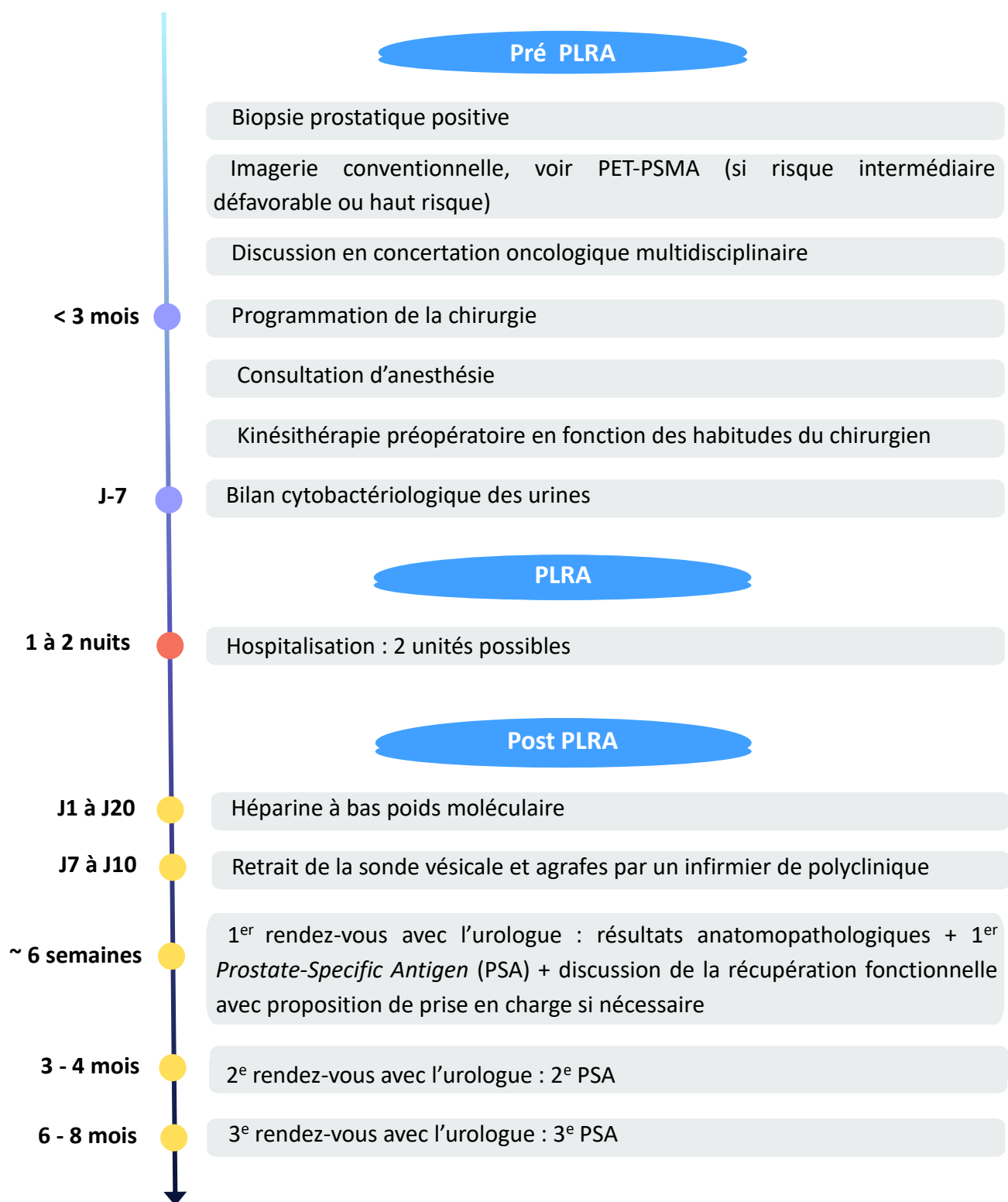


Figure 3. Chemin clinique du patient depuis le diagnostic jusqu'au suivi postopératoire de la prostatectomie radicale assistée par robot (PLRA)

PET-PSMA = examen d'imagerie nucléaire ciblant l'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA), afin de détecter d'éventuelles localisations du cancer de la prostate.

PSA = Antigène prostatique spécifique, protéine produite par les cellules de la prostate et utilisée comme marqueur biologique du suivi du cancer de la prostate.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude et de démarche de recherche

Cette étude repose sur une approche qualitative, afin d'explorer comment les patients perçoivent, interprètent et donnent sens à leur retour à domicile après une prostatectomie radicale (30). La phénoménologie valorise leur récit comme source de connaissance et permet d'appréhender cette transition dans un contexte d'attentes, d'incertitudes et de réorganisation du quotidien (34). Elle s'inscrit dans le courant descriptif fondé par Husserl, qui vise à décrire l'expérience telle qu'elle se manifeste à la conscience, en mobilisant la réduction phénoménologique pour suspendre les présupposés du chercheur (Annexe 1) (35). La théorie des transitions de Meleis guide les relances du guide d'entretien (Annexe 2) et la mise en perspective des résultats, sans imposer a priori de grilles d'analyse préconstruites (29,30).

2.2. Caractéristiques de l'équipe de recherche

L'investigatrice est infirmière responsable de soins généraux et étudiante en master II en sciences infirmières, sans lien antérieur avec les patients ni avec le CHR de la Citadelle. Les participants ont reçu une information préalable sur son statut d'étudiante-chercheuse, les objectifs de la recherche, la confidentialité et l'usage des données.

La réflexivité a été travaillée tout au long de la recherche par un journal de bord, permettant de suspendre ses présupposés (Annexe 2) et de rester attentive aux biais potentiels (36).

2.3. Caractéristiques de la population étudiée

La population cible est constituée d'hommes ayant bénéficié d'une PRLA dans les six mois précédant l'étude au CHR de la Citadelle de Liège, où cent onze hommes ont été opérés en 2025. Deux approches chirurgicales y coexistent : l'abord antérograde classique⁸ et la technique de *Retzius Sparing*⁹, sans que l'étude ne vise à les comparer.

Les critères d'inclusion sont : être majeur, francophone, en mesure d'exprimer un consentement libre et éclairé, ne pas avoir présenté de complications majeures postopératoires (complications

⁸ Technique classique de prostatectomie radicale débutant par une dissection antérieure de la prostate à travers l'espace de Retzius.

⁹ Technique de PLRA préservant l'espace de Retzius, espace anatomique situé entre la vessie et la paroi abdominale antérieure, afin de préserver les structures impliquées dans la continence urinaire. Elle est associée à une meilleure continence à court terme, sans différence à moyen ou long terme ni sur les résultats oncologiques des tumeurs localisées par rapport à l'abord antérograde classique.

de grade $\geq$ IV selon la classification de Clavien-Dindo (37)), et être revenu à domicile. Les critères d'exclusion sont l'absence de l'un de ces critères, ainsi que le refus de l'enregistrement audio. Les patients soumis à une hormonothérapie sont également exclus.

2.4. Méthode d'échantillonnage et échantillon

L'échantillonnage retenu est de type raisonné, afin de sélectionner des participants pertinents au regard du phénomène étudié et de favoriser une diversité des expériences vécues (38). Le recrutement cible des patients à 6 mois postopératoires.

La diversité de l'échantillon a été recherchée selon deux critères : la répartition par tranches d'âge inspirées de la classification de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (5) et la variation selon le chirurgien, en l'absence de protocole formalisé au CHR de la Citadelle. Cette démarche (38) vise la richesse des expériences recueillies plutôt qu'une représentativité statistique.

Les participants ont été identifiés à partir du registre opératoire, ciblant les patients opérés entre août 2025 à octobre 2025 (environ 34 patients potentiels), et contactés par téléphone via le secrétariat d'urologie. La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée a priori, mais guidée par le principe de saturation des données, correspondant au moment où les nouveaux entretiens n'apportent plus d'éléments significativement nouveaux (39). Les motifs de refus ont été notés informellement.

2.5. Paramètres étudiés

L'analyse porte sur : la manière dont les patients vivent le retour à domicile, les besoins perçus comme satisfaits ou non, les ressources et stratégies d'adaptation mobilisées, les obstacles rencontrés, les écarts entre le parcours prescrit et l'expérience réelle, et le sens attribué à cette transition.

2.6. Outils de collecte des données

Les données ont été collectées via des entretiens semi-structurés individuels, à partir d'un canevas souple fondé sur la théorie des transitions de Meleis (Annexe 2). Ce format laisse place à l'échange, permettant aux patients de raconter leur vécu librement (38).

2.7. Organisation et planification de la collecte des données

Un deuxième contact téléphonique, réalisé par l'investigatrice, a clarifié les objectifs de l'étude et a vérifié les critères d'inclusion. Les entretiens se sont déroulés dans un local calme de l'hôpital ou à distance via Teams.

La collecte s'est étendue sur quinze semaines, de fin janvier à avril 2026. Un entretien test, exclu de l'analyse finale, a validé le canevas. Chaque participant a été rencontré une fois. Les entretiens ont été enregistrés (avec accord préalable) puis retranscrits intégralement via ATLAS.ti, en tenant compte des éléments paraverbaux (silences, soupirs, rires, hésitations) (34).

Un *member checking* a par ailleurs été réalisé : retranscriptions, étapes analytiques, résumés et extraits pertinents ont été renvoyés aux participants pour commentaire, renforçant ainsi la crédibilité des résultats (34).

2.8. Traitement des données

Un journal de bord réflexif a été tenu par l'investigatrice principale pour consigner observations, impressions et ajustements méthodologiques, assurant traçabilité et réflexivité (40). Des notes de terrain ont été consignées, après chaque entretien, ainsi que les éléments contextuels et non verbaux pertinents.

Un second lecteur, infirmier et habitué aux méthodes de recherche, a pris connaissance de deux entretiens du corpus et formulé un retour indépendant, permettant une vérification partielle de la cohérence du codage.

L'analyse a été menée en parallèle de la collecte, permettant des ajustements progressifs et la saturation (41).

2.9. Méthodes d'analyse

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel ATLAS.ti. Celle-ci a suivi la méthode de Giorgi, telle que présentée par St-Germain et al. (42) (Figure 4).

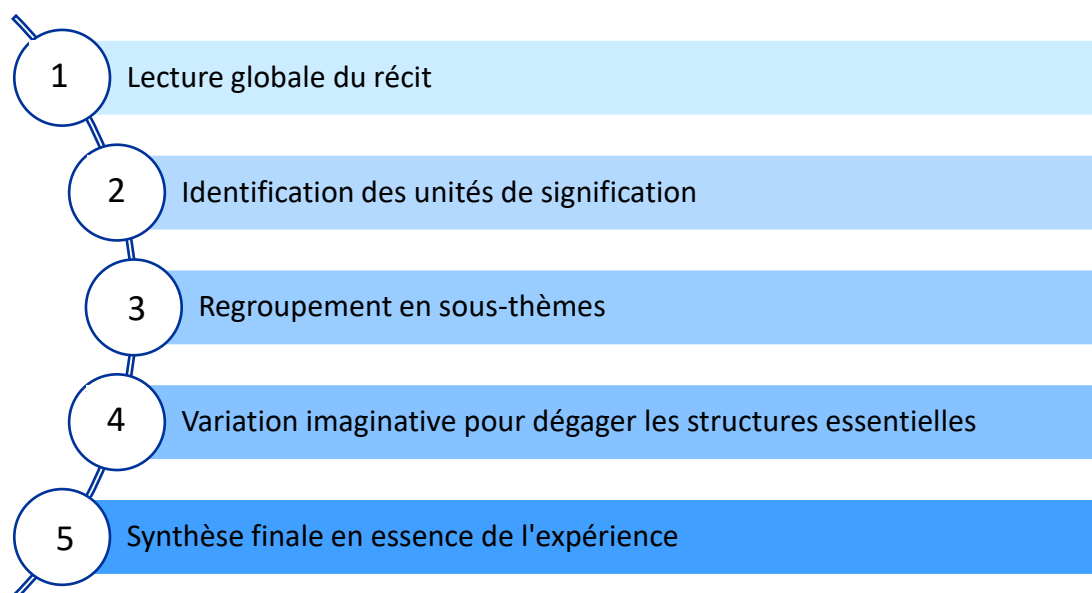


Figure 4 : Représentation des cinq étapes de l'analyse selon la méthode de Giorgi.

Un exemple d'arborescence analytique, illustrant l'application des quatre premières étapes à l'un des sous-thèmes du corpus, est présenté en Annexe 3. La cinquième étape, opérée au niveau de l'ensemble du corpus, est détaillée en section 3.3.

2.10. Contrôle qualité

La rigueur de l'étude repose sur la crédibilité (diversité des participants, reformulation), la fiabilité (journal de bord), la confirmabilité (ancrage dans les données) et la transférabilité (description du contexte). Le rapport suit la grille *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ) pour assurer la transparence méthodologique (43).

2.11. Aspects réglementaires et éthiques

Une demande d'approbation a été soumise au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège (n°2025-489), avec un avis sollicité auprès du CHR de la Citadelle (TFE2025-20). Les données sont anonymisées, stockées sur des supports sécurisés et traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Un consentement éclairé est recueilli avant chaque entretien. L'étude est couverte par une assurance. Le seul risque identifié est un éventuel inconfort émotionnel, auquel cas l'entretien pouvait être interrompu et une orientation vers une psychologue spécialisée proposée.

3. Résultats

3.1. Présentation de la population

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon

P	Âge (ans)	Urologue	Statut conjugal	Durée entretien (minutes)	Délai post opératoire (semaines)	Statut professionnel	Activité sexuelle pré opératoire
1	65	A	Marié	50	26	Retraité	Actif
2	66	C	Marié	55	28	Actif	Actif
3	62	B	Marié	30	24	Actif	Inactif
4	57	B	Marié	48	27	Actif	Actif
5	59	A	Marié	80	25	Actif	Actif
6	77	D	Marié	45	24	Retraité	Actif
7	52	D	Marié	54	25	Actif	Actif
8	54	E	Marié	56	25	Actif	Actif
9	61	F	Marié	35	25	Actif	Actif
10	71	A	Marié	46	28	Retraité	Actif
11	63	B	Célibataire	54	26	Retraité	Inactif
12	67	A	Veuf	21	28	Retraité	Inactif
13	71	A	Marié	38	26	Actif	Inactif
14	68	G	Marié	23	24	Actif	Actif
15	64	G	Marié	26	24	Retraité	Inactif
16	73	B	En couple	38	27	Retraité	Inactif
17	70	D	Marié	20	24	Retraité	Actif

Légende : P = Participant

Sur les vingt-neuf patients contactés, douze n'ont pas été inclus : onze ont refusé ou sont restés injoignables (cinq injoignables malgré plusieurs relances, trois invoquant un manque de temps, un la distance et le refus du distanciel, deux sans motif précisé), et un exclu pour hormonothérapie concomitante. Hormis une récurrence biologique¹⁰ postprostatectomie ayant justifié un traitement adjuvant chez un patient, la révision de ces dossiers n'a montré ni déroulement opératoire atypique ni complication majeure.

L'échantillon final (Tableau 1) comprend 17 participants suivis par sept urologues (Tableau 2) : âge moyen 64,7 ans ($\pm$ 6,8), majorité en couple (15/17) et actifs (9/17). Les dix-sept entretiens ont été menés entre le 7 février et le 16 avril 2026, en moyenne 25,7 semaines après la chirurgie : onze en présentiel, six en visioconférence, pour une durée moyenne de 42,3 minutes (min : 20, max : 80). Deux patients étaient accompagnés de leur compagne (P6 et P17). Les premiers signes

¹⁰ Remontée du PSA.

de saturation des données sont apparus dès le 14^e entretien. Bien que chaque participant ait relaté une expérience singulière, les thèmes et sous-thèmes se sont progressivement stabilisés, jusqu'à atteindre la saturation des données au 17^e entretien. Un *member checking* a par ailleurs validé la retranscription et l'analyse pour seize participants, un seul restant injoignable (P6).

Tableau 2. Répartition des participants par urologue et tranche d'âge, inspirées de la classification de l'INAMI

Urologue	<60 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	>=75 ans	TOTAL
A	1		2	2		5
B	1	2		1		4
C			1			1
D	1			1	1	3
E	1					1
F		1				1
G		1	1			2
	4	4	4	4	1	17 Patients

3.2. Présentation des résultats

L'analyse des dix-sept entretiens dégage six thèmes et neuf sous-thèmes, du contexte préopératoire au réinvestissement progressif du quotidien à six mois. La plupart des participants (14/17) abordent ce retour rassuré par la chirurgie robot assistée et la confiance accordée au chirurgien. À domicile, les récits portent d'abord sur le corps et ses conséquences.

Thème 1 : Le contexte du retour à domicile

La manière dont le retour est vécu s'inscrit d'emblée dans une histoire et une configuration de vie singulière. Pour plus de la moitié des participants (9/17), les antécédents de santé influencent ce vécu : ils contribuent soit à relativiser l'expérience, soit, au contraire, l'alourdissent ^{A11}.

Pour ceux qui n'ont aucun antécédent ^B (P4, P11), l'intervention constitue une première expérience chirurgicale, vécue avec appréhension.

Le retour se vit également au sein de la configuration familiale, qui en façonne le quotidien. La grande majorité vit en couple, l'épouse assurant une part importante du soutien ^C (Tableau 3¹²).

Tableau 3. Contexte du retour à domicile, illustré par des verbatims représentatifs

¹¹ Les lettres en indice renvoient aux verbatims correspondants, présentés dans le tableau à la fin de chaque sous-thème. La numérotation alphabétique redémarre à chaque nouveau thème.

¹² Les thèmes et sous-thèmes sont illustrés par des tableaux de verbatims représentatifs.

Référence	Verbatims
A	<i>“(rire) Je suis plus handicapé par ma leucémie que par ceci. ” (P13)</i>
B	<i>“C’était ma première opération. J’avais quand même une petite appréhension. ” (P4)</i>
C	<i>“Heureusement que j’avais Madame car je crois que ça n’est quand même pas facile à gérer seul. Il y a quand même un petit peu de travail. ” (P6)</i>

Thème 2 : L'expérience de la préparation au retour à domicile

Sous-thème 2.1 : Une préparation pratique inégale

Le seuil du retour est vécu comme plus ou moins préparé selon les informations reçues. Pour certains (P4, P5, P17), la sortie est une zone de fragilité où des informations logistiques sont découvertes tardivement **A**.

À l’inverse, près de la moitié des participants (8/17) décrit un retour parfaitement préparé, où l’angoisse matérielle est apaisée par les explications reçues en amont. Les participants associent souvent cette préparation à la présence infirmière, dont l’écoute et la disponibilité les aident à mieux comprendre les soins et leurs sensations **B** (P5, P7, P8, P16, P17). Pour d’autres (P1, P4, P6, P12), l’intervention infirmière est réduite à sa dimension technique **C** (Tableau 4).

Tableau 4. Préparation pratique inégale, illustrée par des verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
A	<i>“Au moment où je suis sorti, on m’a expliqué toute une série de choses que j’ai découvertes au moment de la sortie. [...] j’étais un petit peu déstabilisé. ” (P4)</i>
B	<i>“J’ai eu, par rapport au retour à la maison, plus d’informations par les infirmières que par le chirurgien [...]. Elles sont plus à l’écoute. ” (P8)</i>
C	<i>“Non, c’est une question pratico-pratique (rire) [...] je n’allais pas piquer moi-même. ” (P1)</i>

Sous-thème 2.2 : L’information et le silence autour des conséquences intimes

L’information préalable aux conséquences intimes est décrite de manière inégale. Une partie des participants (P3, P4, P5, P6, P7, P11, P14, P16) se dit clairement informée des suites de l’opération **D**. Une minorité (5/17) décrit au contraire une préparation lacunaire sur les dimensions émotionnelles et sexuelles, opposant la précision de l’acte technique à la faible place accordée à

ces séquelles **E**. Un participant (P2) reconnaît toutefois avoir lui-même écarté l'information transmise **F**.

Cette dimension occupe peu de place dans la suite des récits. Ce peu de place est vécu différemment selon l'importance qu'occupait la sexualité : un manque pour certains (P1, P2, P8, P9, P10, P11) **G**, un non-sujet pour un autre (P13) **H**.

Un participant a décliné le soutien psychologique qui lui a été proposé, qu'il rapporte à sa génération (P2). D'autres (P1, P5, P6, P15, P16) trouvent une réassurance hors du cadre médical, dans le partage avec des pairs traversant la même épreuve **I** (Tableau 5).

Tableau 5. Information et silence autour des conséquences intimes illustrées par des verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
D	<i>“Le docteur X a été clair depuis le début, il m'a tout dit [...]. Il m'a donné un papier que j'ai signé, que j'ai lu, et j'étais au courant de tout ça. ” (P16)</i>
E	<i>“Autant l'acte technique est énormément performant, où on frise les 100 %, autant là, [...]. La dimension émotionnelle, nada. ” (P1)</i>
F	<i>“En fait, on essaie de vous préparer. [...] Mais je pense qu'on fait aussi abstraction de ça. On se dit, moi, ça ne m'arrivera pas (intonation plus haute). ” (P2)</i>
G	<i>“L'érection fait quand même partie de l'homme (regarde en bas). ” (P11)</i>
H	<i>“Il n'a pas abordé la question, moi non plus. [...] Comme ça ne me trottait pas trop en tête (hésitation), je ne lui parlais pas trop de ça. ” (P13)</i>
I	<i>“[...] mes copains sont dans le même cas que moi (rire). Ça aide parce qu'on se rend compte qu'on n'est pas tout seul dans le bac. ” (P15)</i>

Thème 3 : Le corps devenu imprévisible

Sous-thème 3.1 : La sonde vésicale, entrave temporaire

Pour l'ensemble des participants (17/17), la sonde vésicale est l'entrave majeure des premiers jours : elle limite les mouvements. Une minorité (P1, P2, P4, P10, P14, P17) y associe une fatigue liée aux insomnies, entre inconfort et surveillance nocturne **A**.

Son retrait est unanimement (17/17) vécu comme une libération **B** (Tableau 6).

Tableau 6. Sonde vésicale, entrave temporaire, illustrée par des verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
A	<i>“[...] on n’est toujours pas sûr qu’elle (la poche d’urine) va se remplir. Donc on ne dort pas bien, on surveille. ” (P2)</i>
B	<i>“Grosse délivrance quand on a enlevé la sonde quand même (haussement du ton). ” (P11)</i>

Sous-thème 3.2 : L’incontinence et la récupération urinaires, un corps imprévisible dans la vie sociale

L’ensemble des participants (17/17) traverse une phase de récupération urinaire au vécu très contrasté. La grande majorité (12/17) retrouve rapidement une continence. À l’opposé, certains patients présentent de l’incontinence prolongée (P2, P6, P8, P15, P17) et les installe dans un corps devenu imprévisible, qu’il ne contrôle plus **c**. Cette imprévisibilité impose une restriction des activités sociales et s’accompagne d’une vigilance constante qui occupe l’esprit **d** (P2, P6, P8, P15 et P17) (Tableau 7).

Tableau 7. Incontinence et récupération urinaires, illustrées par verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
C	<i>“La sensation qu’on a, c’est vraiment qu’on a tracé une autoroute entre la vessie et mon sexe (montre son pubis) [...] et je ne m’attendais pas à ça. ” (P15)</i>
D	<i>“Pendant deux mois, je n’ai plus de vie [...]. J’avais calculé combien de temps il fallait pour aller à la toilette. Quand je partais, je ne buvais pas. Les contacts sociaux, c’était compliqué. ” (P2)</i>

Sous-thème 3.3 : Une fonction sexuelle qui ne répond plus

La perte de la fonction érectile touche l’ensemble des participants (17/17), mais se vit différemment selon l’activité sexuelle antérieure. Chez une minorité déjà inactive (6/17) avant la chirurgie, elle confirme plus qu’elle ne bouleverse **e**. Pour la majorité active (11/17) avant l’intervention, la perte est totale pour la plupart **f** (P1, P2, P4, P7, P8, P9, P14, P17), partielle pour d’autres **g** (P5, P6, P10), et s’étend à d’autres composantes comme l’éjaculation ou la libido **h** (P1, P2, P5, P8).

Le recours aux traitements érectiles, abordé spontanément par 10/17 participants, se solde souvent par un échec, une contrainte ou un refus. Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de

type 5 (IPDE5¹³) échouent pour certains (P1, P2, P4 et P10). Une minorité (P1 et P4) passe aux injections¹⁴ intracaverneuses, à l'efficacité mitigée, selon eux. D'autres (P3, P5, P6, P7, P13, P14) écartent d'emblée l'aide médicamenteuse : manque de besoin ou désintérêt lié à l'âge (P3, P5, P13, P14), crainte d'effets cardiaques (P6), ou envie de ne pas peser sur la partenaire **I** (P7) (Tableau 8).

Tableau 8. Fonction sexuelle qui ne répond plus, illustrée par verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
E	“[...] c'est comme ça, et puis c'est tout. Je vivrai heureux sans avoir, sans avoir un rapport. ” (P3)
F	“Je n'ai plus jamais eu d'érection suffisante, assez prolongée dans le temps, pour avoir un acte sexuel normal (hausse les épaules). ” (P1)
G	“J'en ai eu une, mais elle ne tient pas [...] ce n'est pas vraiment une érection comme avant. ” (P10)
H	“L'éjaculation, c'est quand même quelque chose d'important [...]. Il y a une jouissance, mais sans éjaculation. Il y a quand même un truc en moins. ” (P5)
I	“La boîte est toujours là, intacte. Parce que je ne souhaite pas mettre la pression sur ma compagne. ” (P7)

Thème 4 : Le retour de la sécurité et le réinvestissement du quotidien

Sous-thème 4.1 : La sécurité retrouvée au premier PSA

Pour près de la moitié des participants (P4, P7, P9, P10, P14, P15, P16), le soulagement ne survient pas à la sortie de l'hôpital, mais à la réception du premier PSA indétectable, qui autorise la projection vers l'avenir **A**.

Pour le seul participant confronté à une complication **B**, en revanche, le moral reste affecté et le protocole est jugé insuffisamment préparé aux imprévus (Tableau 9).

¹³ Classe médicamenteuse qui permet l'érection en présence d'une stimulation sexuelle, indiqué principalement dans la dysfonction érectile d'origine somatique.

¹⁴ Traitement vasodilatateur, administré directement dans les corps caverneux (structures érectiles de la verge) par le patient ; option proposée en cas de réponse insuffisante aux IPDE5.

Tableau 9. Sécurité retrouvée au 1^{er} PSA, illustrée par verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
A	<i>"Là, le taux de PSA était à zéro [...] et il est encore à zéro, donc c'est un bon signe." (P14)</i>
B	<i>"Le moral est un peu usé [...]. On se fait réopérer, oui, mais ce n'est toujours pas réglé (regarde en bas). " (P8)</i>

Sous-thème 4.2 : La reprise de contrôle et des activités

Une partie des participants (7/17) se décrit comme acteurs de leur trajectoire, recherchant activement des informations pour mieux comprendre leur situation **C**.

Pour certains (P4, P5, P9, P13, P14), la reprise du travail est rapide, sans rupture avec les habitudes antérieures **D**. Pour d'autres (P6, P10, P15), la reprise sportive confirme la guérison, parfois au-delà de ce qu'ils attendaient **E**.

Enfin, le retour aux loisirs ou aux activités domestiques **F** (Tableau 10) est décrit comme important par plusieurs participants (P7, P8, P11, P10, P12, P15).

Tableau 10. Reprise de contrôle et des activités, illustrée par verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
C	<i>"J'avais pris aussi un petit peu de renseignements sur internet du coup. " (P1)</i>
D	<i>"Je n'ai rien changé à mes habitudes. J'ai pratiquement repris des activités professionnelles presque du jour au lendemain. " (P14)</i>
E	<i>"On fait beaucoup de cyclo [...] j'ai pu reprendre la semaine passée, vraiment sans problème [...] je ne croyais jamais être comme maintenant. " (P6).</i>
F	<i>"Je reprends une activité assez normale à la maison, quelques travaux de force, je bricole, je jardine. " (P7)</i>

Thème 5 : Vivre avec la perte érectile, identité et intimité

Sous-thème 5.1 : Une perte aux résonances variables

La perte de la fonction érectile atteint l'image de soi à des degrés variables, selon la place qu'occupait la sexualité avant l'intervention. Certains (P1, P2, P8, P9, P10) expriment une souffrance marquée, rapportée comme une atteinte à la virilité **A**, et au statut d'homme **B**.

Plus de la moitié des participants (P3, P4, P5, P6, P12, P13, P14, P15, P16) décrit au contraire cette perte avec moins de retentissement. Pour certains, la libido était déjà en retrait **C**. L'âge est parfois avancé (P4, P5, P6, P14) comme explication de baisse d'activités **D**. Toutefois, l'âge ne

conduit pas toujours au renoncement. Pour un participant, le besoin d'intimité persiste. Pour le participant veuf, le veuvage en atténue l'enjeu **E** (Tableau 11).

Tableau 11. Perte aux résonances variables, illustrée par des verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
A	<i>"Ça, c'est la pire des choses, c'est d'avoir perdu sa (hésitation) virilité. C'est se représenter devant son partenaire en étant plus complet. "</i> (P2)
B	<i>"[...] on reste encore des hommes et quand on a un dysfonctionnement comme ça, on se sent un petit peu rabaissé (joue avec ses doigts). "</i> (P9)
C	<i>"Je n'y pense pas tellement. C'est bizarre. [...] Moi, je me dis, il n'y a pas que ça dans la vie. Donc, ce n'est pas que ça compte. "</i> (P6)
D	<i>"Comme on a quand même mon épouse et moi, 68 ans pour moi et 67 ans pour elle, on n'est plus demandeurs de sexe comme des jeunes de 35 ou 40 ans. "</i> (P14)
E	<i>"Je lui ai dit que ça fait 12 ans que je suis veuf, donc ça ne sera pas grand-chose. [...] Ça n'a pas changé. "</i> (P12)

Sous-thème 5.2 : La réorganisation de l'intimité conjugale

Au sein du couple, les ajustements varient selon la place accordée à la dimension physique de l'acte. Certains (P6, P10) décrivent un déplacement de l'intimité vers la sensualité et d'autres formes de proximité **F**. D'autres décrivent au contraire une sexualité indissociable de sa dimension physique **G** (P1, P2, P5, P9). Cette réorganisation s'appuie sur la présence du partenaire. Pour le participant sans conjoint, l'enjeu se reporte vers d'éventuelles rencontres futures, restées en suspens **H** (P11) (Tableau 12).

Tableau 12. Réorganisation de l'intimité conjugale, illustrée par des verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
F	<i>"Je n'ai plus d'érection complète. Il y a quand même moyen de compenser par des caresses. "</i> (P6)
G	<i>"Pour moi, une relation sexuelle, c'est une pénétration. Ce ne sont pas les préliminaires. "</i> (P2)
H	<i>"Ça freinerait, si je devais draguer quelqu'un dans la rue. Tu te dis, ouais, mais comment alors, tu ne sais plus rien faire (regarde en bas). "</i> (P11)

Thème 6 : La sexualité mise en balance avec la guérison

Quelle que soit la place de la sexualité, la quasi-totalité de l'échantillon (15/17) décrit cette perte comme un prix consenti en échange de la guérison oncologique **F**. Deux participants font exception à cette acceptation : pour l'un (P2), la guérison et la perte identitaire s'entremêlent sans que l'une efface l'autre **G** ; pour l'autre, les difficultés postopératoires persistantes rendent le compromis difficile à tenir (P8) (Tableau 13).

Tableau 13. Sexualité mise en balance avec la guérison, illustrée par verbatims représentatifs

Référence	Verbatims
F	<i>"Je préfère vivre qu'avoir une vie sexuelle. " (P5)</i>
G	<i>"Je veux dire, c'est bien et mal. Bien, parce que j'ai plus le cancer. Mal, parce qu'il y a tous les à-côtés (érections) qui ne sont pas encore réglés. "(P2)</i>

3.3. Essence de l'expérience

Le passage des constituants à l'essence, opéré par la variation libre et imaginative, est synthétisé à la Figure 5. Les thèmes 1 et 2 y sont décrits au titre du contexte.

L'essence peut alors s'énoncer ainsi : le retrait de la sonde vésicale est vécu comme une libération, aussitôt reprise par l'imprévisibilité du corps. Le contrôle revient vite pour certains, tandis que pour d'autres, une incontinence persiste. Le quotidien se réinvestit au même rythme que ce corps. Puis vient un tournant : le premier PSA indétectable ouvre une sécurité que la sortie de l'hôpital n'avait pas apportée, sécurité qui échappe à celui dont une complication vient rouvrir le parcours. La perte sexuelle, présente dès le départ, ne suit pas ce tournant : elle poursuit sa propre trajectoire, touchant l'identité masculine et l'intimité conjugale. Sécurité et perte sexuelle suivent ainsi des cours séparés, qui se rejoignent pourtant vers une acceptation de la perte comme prix de la survie, sans y parvenir pour tous.

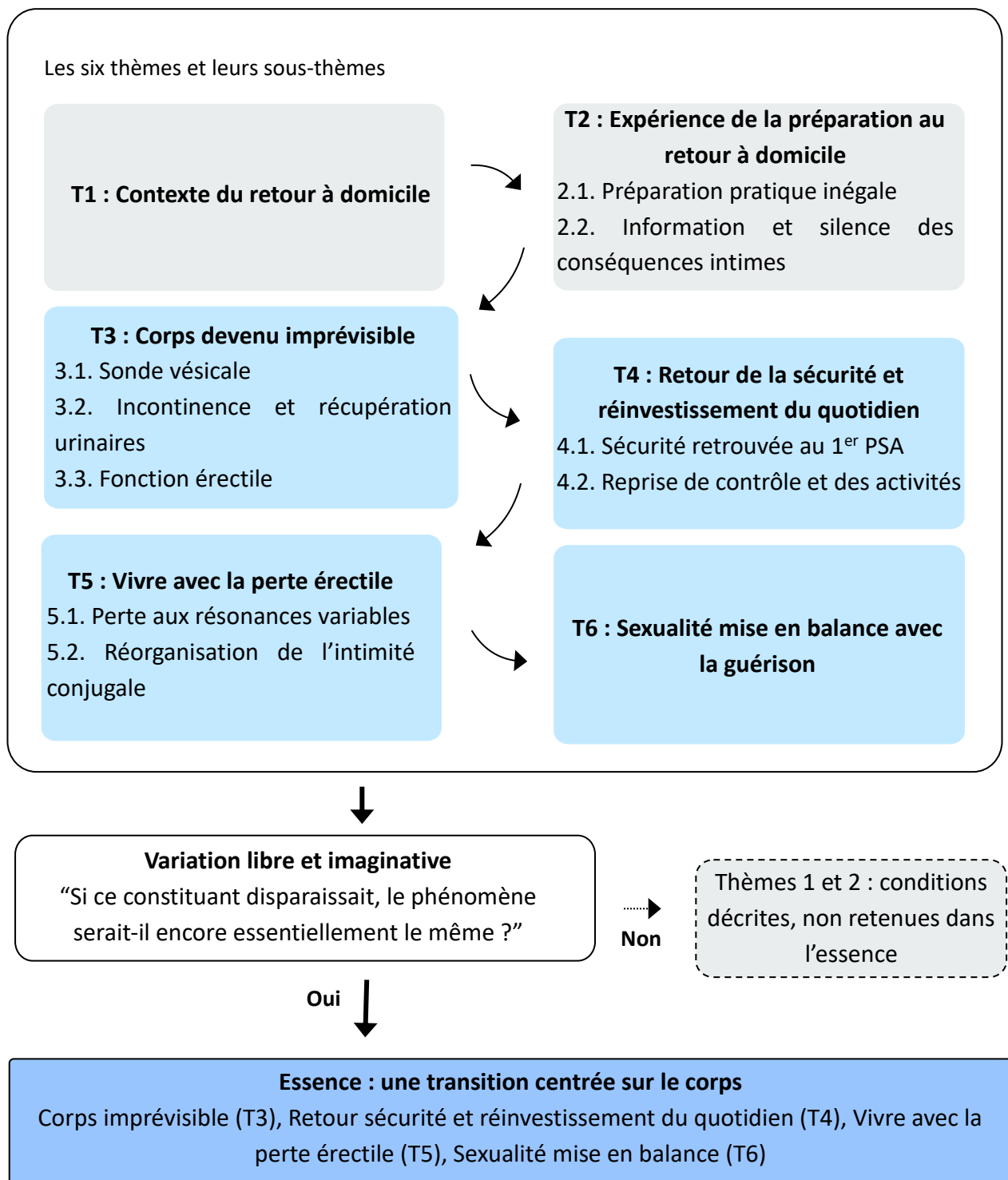


Figure 5 : De la description à l'essence : réduction des constituants par la variation libre et imaginative.

Légende : T = Thème

4. Discussion et perspectives

4.1. Discussion des thèmes

4.1.1. Le corps au centre de la transition

Contrairement à l'hôpital, où les soignants entourent cette confrontation, le retour à domicile expose le patient seul à son autonomie, à son image corporelle et à la vulnérabilité de son corps, que les dispositifs médicaux rappellent. La sonde vésicale ouvre cette période. Elle suspend une fonction intime et impose une vigilance nocturne constante. Une étude qualitative menée auprès de quinze patients chinois rapporte des perturbations comparables du sommeil et des mouvements (44), retrouvant ainsi des dimensions également présentes dans les récits de cette étude.

Le retrait de la sonde, unanimement vécu comme une libération, apparaît comme un premier seuil de réappropriation corporelle. Alors que sa présence matérialise encore la contrainte, la surveillance et la dépendance, son retrait ouvre, dans les récits, la possibilité d'un retour plus autonome au quotidien. Ce constat plaide pour une préparation préopératoire qui décrit concrètement les sensations à attendre, et non ses seuls aspects techniques.

Pour la minorité présentant une incontinence prolongée, le corps reste imprévisible bien après ce premier seuil. Ce délai ne préjuge pas d'une récupération définitive. Lorsque ce délai s'allonge au-delà de ce qui était anticipé par le patient, l'épreuve change alors de nature : elle n'est plus une contrainte passagère à traverser, mais une prise de conscience durable de la vulnérabilité du corps, à intégrer dans le rapport à soi et aux autres. Le port d'une protection est vécu comme une régression infantilissante, et la honte anticipée conduit certains patients à une désocialisation volontaire, un retrait déjà documenté (14). Les données recueillies nuancent ce constat : ce retrait, loin d'être une simple conséquence subie, peut se lire comme une façon de préserver sa dignité, par anticipation ou après un incident public. L'évitement social prend ainsi, chez certains participants, une signification protectrice : il permet de limiter les situations dans lesquelles l'imprévisibilité du corps risquerait d'être exposée au regard d'autrui.

Une tension proche apparaît autour des traitements érectiles. Leur refus ou leur abandon ne tient pas qu'à leur inefficacité, et les raisons données restent hétérogènes. La littérature relève déjà ces freins : perte de spontanéité, gêne relationnelle, difficultés d'accès (45), et les croyances négatives en constituent un déterminant majeur (46), mais ils n'éclairent qu'une partie de ces

refus. Les récits recueillis apportent une nuance que la littérature ne formalise pas ainsi : au sein même du refus, celui-ci est parfois formulé comme un choix assumé, parfois comme un constat plus résigné. L'absence de recours au traitement ne porte donc pas une signification unique. Chez certains participants, elle s'inscrit dans un désintérêt sexuel déjà présent ou dans une décision cohérente avec leurs priorités actuelles. Chez d'autres, elle prend davantage la forme d'un renoncement. Un comportement apparemment identique recouvre ainsi des expériences vécues différentes.

Ces difficultés physiques posées, reste à voir comment cette sécurité entrevue dès le retrait de la sonde se construit réellement, au fil du retour à domicile.

4.1.2. La sécurité retrouvée et le retour au quotidien

Cette sécurité ne se construit pas à la sortie de l'hôpital. Elle se joue ailleurs, lors de la réception du premier PSA indétectable. L'anxiété liée au PSA est un phénomène fréquent, largement décrit dans la littérature (47). Le basculement vers un sentiment de sécurité, une fois le résultat rassurant obtenu, y est en revanche peu abordé. Les récits permettent de préciser cette expérience : au-delà de sa valeur biologique, le premier PSA indétectable constitue, pour certains participants, un seuil à partir duquel ils se sentent suffisamment rassurés pour se projeter à nouveau. La sortie de l'hôpital et le sentiment d'être en sécurité ne coïncident donc pas nécessairement.

Cette sécurité biologique ne suffit cependant pas à elle seule. Elle doit **être éprouvée dans le corps** pour devenir tangible. Pour certains participants, la reprise du travail est vécue comme une sortie du statut de malade, celle du sport comme une manière d'éprouver les capacités de leur corps. Ce résultat éclaire un point que la littérature quantitative laisse en suspens : la reprise d'activité peut être vécue comme un signe de guérison, alors même que d'autres dimensions du vécu restent affectées (12). Dans les récits recueillis, reprendre le travail, le sport ou les activités habituelles prend surtout valeur de confirmation : le quotidien redevient possible et le corps peut à nouveau **être éprouvé autrement qu'à travers ses séquelles**.

En parallèle, plusieurs participants rapportent rechercher des informations face aux incertitudes persistantes à domicile. Cette recherche, également décrite dans la littérature (48), semble participer chez certains à une forme de maîtrise de leur situation et interroge la place laissée à ce besoin dans le suivi, une lacune déjà relevée pour l'information sexuelle (49).

Cette sécurité n'enlève rien à un constat plus immédiat pour la pratique : au-delà de la surveillance du PSA et des bilans cliniques, le suivi occulte **le travail invisible des patients pour se réapproprier leur quotidien.**

4.1.3. Identité masculine et réorganisation de l'intimité

Dans les récits recueillis, le retentissement de la perte érectile apparaît étroitement lié à la place qu'occupait la sexualité avant l'intervention. Ce constat peut être rapproché des travaux montrant une association entre l'activité sexuelle préopératoire et le retentissement postopératoire (50). Pour les participants dont la sexualité était centrale, la perte touche le sentiment d'être un homme, ce qui rejoint les notions d'émascation décrites dans la littérature (51). Elle éclaire, en amont, la façon dont ces mêmes participants vivaient le refus des traitements érectiles comme un renoncement plutôt qu'un choix. Pour les autres, le retentissement est moindre, la sexualité étant déjà moins investie avant la chirurgie.

Les récits rejoignent la littérature sur la normalisation liée à l'âge, déjà bien documentée (51). Un seul participant, veuf, s'en écarte. Le veuvage semble y renforcer la rationalisation plutôt que raviver le besoin sexuel, une piste isolée, à ne pas généraliser. L'histoire sexuelle préopératoire apparaît ainsi comme une clé de lecture du sens donné à la perte : une même dysfonction **ne représente pas la même rupture** selon la place que la sexualité occupait auparavant dans la vie du participant. La reconnaître permettrait d'individualiser l'accompagnement plutôt que de proposer une réponse uniforme à une expérience hétérogène.

La configuration relationnelle apparaît également importante dans les récits. Le rôle central du partenaire dans le vécu postopératoire a déjà été relevé (52), mais les données recueillies en affinent la portée : **ce rôle n'est pas univoque**. Lorsque l'intimité peut être redéfinie au-delà de la pénétration, la relation conjugale est décrite comme un espace dans lequel les changements corporels peuvent progressivement être apprivoisés. À l'inverse, chez les participants pour lesquels la sexualité reste indissociable de sa dimension pénétrative, cette réorganisation apparaît plus difficile.

Cette configuration fait écho à une observation déjà faite chez les hommes sans partenaire, la crainte que les troubles sexuels ferment toute relation future (53). Les participants décrivent une nuance à ce constat : ce n'est pas seulement l'absence de soutien qui pèse, mais **l'absence d'un partenaire intime avec qui la nouvelle identité pourrait s'apprivoiser**. Cette observation repose

toutefois sur une expérience singulière dans cet échantillon et doit être comprise comme une piste à explorer plutôt que comme une structure propre aux hommes sans partenaire.

Cette identité, une fois reconfigurée, ne tient cependant pas à elle seule, elle s'articule à un calcul plus large, celui du prix que chaque patient accepte de payer pour sa survie.

4.1.4. La perte sexuelle mise en balance avec la survie

Ce prix, la grande majorité des participants l'acceptent en faveur de la survie : la perte sexuelle devient le coût de la guérison oncologique. Cette manière de hiérarchiser leurs priorités face à la menace oncologique rejoint les conclusions d'une revue systématique portant sur cinquante-deux études (54). Toutefois, chez certains, ce recadrage ne va pas sans une forme de tristesse retenue. Accepter de vivre sans sexualité reste alors un compromis. La priorité accordée à la survie ne signifie donc pas nécessairement disparition de la souffrance liée aux séquelles. Soulagement oncologique et sentiment de perte peuvent ainsi coexister.

Les récits précisent cette mise en balance. Avant l'intervention, connaître le risque d'une séquelle ne signifie pas nécessairement pouvoir se représenter ce qu'elle prendra comme sens dans sa propre existence. Les récits distinguent ainsi trois temps : être informé d'une perte possible, se la représenter, puis l'éprouver réellement. Ce n'est qu'au contact du corps postopératoire que certains participants mesurent pleinement ses conséquences sexuelles, identitaires ou conjugales. Une revue de vingt-deux études menées dans douze pays confirme cette difficulté à anticiper la perte, et l'attribue plus à la difficulté du parcours de soins à préparer le patient sur le plan émotionnel (55) qu'à un manque d'information. Chez un participant, le poids des séquelles fait écho à une distinction décrite dans la littérature entre survie biologique et sentiment de guérison (56).

Ces éléments suggèrent l'intérêt de pouvoir reprendre ces dimensions après la sortie, au moment où les conséquences deviennent concrètement vécues. Un soutien psychologique ou psychosexuel pourrait alors constituer l'une des réponses possibles **selon les besoins exprimés par le patient.**

4.1.5. Antécédents, préparation et accompagnement perçus

Les récits suggèrent que la trajectoire s'inscrit dans une histoire de santé antérieure, dont l'influence semble surtout apparaître rétrospectivement. Sans remettre en cause le caractère postopératoire de la prise de conscience, les antécédents prennent une place variable dans

l'expérience : pour certains, ils relativisent l'épreuve. Pour d'autres, ils renforcent un sentiment de vulnérabilité. Cette expérience rejoint l'influence des comorbidités sur la qualité de vie post-traitement rapportée auprès de mille deux cent un patients (57), tout en la nuancant. La place de l'antécédent semble **tenir plus au sens** qu'il prend dans l'histoire de santé du participant qu'à sa gravité clinique.

La préparation pratique au retour à domicile suit une logique comparable. Une partie des patients se sentent sous-préparés à la sortie, ce qui a déjà été relevé ailleurs (13). Comme pour l'information sur les conséquences intimes, le problème ne vient pas tant de la quantité d'informations transmise que de la manière dont elle est donnée : son moment, sa clarté, l'attention portée à ce que le patient peut réellement entendre à ce stade. Les récits suggèrent plus la possibilité de reprendre les informations à différents moments qu'à un besoin d'informations supplémentaires, lorsque leur signification devient concrète pour le patient.

Un contraste plus net apparaît dans le vécu du rôle infirmier. Certains participants décrivent un accompagnement réduit à sa dimension technique. D'autres rapportent avoir reçu, de la part des infirmiers, une écoute et des informations plus utiles que celles du chirurgien. Ce contraste pourrait tenir à une variabilité individuelle liée à l'expérience de chaque infirmier en urologie, ce qui invite à la prudence avant d'en tirer une conclusion générale. Ce constat interroge la visibilité et la structuration de cette fonction relationnelle dans le parcours.

Enfin, plusieurs participants évoquent un soutien trouvé spontanément auprès de pairs traversant la même épreuve, ce qui confirme le rôle central attribué au soutien entre patients dans une revue systématique de vingt études sur le cancer de la prostate (52). Les données recueillies précisent la forme prise par ce soutien : il se construit ici de manière informelle, à partir de proches ou de connaissances ayant traversé une expérience comparable, sans dispositif institutionnel identifié par les participants.

D'un sous-thème à l'autre, les résultats rejoignent ainsi des travaux menés dans des contextes culturels pourtant très différents. Ces convergences invitent à nuancer la réserve posée en introduction quant à la transférabilité de ces données au contexte belge, sans pour autant la lever.

4.2. Modélisation et intégration théorique

Les résultats complètent le modèle conceptuel du cadre théorique en y intégrant le vécu des dix-sept participants (Figure 6). Les trois dimensions de la théorie de Meleis y sont mises en regard de l'enchaînement qui se dégage des récits : le corps, la sécurité, l'identité, puis l'acceptation. Les conditions antérieures prennent une place variable dans cette trajectoire, tandis que les ajustements quotidiens témoignent d'une transition encore en cours pour certains participants. La figure propose ainsi une représentation de la trajectoire telle qu'elle apparaît durant les six mois postopératoires.

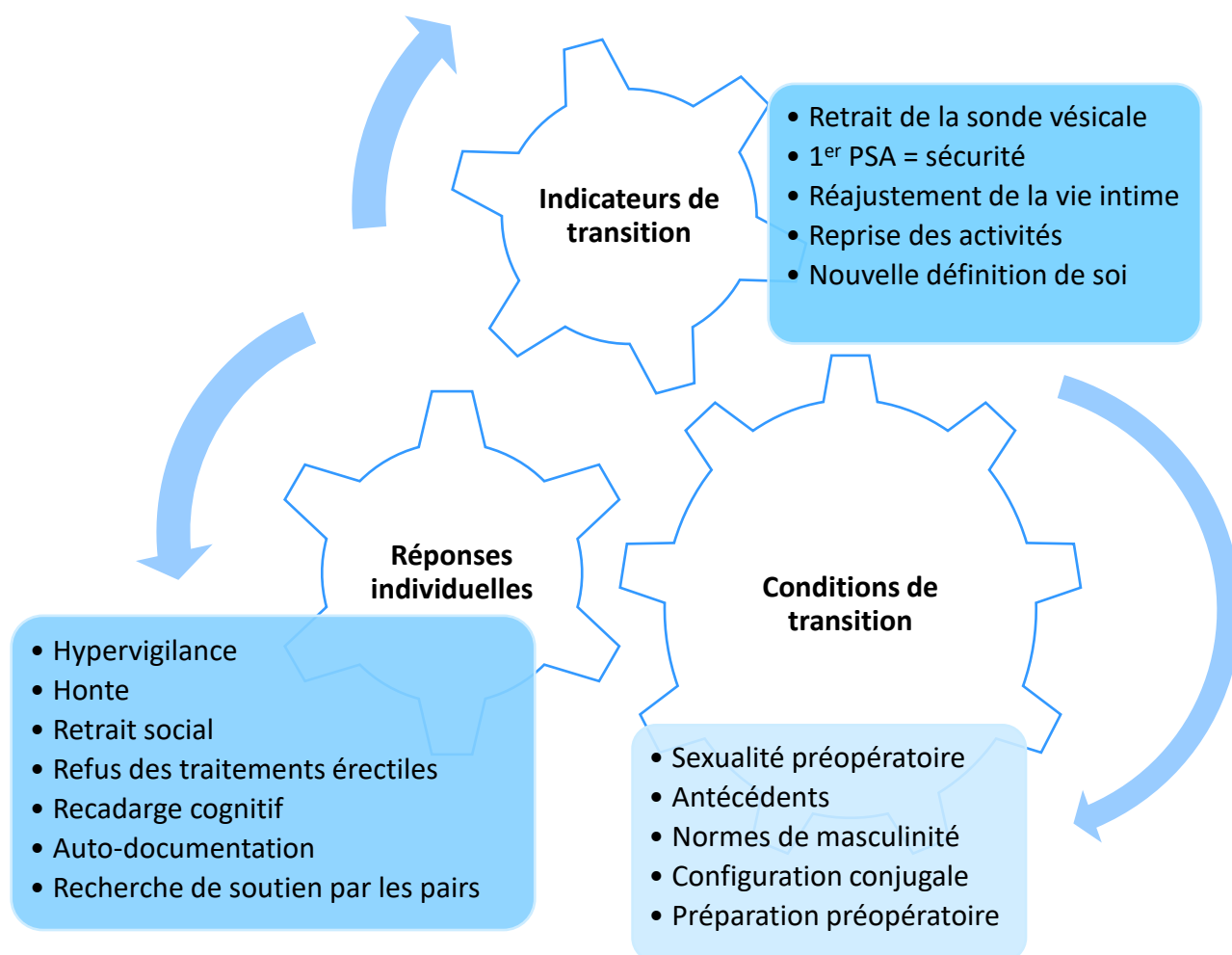


Figure 6. Théorie de Meleis adaptée au vécu des 17 patients de l'étude.

4.3. Perspectives pour la pratique

Ces résultats dessinent des leviers d'action à trois moments du parcours, sans dépasser ce que les données permettent d'affirmer.

Avant la chirurgie, ces résultats invitent à élargir l'information préopératoire aux sensations attendues (sonde, incontinence), aux conséquences intimes, et s'inscrire dans une démarche d'éducation thérapeutique structurée plutôt que dans une transmission ponctuelle et standardisée. Un support écrit, remis en amont de l'intervention et construit à partir de la situation du patient, pourrait ancrer cette démarche et rester une référence mobilisable après la sortie.

Au retour à domicile, les participants n'ont identifié aucun référent unique tout au long de leur parcours, alors que des dispositifs comme les infirmiers de liaison oncologique pourraient remplir cette fonction. Le manque tient plus à leur visibilité pour cette population qu'à l'absence de ressources. Les identifier clairement et les systématiser dans le parcours de la PLRA renforcerait la continuité perçue par les patients.

À moyen terme, un suivi structuré au-delà du seul PSA, incluant un relais vers des patients-experts, répondrait au besoin observé chez les patients dont l'acceptation reste fragile. L'absence de dispositif institutionnel de soutien par les pairs conduit aujourd'hui les patients à le construire eux-mêmes. Une formalisation, même légère, en élargirait l'accès. Le silence persistant autour des conséquences intimes plaide aussi pour une collaboration plus systématique avec un psychologue ou un psychosexothérapeute, si le patient en a le besoin, dont le regard croisé avec celui de l'infirmier et de l'urologue permettrait d'aborder ce qui reste aujourd'hui difficile à formuler dans le seul cadre du suivi urologique. Dans cette perspective, un infirmier en pratique avancée (IPA) pourrait constituer une modalité possible de continuité de l'accompagnement sur l'ensemble du parcours, dès la phase préopératoire : son autonomie clinique lui permettrait d'ajuster le suivi selon l'évolution du patient, de rester joignable à distance, et de dépasser le cadre des consultations ponctuelles avec l'urologue.

4.4. Points forts et limites de l'étude

Plusieurs éléments renforcent la rigueur de cette étude. Sur le plan méthodologique : conformité COREQ complète, suivi rigoureux des étapes de Giorgi, saturation atteinte sur dix-sept participants diversifiés en âge et en chirurgien, *member checking* auprès de seize d'entre eux sur les transcriptions puis sur l'analyse, et un journal de bord et des notes de terrain tenus durant toute la collecte soutenant une démarche réflexive sur les biais d'interprétation. Sur le plan disciplinaire, l'étude comble un vide documenté sur le contexte belge, et ouvre une piste sur le vécu des hommes sans partenaire, peu exploré ailleurs. Sur le plan clinique, ses implications, concrètes et hiérarchisées (avant la chirurgie, au retour à domicile, à moyen terme), s'articulent autour d'un rôle de référent infirmier, tel qu'un IPA.

Plusieurs limites ont aussi été objectivées via ce journal :

- L'échantillon, d'un centre unique et surreprésentant les hommes en couple (15/17), restreint la transférabilité, en particulier pour le vécu des hommes sans partenaire. Pour deux participants, la présence du conjoint a pu coconstruire (soutien mnésique, traduction ponctuelle) ou filtrer une partie du récit, sans qu'aucun récit direct des partenaires n'ait été recueilli ;
- Un biais de volontariat est possible, les participants ayant peut-être déjà du recul sur leur vécu ;
- Un biais de rappel est probable à six mois, pouvant atténuer la mémoire des difficultés aiguës initiales ;
- Un biais d'interviewer est possible, la dynamique jeune chercheuse / hommes d'âge mûr ayant pu majorer la pudeur sur les séquelles intimes ;
- La triangulation analytique reste partielle, le second lecteur n'ayant pris connaissance que de deux entretiens sur dix-sept ;
- La saturation et la subjectivité restent inhérentes à la méthode.

5. Conclusion

Le retour à domicile après une PLRA dépasse la simple convalescence chirurgicale. Il engage une transition corporelle, identitaire et relationnelle dont les enjeux se révèlent hors de l'hôpital. C'est dans le quotidien que la perte sexuelle se concrétise, et que la rémission oncologique doit coexister avec un deuil intime.

Le lien conjugal occupe une place importante dans cette traversée, pouvant l'apaiser ou en accentuer certaines difficultés. Le vécu du participant sans partenaire, resté sans espace pour discuter de sa perte, laisse entrevoir un isolement encore peu ciblé par les suivis actuels. Au milieu de ces bouleversements, le premier PSA indétectable apporte la sécurité biologique indispensable pour réinvestir l'avenir.

Les patients construisent progressivement un savoir expérientiel, fait d'ajustements corporels, relationnels et de sens. Les récits font apparaître, au-delà de l'accompagnement technique, des besoins émotionnels et relationnels encore inégalement couverts. C'est précisément dans cet accompagnement global, attentif à ce savoir expérientiel, que l'infirmier spécialisé trouve sa juste place.

La transition ne s'achève pas à la sortie de l'hôpital. C'est au contraire dans le retour à la vie quotidienne qu'elle prend toute sa mesure.

Bibliographie

1. Anthropic. Claude [Internet]. [cité 14 mai 2026]. Disponible sur: <https://claude.ai/>
2. Ferlay J EMLFLMCMMLPMZASIBF. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Monde. [Internet]. Lyon, France; 2024 [cité 20 juin 2026]. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
3. Ferlay J EMLFLMCMMLPMZASIBF. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Belgique. [Internet]. Lyon, France; 2024 [cité 20 juin 2026]. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/56-belgium-fact-sheet.pdf>
4. Sciensano. Health Status Report. 2025. Maladies Non Transmissibles : Cancer.
5. INAMI. Prostatectomie radicale (Hommes) [Internet]. sept 2025 [cité 15 mai 2026]. Disponible sur: https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-prostatectomie_radicale_hommes_2024.pdf
6. Cornford P TD van den BR et al. EAU - EANM - ESTRO ESUR - ISUP - SIOG Guidelines on Prostate Cancer. European Association of Urology [Internet]. [cité 20 juin 2026]. Disponible sur: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2026_2026-03-14-104356_ixav.pdf
7. Wang J, Hu K, Wang Y, Wu Y, Bao E, Wang J, et al. Robot-assisted versus open radical prostatectomy: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. J Robot Surg. 2023;17(6):2617-31. <https://doi.org/10.1007/s11701-023-01714-8>
8. Lemoine A, Witdouck A, Beloeil H, Bonnet F, Albrecht E, Beloeil H, et al. PROSPECT guidelines update for evidence-based pain management after prostatectomy for cancer. Anaesth Crit Care Pain Med. 2021;40(4):100922. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100922>
9. Wennerberg C, Schildmeijer K, Hellström A, Ekstedt M. Patient experiences of self-care management after radical prostatectomy. European Journal of Oncology Nursing. 1 févr 2021;50. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101894>

10. Wennick A, Jönsson AK, Bratt O, Stenzelius K. Everyday life after a radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age. *European Journal of Oncology Nursing*. 1 oct 2017;30:107-12. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.008>
11. Farraj H, Alriyalat S. Urinary Incontinence Following Robotic-Assisted Radical Prostatectomy: A Literature Review. *Cureus*. 2024;16(1):e53058. <https://doi.org/10.7759/cureus.53058>
12. Kawaguchi K, Sato W. Life experience after robot-assisted radical prostatectomy: A 1-year prospective study. *Journal of International Nursing Research*. 2025;4(1):e2021-0021-e2021-0021. <https://doi.org/10.53044/jinr.2021-0021>
13. Wang D, Hu Y, Liu K, Liu Z, Chen X, Cao L, et al. Issues in patients' experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS) : a systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open* [Internet]. 1 févr 2023;13(2):e068910. Disponible sur: <http://bmjopen.bmj.com/content/13/2/e068910.abstract>
14. Sun N, Gu Y. Exploring the Hidden Struggles: A Qualitative Insight into Urinary Incontinence Among Prostate Cancer Survivors Post-Surgery. *Patient Preference and Adherence* . 2024;18:1047-58. <https://doi.org/10.2147/PPA.S461027>
15. Kerr PS, Williams SB. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in Urology: Where Do We Go From Here? In: Gharagozloo F, Patel VR, Giulianotti PC, Poston R, Gruessner R, Meyer M, éditeurs. *Robotic Surgery* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 1189-200. https://doi.org/10.1007/978-3-030-53594-0_109
16. Moloney R, O'Brien B, Coffey JC, Coffey A, Murphy F. Patients' Perceptions After Robot-Assisted Surgery: An Integrative Review. *AORN J*. 1 août 2020;112(2):133-41. <https://doi.org/10.1002/aorn.13104>
17. Bleich SN, Özaltın E, Murray CJL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 87(4):271-8. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401>
18. Graham B. Defining and Measuring Patient Satisfaction. *J Hand Surg Am*. 2016;41(9):929-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2016.07.109> PubMed PMID: 10297474.
19. Hagens MJ, Veerman H, de Ligt KM, Tillier CN, van Leeuwen PJ, van Moorselaar RJA, et al. Functional outcomes rather than complications predict poor health-related quality of life at 6 months after robot-assisted radical prostatectomy. *J Robot Surg*. 2022;16(2):453-62. <https://doi.org/10.1007/s11701-021-01266-9>

20. Reynolds BR, Bulsara C, Zeps N, Codde J, Lawrentschuk N, Bolton D, et al. Exploring pathways towards improving patient experience of robot-assisted radical prostatectomy (RARP): assessing patient satisfaction and attitudes. *BJU Int.* 1 mai 2018;121(S3):33-9. <https://doi.org/10.1111/bju.14226>
21. Cargnello-Charles E, Franchistéguy-Couloume I. Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? *Management & Prospective.* 2019;Volume 36(3):69-89. <https://doi.org/10.3917/g2000.363.0069>
22. Le Chaffotec A. Trajectoires de soins et facteurs sociodémographiques : l'exemple des maladies rares en France. *Journal de gestion et d'économie médicales.* 2014;Vol. 32(5):389-409. <https://doi.org/10.3917/jgem.145.0389>
23. Maertens de Noordhout C, Levy M, Claerman R, De Jaeger M, De Pauw R, Kohn L, et al. NEED : évaluer les besoins non rencontrés liés à la santé des patients et de la société. <https://doi.org/10.57598/R377BS>
24. Dubois Fresney C, Perrin G. Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers. Que sais-je ? Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017. 128 p. <https://doi.org/10.3917/puf.duboy.2009.01>
25. Halloy A, Simon E, Hejoaka F. Defining patient's experiential knowledge: Who, what and how patients know. A narrative critical review. *Sociol Health Illn.* 1 févr 2023;45(2):405-22. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13588>
26. Organisation mondiale de la Santé. Constitution [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
27. Byrne AL. Two sides of the same coin: person-centred systems versus person-centred nursing practice. Theory, barriers and opportunities. *Journal of Research in Nursing.* 1 févr 2025;30(1):6-17. <https://doi.org/10.1177/17449871241255012>
28. Dallaire C, Toupin I. Les théories à spectre modéré, les théories propres aux situations et les interventions infirmières. Paris. Gaëtan Morin, éditeur. 2008. 240-248 p.
29. Meleis AI. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice.* Springer Publishing Company; 2010.
30. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* [Internet]. 2000;23(1). Disponible sur: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/2000/09000/experiencing_transitions__an_emerging_middle_range.6.aspx

31. Kim YU. Novel cystography parameter to predict early recovery from urinary continence after radical prostatectomy for prostate cancer: a retrospective study. *Journal of Yeungnam Medical Science*. 1 juill 2023;40(3):252-8. <https://doi.org/10.12701/jyms.2022.00311>
32. Hôpital Citadelle. 3.000 interventions pour le robot du bloc opératoire de la Citadelle à Liège [Internet]. 2021 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.citadelle.be/actualites/3000-interventions-pour-le-robot-du-bloc-operatoire-de-la-citadelle-liege>
33. Hôpital Citadelle. Chirurgie robotique : la Citadelle franchit le cap des 5.000 interventions [Internet]. 2026 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.citadelle.be/actualites/chirurgie-robotique-la-citadelle-franchit-le-cap-des-5000-interventions>
34. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Rech Soins Infirm*. 2005;N° 81(2):21-7. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021>
35. Meyor C. Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Approches qualitatives et recherche interculturelle : bien comprendre pour mieux intervenir* [Internet]. 2007 [cité 14 mai 2025];Hors série(4):103-18. Disponible sur: https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v4/meyor.pdf#:~:text=C'est%20en%20reprenant%20les%20thèmes%20classiques%20de%20phénomène%2C,à%20la%20grande%20question%20de%20sa%20valeur%20scientifique.
36. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 1. Choisir une approche d'analyse qualitative. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd.* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021. p. 13-36. (Collection U). Disponible sur: <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-13?lang=fr>
37. Association Française d'Urologie. Classification de Clavien [Internet]. [cité 20 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/outils/questionnaires-devaluation/classification-de-clavien/>
38. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;N° 102(3):23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
39. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 13. L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd.* [Internet]. Paris: Armand

- Colin; 2021. p. 359-420. (Collection U). Disponible sur: <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-359?lang=fr>
40. Belaid L, Bodson O, Ridde V, Samb OM, Turcotte-Tremblay AM. Chapitre 16. Innovations qualitatives dans l'évaluation des interventions en santé. In: Les recherches qualitatives en santé - 2e éd. [Internet]. Paris: Armand Colin; 2023. p. 376-97. (Collection U). Disponible sur: <https://stm.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200631970-page-376?lang=fr>
 41. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé : guide méthodologique [Internet]. déc 2021 [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
 42. St-Germain D, Delpêche L, Ville De Montréal MA, Mercier D. L'informatique comme soutien à l'opérationnalisation des procédures analytiques en phénoménologie : un modèle de développement et de collaboration. RECHERCHES QUALITATIVES [Internet]. 2009 [cité 14 mai 2025];28(1):106-32. Disponible sur: [https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28\(1\)/st-germain\(28\)1.pdf](https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/st-germain(28)1.pdf)
 43. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 2015;15(157):50-4. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
 44. Liu Y, Qiongyan G, Zhong W, Li P. A qualitative study on the real experience of discharging patients with urinary catheter placement after radical prostatectomy. Vol. 35. 2025;35(1):48. <https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-5511.202410116>
 45. Charlick M, Tiruye T, Ettridge K, O'Callaghan M, Sara S, Jay A, et al. Prostate Cancer Related Sexual Dysfunction and Barriers to Help Seeking: A Scoping Review. Psycho-Oncology. John Wiley and Sons Ltd; 2024. <https://doi.org/10.1002/pon.9303> PubMed PMID: 39138118.
 46. Williams P, McBain H, Amirova A, Newman S, Mulligan K. Men's beliefs about treatment for erectile dysfunction—what influences treatment use? A systematic review. Int J Impot Res. 2021;33(1):16-42. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0249-1>
 47. James C, Brunckhorst O, Eymech O, Stewart R, Dasgupta P, Ahmed K. Fear of cancer recurrence and PSA anxiety in patients with prostate cancer: a systematic review. Supportive Care in Cancer. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2022. p. 5577-89. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06876-z> PubMed PMID: 35106656.

48. Sujane Kandasamy, Ahmad Firas Khalid, Umair Majid, Meredith Vanstone. Prostate Cancer Patient Perspectives on the Use of Information in Treatment Decision-Making: A Systematic Review and Qualitative Meta-synthesis. Toronto, ON, CA: Health Quality Ontario; 2017. PubMed PMID: 28572868.
49. Rogers F, Rashidi A, Ewens B. Education and support for erectile dysfunction and penile rehabilitation post prostatectomy: A qualitative systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104212. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104212>
50. Steinsvik EAS, Axcrone K, Dahl AA, Eri LM, Stensvold A, Fosså SD. Can sexual bother after radical prostatectomy be predicted preoperatively? Findings from a prospective national study of the relation between sexual function, activity and bother. *BJU Int*. 1 mai 2012;109(9):1366-74. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2011.10598.x>
51. Bowie J, Brunckhorst O, Stewart R, Dasgupta P, Ahmed K. Body image, self-esteem, and sense of masculinity in patients with prostate cancer: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Cancer Survivorship*. 2022;16(1):95-110. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01007-9>
52. King AJL, Evans M, Moore THM, Paterson C, Sharp D, Persad R, et al. Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 sept 2015;24(5):618-34. <https://doi.org/10.1111/ecc.12286>
53. Matheson L, Watson EK, Nayoan J, Wagland R, Glaser A, Gavin A, et al. A qualitative metasynthesis exploring the impact of prostate cancer and its management on younger, unpartnered and gay men. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 nov 2017;26(6):e12676. <https://doi.org/10.1111/ecc.12676>
54. Chambers SK, Chung E, Wittert G, Hyde MK. Erectile dysfunction, masculinity, and psychosocial outcomes: A review of the experiences of men after prostate cancer treatment. *Translational Andrology and Urology*. AME Publishing Company; 2017. p. 60-8. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.08.12>
55. Xiang J, Dai L, Tan L, Lv D, Chen Y, Tang L, et al. Psychosocial experiences of prostate cancer survivors after treatment: a systematic review of qualitative studies. *Frontiers in Public Health*. Frontiers Media SA; 2025. doi:10.3389/fpubh.2025.1625611 PubMed PMID: 40777653.
56. Adam R, Duncan L, MacLennan SJ, Locock L. Treatment burden in survivors of prostate and colorectal cancers: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 1 mars 2023;13(3):e068997. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068997>

57. Sanda Martin G, Dunn Rodney L, Michalski J, Sandler Howard M, Northouse L, Hembroff L, et al. Quality of Life and Satisfaction with Outcome among Prostate-Cancer Survivors. *New England Journal of Medicine*. 4 août 2006;358(12):1250-61. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa074311>

Annexes

Annexe 1 : Réflexivité de l'investigatrice, présupposés identifiés en amont de la recherche

Sur le plan clinique, je pense que la chirurgie robot assistée limite les complications et favorise un rétablissement plus rapide que la voie ouverte, que j'observe dans mon institution. Mon expérience professionnelle se situe principalement en périopératoire : je vois les patients avant et juste après l'opération, mais je les suis peu une fois rentrés chez eux. Je connais donc assez mal ce qui se passe concrètement à domicile dans les semaines et mois qui suivent. Mes représentations du vécu postopératoire reposent surtout sur ce que j'ai lu dans la littérature scientifique, et non sur une expérience directe de ce que les patients traversent vraiment une fois rentrés chez eux. Sur la base de ces lectures, je m'attends à ce que les conséquences physiques soient globalement limitées : une incontinence présente, mais modérée et bien tolérée au quotidien, et une dysfonction érectile qui pourrait affecter l'image que les patients ont d'eux-mêmes en tant qu'hommes, sans être forcément la préoccupation principale de leur retour à domicile.

Sur le plan de la variabilité des pratiques, je pense qu'il existera des différences importantes entre les patients. Comme il n'y a pas de protocole formalisé dans mon institution, chaque chirurgien prépare et accompagne les patients à sa manière. Je suppose que ces pratiques différentes peuvent produire des vécus très variés d'un patient à l'autre.

Sur le plan relationnel, je pense que les patients n'oseront pas aborder spontanément la dimension sexuelle avec moi, en tant que jeune femme. Ce sujet pourrait donc rester en retrait dans les entretiens, même s'il est important. Je suis aussi consciente que mon regard d'infirmière me rend peut-être plus attentive que d'autres aux difficultés que les patients n'expriment pas facilement. Je suis consciente que le discours médical tend à mettre en avant les bons résultats cliniques après l'intervention, ce qui est légitime et fondé. Cependant, je pense que la consultation ne permet pas toujours aux patients d'exprimer l'ensemble de leurs difficultés ou inquiétudes, et que certains vécus restent peu visibles du côté médical. Je reconnais que cette conviction pourrait m'amener à être particulièrement attentive à ces dimensions dans les récits, et qu'elle nécessite une vigilance lors de l'analyse.

Enfin, mon intérêt pour la théorie de la transition de Meleis m'amène à voir cette période comme une étape potentiellement complexe, marquée par des ajustements et des vulnérabilités. Je reconnais que cette lecture théorique peut orienter mon attention lors de l'analyse, ce qui

demande une vigilance constante pour rester au plus près de ce que les participants expriment réellement.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Avant l'entretien

Présentation de l'enquêtrice

Bonjour, je m'appelle Aude Michaux, infirmière en chirurgie urologique et étudiante en master en sciences infirmières. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une recherche sur l'expérience vécue par les patients après leur retour à domicile suite à une prostatectomie radicale robotassistée.

Objectif de la recherche

L'objectif est de mieux comprendre votre vécu durant les six mois suivant l'opération, afin d'améliorer l'accompagnement infirmier proposé aux patients. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : c'est votre expérience personnelle qui compte.

Remerciements

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cette étude et de consacrer du temps à cet entretien.

Explication du déroulement de l'entretien

L'entretien durera entre 45 et 60 minutes. Il se déroulera sous forme de conversation : je vous poserai une question principale, et vous pourrez répondre librement, à votre rythme. Je pourrai vous poser quelques questions complémentaires si certains points méritent d'être approfondis. Vous pouvez demander une pause ou interrompre l'entretien à tout moment. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de faciliter la retranscription. L'enregistrement restera strictement confidentiel.

Confidentialité et formulaire de consentement (RGPD)

Le formulaire de consentement vous a été transmis en amont par courriel, voie postale ou remis en mains propres. Vos données seront anonymisées (vous serez identifié par un code), conservées sur des supports sécurisés et détruites à la fin de l'étude, conformément au RGPD. Vos propos ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques, dans le cadre de ce mémoire.

Avez-vous bien reçu et signé le formulaire de consentement ? Avez-vous des questions avant de commencer ?

→ Vérifier la signature et rappeler les droits des participants : droit de retrait à tout moment, sans justification ni conséquence.

Question principale

« Pouvez-vous me raconter comment vous avez vécu votre retour à domicile durant les six mois qui ont suivi votre opération de la prostate (prostatectomie radicale) ? »

→ Laisser le participant s'exprimer librement. Ne pas interrompre. Observer le fil du récit avant d'utiliser les relances.

Questions de relances

Conditions de transition

Avez-vous été préparé pour votre retour à domicile et comment avez-vous vécu cette préparation ?

Avez-vous reçu du soutien à l'hôpital avant votre sortie et de qui ?

Pouvez-vous me parler du soutien que vous avez eu à la maison (proches, professionnels, autres) ?

Comment votre environnement (logement, matériel, organisation) a-t-il influencé votre retour à domicile ?

Comment décririez-vous l'influence de la relation avec les soignants avant votre sortie sur votre préparation ou votre confiance pour le retour ?

Réponses individuelles

Qu'avez-vous ressenti dans les premiers jours de votre retour à domicile ?

Comment pourriez-vous décrire ces sensations, cet état ?

Avez-vous ressenti des appréhensions, des difficultés ?

Aviez-vous un ou des besoins particuliers à ce moment-là ?

Avez-vous retrouvé une forme d'autonomie au fil des mois ? Si oui, de quelle manière ?

Indicateurs de la transition

Avez-vous retrouvé une forme d'autonomie au fil des mois ? Si oui, de quelle manière ?

Qu'est-ce qui vous a aidé à vous sentir à nouveau en confiance ?

Comment décririez-vous votre intégration de ces changements dans votre quotidien ?

Après votre retour à domicile, comment vos besoins liés aux changements physiques ou à l'organisation de votre quotidien ont-ils été pris en compte et accompagnés ?

Interventions spontanées

Brèves interventions pour soutenir le discours sans introduire de contenu nouveau :

« Pouvez-vous développer ce point ? »

« Et ensuite, qu'est-il arrivé ? »

« Pouvez-vous me donner un exemple ? »

Reformuler ce que dit le participant pour clarifier : « Si je comprends bien, vous vouliez dire... »

Annexe 3 : Exemple d'arborescence analytique des quatre premières étapes selon la méthode de Giorgi

Étape	Application au sous-thème 3.1
1. Lecture globale du récit	Entretien P2, impression : le corps, dès les premiers jours, impose une vigilance constante liée au dispositif médical.
2. Identification des unités de signification	<i>"[...] on n'est toujours pas sûr qu'elle (la poche d'urine) va se remplir. Donc on ne dort pas bien, on surveille."</i> (P2) → unité retenue : incertitude corporelle liée à la sonde, vigilance nocturne, altération du repos.
3. Regroupement en sous-thèmes	Cette unité, mise en lien avec des unités similaires issues d'autres entretiens (P1, P4, P10, P14, P17), forme le sous-thème 3.1 <i>La sonde vésicale, entrave temporaire</i> .
4. Variation imaginative pour dégager les structures essentielles	Deux constituants apparaissent dans les récits : l'inconfort matériel du dispositif, et la vigilance nocturne liée à l'incertitude de son bon fonctionnement. Si l'inconfort matériel disparaissait, le phénomène resterait essentiellement le même : la vigilance et l'incertitude subsisteraient. Si la vigilance nocturne disparaissait, en revanche, le phénomène ne serait plus le même : il se réduirait à une gêne physique ordinaire, sans la dimension de perte de maîtrise qui caractérise le vécu rapporté. Ce second constituant apparaît donc essentiel : ce n'est pas l'inconfort du dispositif, mais la perte de maîtrise du corps qu'il impose, qui structure l'expérience.

Annexe 4 : Engagement de non-plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom..... MICHAUX Aude
Matricule étudiant : 5181295

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 5/8/26

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michaux', with a long horizontal line extending to the right.