



UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES, UNIVERSITÉ D'EUROPE

Faculté des sciences psychologiques et de l'éducation

Travail personnel de recherche

**Effets à long terme et efficacité d'une intervention de groupe sur
l'adaptation et la régulation émotionnelle de survivantes d'un
cancer du sein.**

Promoteur : *Mme Isabelle Merckaert*

Superviseuse : *Mlle Florence Lewis*

Abdallah Ibrahim
Matricule 000429370

Année académique 2016/2017

Table des matières

I.	Avant-propos	2
II.	Introduction théorique.....	3
A.	<i>Revue de littérature</i>	3
III.	Objectifs & hypothèses de l'étude.....	9
A.	<i>Objectifs</i>	10
B.	<i>Hypothèse générale</i>	11
C.	<i>Hypothèses spécifiques</i>	12
IV.	Méthode générale.....	14
A.	<i>Recrutement des sujets</i>	14
B.	<i>Sélection des sujets</i>	15
C.	<i>Type d'étude</i>	16
V.	Recueil des données.....	16
A.	<i>Rencontre des sujets</i>	16
B.	<i>Instruments d'évaluation</i>	16
VI.	Analyse des résultats.....	21
VII.	Bibliographie.....	22

I. Avant-propos

Avec plus d'une centaine de formes différentes et un impact mondial chaque année plus dévastateur, le cancer, ou tumeur maligne, est une maladie redoutée n'étant plus à présenter. Résultat de facteurs internes (mutations héréditaires, le dérèglement du système immunitaire) ou externes (facteurs environnementaux ou professionnels, le mode de vie, infections etc.) pouvant agir ensemble ou de manière successive, elle se caractérise par un comportement anormal d'une cellule endommagée devenue cancéreuse, qui va se diviser indéfiniment créant alors une prolifération cellulaire au sein d'un tissu ou d'un organe. Au fil de l'évolution de la maladie et de leur multiplication, certaines cellules peuvent migrer et ainsi coloniser d'autres organes, transportées par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, formant des cancers secondaires dénommés métastases.

Pour ces raisons et grâce aux progrès de la médecine et de la technologie, les phases capitales que sont le dépistage, le diagnostic et le traitement sont mieux maîtrisées et plus répandues. Mais cela nous amène désormais à réfléchir sur toutes les interrogations et implications, qu'elles soient d'ordre médicales, psychologiques, sociales ou encore éthiques sur la question centrale de ce qui se passe ensuite. Car avec de plus en plus de patients qui survivent du cancer et ce, pour plus longtemps, nous devons faire face aux enjeux d'aujourd'hui et préparer les plus grands de demain.

Au cours des dernières années, ce retour à la vie normale a soulevé nombre de questions autour de la qualité de vie et de la façon de s'adapter à cette maladie chronique (Baker, Denniston, Smith & West, 2005). Mais cette période post-traitement a une portée qui reste encore difficile à saisir de par ses nombreux ressorts et le besoin encore actuel de connaissances, mais qui nécessite une attention particulière en oncologie.

Le travail que nous allons mener va tenter de s'inscrire dans cette lignée. Nous en proposons aujourd'hui une première partie encore très largement perfectible mais qui, nous l'espérons, apportera une pierre à cet immense édifice.

II. Introduction théorique

Comme énoncé précédemment, dans cette première partie, nous aborderons les grands concepts de cette étude à travers une revue de littérature. Nous commencerons dans un premier temps par quelques informations sur le cancer du sein et son épidémiologie.

A. Revue de littérature

Bien qu'il en existe de différents types, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes, représentant plus d'un tiers des cancers féminins. Il se caractérise par la présence d'une tumeur au niveau du sein, pouvant se propager jusqu'à l'aisselle et ses ganglions axillaires. Afin de poser un diagnostic précis, plusieurs examens complémentaires sont nécessaires, telles que la palpation, la mammographie (examen de dépistage le plus répandu), ou encore l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Selon le stade de la tumeur, déterminé par la taille de celle-ci, le nombre et la localisation d'autres organes touchés, le traitement est d'abord chirurgical, pouvant aller de l'ablation de la tumeur uniquement (tumorectomie), à celle du sein entier (mastectomie). Peuvent ensuite y être associé des traitements dits adjuvants afin de consolider l'effet de la chirurgie ou soulager les symptômes secondaires : la radiothérapie permet de détruire les cellules cancéreuses de manière localisée au moyen de radiation ; la chimiothérapie permet la diffusion de médicaments administrés par voie orale ou intraveineuse, détruisant elle aussi les cellules cancéreuses et limitant leur progression dans le corps ; l'hormonothérapie, utilisée dans le cas de cancers du sein et de la prostate, va bloquer les effets des œstrogènes sur la croissance des cellules atteintes ou encore l'immunothérapie, qui prend petit à petit sa place, visant à restaurer la capacité d'action du système immunitaire en le stimulant à l'aide de vaccins (BCG) ou d'injections (lymphocytes, cytokines).

En Belgique, 10.466 nouveaux cas de cancer du sein ont été enregistrés pour l'année 2014, chiffres de la fondation Registre du cancer. Selon les taux d'incidence actuels, il est estimé qu'une femme sur neuf sera atteinte d'un cancer du sein avant l'âge de 75 ans. De plus, malgré sa rareté, on dénombre environ 80 nouveaux cas annuels de cancer du sein chez l'homme en Belgique. Mais s'il emporte chaque année des milliers de personnes, l'avancée considérable en matière de prévention, de détection et de traitements évoqués précédemment permet à une

proportion toujours plus importante de malades d'y survivre. Cela laisse alors place à une nouvelle réalité.

Du côté des soignants, d'abord, présents des soins à l'accompagnement post-traitements. En plus d'une étroite coordination entre différentes disciplines médicales et paramédicales face à ces événements tragiques de vie, il faut faire face à une situation démographique en évolution. En effet, là où au 1^{er} Janvier 2012 on recensait 17% de personnes ayant 64 ans ou plus, ce même taux pourrait atteindre les 26% à l'horizon 2060 pour la Belgique. D'une part, la tranche d'âge la plus touchée par le cancer grossit (l'âge moyen au moment du diagnostic est de 67 ans pour les hommes, 65 ans pour les femmes ; 75% des cas de cancer du sein apparaissent après l'âge de 50 ans). D'autre part, son incidence s'étend maintenant plus largement aux autres catégories d'âge.

Du côté du soigné, ensuite, qui après avoir enduré le déluge qu'est l'annonce de la maladie, suivi un long parcours éreintant de traitements, ne se retrouve jamais comme il s'était lui-même laissé. Là, il ne reste plus que des êtres humains qui essayent de se contenir, tout le temps, face à un événement qu'ils n'ont pas compris, qu'ils n'ont pas choisi.

Peur de la récurrence :

La peur de la récurrence, universellement présente à des degrés divers selon certains chercheurs (O'Neill, 1975 ; cité par Simard, 2008), est décrite comme une épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête du patient, compromettant la tranquillité de son avenir en suscitant une notion d'incertitude (Muzzin, Anderson, Figueredo et Gudelis, 1994). Vickberg (2003) en propose la définition suivante : « La peur de la récurrence du cancer (PRC) est la peur ou l'inquiétude que le cancer reviendra ou progressera dans le même organe ou dans une autre partie du corps ». Cette peur, légitime face à la menace réelle de récurrence, est associée à l'anxiété et peut conduire à des réponses émotionnelles et cognitives négatives, plongeant le patient dans une détresse émotionnelle (Lee-Jones, C. et al., 1997). Car une fois la menace du cancer évacuée après la période de traitements, de nombreux patients peuvent avoir peur d'une récurrence de la maladie (Vickberg, 2003). Et bien que la PRC diminue à distance du traitement, elle ne disparaît pas et reste présente longtemps après la fin des ceux-ci, faisant office d'handicap majeur dans le fonctionnement quotidien et sur la qualité de vie des patients. Une étude rapporte que la peur

de la récurrence est un des facteurs les plus souvent rapporté par les patients (de 49 à 74% pour les cancers du sein, de la prostate, colorectal ou du poumon ; Baker et al., 2005). Dans la revue de littérature proposée par Suchocka-Capitano et Bungener (2010), plusieurs études mettent en avant ce constat. Ainsi, 70% de survivants d'un cancer du sein continuent à exprimer des angoisses en lien avec une éventuelle récurrence cinq ans après leur traitements (Mast, 1998 ; cité par Vickberg, 2003). Dans une autre étude menée par Stein et ses collaborateurs (2010), sur un échantillon de 9 653 survivants de six types de cancers (sein, prostate, côlon, hématologique, utérus et mélanome cutané), 60% de ceux-ci présentent un score clinique témoignant de la présence d'une PRC un an après les traitements, taux qui descend ensuite à 45% à trois ans, pour rester relativement stable jusqu'à onze ans après les traitements. Enfin, une étude qualitative menée sur des femmes atteintes d'un cancer du sein montre qu'elles rapportent la PRC comme leur plus grande préoccupation une fois la période des traitements terminés et les visites médicales moins fréquentes (Chantler, Podbilewicz-Schuller et Mortimer, 2005).

Aussi qualifiée de lourd fardeau psychologique imposé au patient (Mehta, Lubeck, Pasta et Litwin, 2003 ; cité par Simard, Savard et Ivers, 2010), la peur de la récurrence est le deuxième besoin le plus fréquemment rencontré (61,5%) et le plus souvent non-satisfait (24%) déclarés par des survivants à long terme d'un cancer gynécologique (ovaire et col de l'utérus) cinq ans ou plus après le diagnostic (Hodgkinson et al., 2007). Préoccupation majeure et plus ou moins stable (Humphris et al., 2003), elle est activée par des stimuli internes (présence de symptômes physiologiques, sensations physiques et somatosensorielles en lien ou non avec le cancer, effets secondaires aversifs du traitement, présence d'une autre maladie physique etc.) et externes (environnementaux, médias, contacts et suivis médicaux, expérience passée liée au cancer etc.) (Deimling, Kahana, Bowman et Schaefer, 2002 ; Deimling et al., 2006 ; Gil et al., 2004 ; Lee-Jones et al. 1997 ; Mellon et al., 2007 ; Simard, 2008 ; Vickberg, 2001).

Alors que les préoccupations au sujet du cancer après la phase diagnostique concernent la guérison et la survie, elles sont toutes autres une fois les traitements commencés et sont essentiellement liées à la peur de la récurrence (Deimling et al., 2006). Ainsi, selon le même auteur, les survivants font face à une incertitude latente, vivants dans la crainte d'une récurrence ou d'un deuxième cancer à cause des effets cancérogènes des traitements, des symptômes, des examens diagnostiques et la possibilité d'une espérance de vie réduite, jusqu'à des décennies après la fin des traitements. Dans sa thèse, Simard avance que la PRC semble être alimentée

par plusieurs éléments, indices et situations, qui déclenchent et nourrissent de multiples scénarios négatifs au sujet des conséquences possibles d'une récurrence du cancer.

Dans la littérature existante, la PRC est associée à de multiples facteurs susceptibles d'influencer son développement ou son maintien dans le temps, bien que ceux-ci conservent une portée difficile à saisir de par l'hétérogénéité du concept, ses multiples composantes, et sa récurrence, faisant de lui un objet d'étude difficile à investiguer spécifiquement (Simard, 2008). Ainsi, si majoritairement les patients rapportent la crainte de mourir, de subir d'autres traitements, la douleur, la souffrance physique, l'aggravation voire la récurrence du cancer, des difficultés émotionnelles importantes (dépression, trouble anxieux) ou encore l'image du corps, d'autres facteurs sous-jacents sont aussi reportés, et d'autres composantes de la sphère de vie impactées. Parmi ces facteurs, on peut citer des variables sociodémographiques telles que l'âge (Hilton, 1988) ou le sexe féminin (Sneeuw et al., 1992 ; Stanton et al., 2002 ; Simard et Savard, 2009). Entrent également en jeu des variables médicales. Certaines études montrent que des antécédents de cancers dans l'histoire familiale sont associés à un niveau plus élevé de détresse psychologique (Baider, Ever-Hadani et Kaplan De-Nour, 1999 ; Kash, Holland, Halper et Miller, 1992). Il en va de même pour le type et stade de cancer, ainsi que les suivis médicaux et examens de routine. Un stade plus avancé du cancer serait également associé à une détresse psychologique générale plus élevée (Glanz et Lerman, 1992). D'autres études rapportent que les patientes atteintes d'un cancer du sein présentent des niveaux de PRC supérieurs aux patients atteints d'autres types de cancer (Kiebert et al., 1993 ; Kornblith et al., 2007). Le type de traitement reçu pourrait aussi avoir des répercussions psychologiques. À cet égard, des recherches suggèrent que, dans le cas d'un cancer du sein, la tumorectomie ou un traitement agressif, tel que la chimiothérapie, augmenteraient la PRC (Hall et Followfield, 1989 ; Hartl et al., 2003 ; Kemeny, Wellish et Schain, 1988 ; Lasry et Margolese, 1992 ; King et al., 2000 ; Kornblith et Ligibel, 2003 ; Moyer, 1997 ; Schover et al., 1995 ; Vickberg, 2003). On pourrait citer d'autres facteurs recensés dans la littérature comme pouvant conduire à une qualité de vie plus pauvre et à une détresse émotionnelle : la présence de aidants naturels et le soutien social, le temps écoulé depuis le diagnostic, les perturbations dans les activités quotidiennes, l'autonomie, les problèmes physiques et relationnels, sexuels ou financiers, l'incapacité de faire des projets d'avenir, la confiance en soi ou encore l'identité (Foster, Wright, Hill et al., 2009 ; Gotay et Pagano, 2007 ; Herschbach et al., 2005 ; Mehnert et al., 2009 ; Simard, 2008 ; Spencer et al., 1999 ; Vickberg, 2001 ; Vickberg, 2003). Enfin, les caractéristiques psychologiques propres à la personne sont aussi des facteurs associés à la peur de la récurrence. Plusieurs études

mettent en avant un lien entre détresse psychologique et PRC chez les patients et survivants d'un cancer (Beck et al., 1997 ; Langlois et al., 2007). Un autre lien est souvent observé entre un névrosisme ou un trait de personnalité anxieux et la PRC. En ce qui concerne l'anxiété, état psychologique et physiologique pouvant créer des sentiments de peur, d'inquiétude et de crainte, des études avancent qu'elle peut être causée par la persistance des effets à courts et longs termes du diagnostic et du traitement du cancer et peut entraîner des conséquences physiques (amplification de symptômes telles que la douleur et la fatigue) et psychologiques (troubles anxieux et de l'adaptation). L'anxiété est présentée comme directement en lien avec le développement ou la maintenance d'un niveau de PRC nocif (Rosedale et al., 2010 ; Lang et al., 2000 ; Stark et al., 2000 ; Traeger et al., 2012 ; Lebel et al., 2009). Ces réponses émotionnelles et cognitives entrent dans la conceptualisation cognitivo-comportementale de la PRC proposée par Lee-Jones et al., (1997). Ce modèle, qui sera plus largement présenté dans la suite de ce travail, avance que les réponses cognitives sont données en fonction de stimuli internes (sensations physiques etc.) et externes (examens de suivi, informations à propos du cancer etc.) ainsi que certains antécédents (traitement reçu, connaissance sur la maladie etc.) et caractéristiques de la personne (prédispositions personnelles, stratégies d'adaptation etc.). Ces cognitions entraînent des réponses émotionnelles (anxiété, colère etc.), comportementales (palpation, consultations médicales etc.) et physiologiques (symptôme somatique d'anxiété) qui influencent à leur tour l'interprétation des stimuli et antécédents, augmentant alors le niveau de PRC, tel un cercle vicieux (Lee-Jones et al., 1997 ; cité par Simard, 2008). Une autre façon de le dire serait que le patient fait expérience d'idéations intrusives prenant la forme de pensées obsédantes ou anxieuses qui provoquent des angoisses et des réactions corporelles associées à l'anxiété (hyperactivation émotionnelle) et conduisent à une interprétation erronée qui majore l'intensité des angoisses. Il n'est donc pas étonnant que l'influence des cognitions donne lieu à des réponses émotionnelles de peur (Suchocka-Capitano et Bungener, 2010).

En conclusion, la peur de la récurrence ne se résume pas uniquement à la crainte que la maladie ne revienne ou ne progresse mais englobe plutôt un ensemble de scénarios au sujet des conséquences possibles d'une récurrence du cancer, sur la vie du patient, son entourage et son avenir (Simard, 2008 ; Lasry et Margolese, 1992 ; Easterling et Leventhal, 1989 ; Lee-Jones et al., 1997 ; Vickberg, 2003). Phénomène multidimensionnel où de nombreux facteurs interagiraient les uns par rapport aux autres, la PRC pourrait être considérée comme variant sur un continuum d'une réaction normale à une réaction pathologique (Simard, 2008). Comme nous

l'avons vu, la PRC entraînerait des conséquences comportementales et physiologiques négatives. A cela peuvent s'ajouter la détresse émotionnelle et une perturbation du fonctionnement (Antoni et al., 2006 ; Black et White, 2005 ; Mellon et al., 2006 ; Meyer et Aspegren, 1989 ; Young et White, 2006 ; Sneeuw et al., 1992 ; Vickberg, 2003), le sentiment de vulnérabilité, la perte de contrôle, l'augmentation de l'inquiétude sur la santé générale (Fredette, 1995 ; Northhouse, 1981), mais aussi des symptômes d'anxiété ou de dépression (Deimling et al., 2006 ; Hart et al., 2007 ; Humphris et al., 2003 ; Maher, 1982 ; Welch-McCaffrey et al., 1989), des changements significatifs sur la manière de voir la vie et l'élaboration de projets futurs (Fredette, 1995), et enfin une diminution de leur qualité de vie (Mellon et al., 2006).

Pour toutes ces raisons, il est capital que nous nous intéressions à ce phénomène avec le plus grand intérêt, afin que la détresse émotionnelle et les difficultés à long terme potentielles puissent être identifiées et traitées le plus tôt possible dans leur phase aiguë avant qu'elle ne devienne chronique (Merckaert, Lewis et al., 2016). Ainsi, de nombreuses interventions spécifiques sont conçues pour cette période post-traitement et doivent continuer d'être un objet de recherche central pour les chercheurs pour tous les types de cancers et particulièrement ceux, comme le cancer du sein, dont l'incidence atteint des proportions vertigineuses. En témoigne les 1.4 million de femmes diagnostiquées pour l'année 2008 au niveau mondial (American Cancer Society. *Cancer, facts and figures*, 2010). Une étude récente souligne encore un peu plus ce constat : avec un taux de survie de 10 ans dépassant les 80% dans de nombreux pays développés, pour le cancer du sein, et en considérant les nouveaux cas annuels, la population de patients mais aussi de survivants à long terme ne cesse de grossir (Kelly et al., 2011 ; World Health Organization. *Fast stats : More developed nations*, 2011). Malgré tout, si de nombreuses interventions psychologiques voient le jour et sont désormais bien établies, de nombreux auteurs déplorent le manque d'évaluation quant à leur efficacité et le manque d'informations sur le suivi à long terme des effets consistants de celles-ci pour les patients (Montazeri et al., 2001 ; Simard, 2008 ; Naaman et al., 2009 ; Merckaert, Lewis et al., 2016). Aussi, bon nombre de patients n'en profitent pas à l'heure actuelle. C'est donc avec la volonté d'investiguer les tenants et aboutissants de ces interventions, et de tenter d'apporter des connaissances supplémentaires à propos de cette période post-traitement afin d'améliorer le vécu du patient que se réalise ce travail.

III. Objectifs & hypothèses de l'étude

Dans la partie suivante, nous développerons entre autres les différents types d'interventions psychologiques actuels accompagnés de quelques résultats quant à leur efficacité à travers la littérature existante. Puis, nous tenterons de poser les bases protocolaires de la future étude.

Comme nous l'avons vu précédemment, la PRC s'apparente à la détresse et aux troubles anxieux tout en gardant les caractéristiques spécifiques d'un trouble psychologique à part entière (Suchocka-Capitano et Bungener, 2010). Les différents types d'interventions psychologiques mises en place ces dernières années ont ainsi pour but de soutenir le patient immédiatement après les traitements, l'accompagnant dans cette nouvelle phase de vie face aux difficultés et conséquences psychologiques que peut provoquer un cancer. Quatre types d'interventions psychosociales sont rapportés dans la littérature. Souvent mixtes, elles s'inspirent de différentes formes de prise en charge (Meyer et Marks, 1995 ; Rehse et Pukrop, 2003 ; Razavi et Delvaux, 2008 ; cité par Merckaert, Lewis et al., 2016) :

- *Les informations à visée informative et éducative*, qui ont pour but d'informer les patients sur leur maladie, les traitements ainsi que sur les diverses structures d'aide.
- *Les thérapies cognitives et comportementales* : en combinant certaines techniques spécifiques propres à son champ d'étude, elles ont pour objectif de favoriser l'utilisation des ressources internes et externes, le contrôle des facteurs de stress, la détente physique et psychologique et la communication avec autrui.
- *Les psychothérapies individuelles* : inspirées des thérapies psychanalytiques, elles travaillent les notions de perte et de deuil en lien avec la maladie, mais autorise également l'analyse de conflits antérieurs à celle-ci.
- *Les interventions de groupe, ou groupe de soutien* : elles favorisent le partage d'expérience et diminuent l'isolement social et le sentiment d'abandon. Elles visent également à faire appel aux différences ressources familiales, amicales et médicales.

C'est cette dernière catégorie d'interventions qui va ici nous intéresser. Car la présente étude se base sur une étude centrale, celle menée par Merckaert et ses collaborateurs en Belgique (*Improving anxiety regulation in patients with breast cancer at the beginning of the survivorship period: a randomized clinical trial comparing the benefits of single-component*

and multiple- component group interventions, 2016). Celle-ci a évalué l'impact d'une intervention de groupe sur l'adaptation et la régulation émotionnelle de patientes atteintes d'un cancer du sein à la fin des traitements en comparant les bénéfices d'une intervention de groupe à composante unique à une intervention de groupe à composantes multiples. Durant six mois, ils ont ainsi effectué deux types d'interventions, composée de 15 sessions de 120 minutes chacune, auprès d'une population de femmes, réparties aléatoirement, au début de leur période de rémission après avoir été diagnostiquées d'un cancer du sein non métastatique. L'intervention à composantes multiples a combiné le soutien, les techniques cognitivo-comportementales et l'hypnose. L'intervention de groupe à composante unique avait, elle, pour objectif principal de proposer un soutien et de favoriser le partage d'expériences sans programme pré-établi. Ce sont près de cent septante femmes qui ont participé au programme après plus de deux ans de recrutement. Si les grandes lignes de cette étude seront développées plus précisément dans la suite que nous donnerons à notre recherche, leurs résultats ont montré entre autres que ces interventions de groupe, et plus particulièrement celle à composantes multiples, avaient un impact positif immédiat sur le patient (meilleure régulation de l'anxiété, meilleure utilisation de stratégies de coping face à la peur de la récurrence, la détresse émotionnelle etc.).

A. Objectifs

L'objectif général de cette étude est d'évaluer les effets à long terme des interventions de groupe sur l'adaptation, la régulation émotionnelle et la peur de la récurrence auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein ayant bénéficié du programme d'intervention psychologique menée par Merckaert, Lewis et leurs collaborateurs, subventionné pendant trois ans par le plan Cancer Belge.

Elle visera ainsi un suivi dans le temps d'un groupe de patientes afin d'observer et de mesurer les effets consistants de ces programmes d'interventions dans leur gestion quotidienne de la vie.

Cette étude tentera de répondre ensuite à d'autres objectifs. Elle aura ainsi pour but d'explorer et de recenser les différentes stratégies et techniques restantes des interventions, dispensées il y a quelques années, et dont ont bénéficié le groupe de patientes cité précédemment. Nous

espérons ainsi récolter des informations sur la pertinence de ces interventions, dans une volonté sous-jacente de préciser les données fournies par la littérature actuelle. Nous espérons grâce à notre démarche et ce feed-back, parler de ce que ces survivantes du cancer affrontent chaque jour, maintenant que la période de traitement est un lointain souvenir et que la vie a repris son cours, dans quels domaines elles sont en difficultés (professionnel, familial, médical, se sentir femme etc.), ce qu'elles mettent en place pour y remédier, l'expérience qu'elles font du temps écoulé etc...

Enfin, notre étude se veut prospective et tentera de soutenir l'efficacité démontrée des interventions de groupe pour des patients à des stades précoces de la maladie mais aussi pour des patients en phase de rémission et de guérison (Razavi et al., 2008). Car malheureusement, trop peu de patients bénéficient de ce support à l'échelle de notre seul territoire belge. Dans l'étude centrale de Merckaert et al. (2016), sur près de 884 patients éligibles, seulement une minorité approchant les 20% a participé au programme d'intervention. Nous espérons ainsi montrer les bénéfices de ces interventions, mais aussi de mettre en évidence des lacunes, afin de participer à leur développement pour ces nombreux patients démunis face à cette étape de vie.

B. Hypothèse générale

Notre hypothèse générale propose que le suivi d'une intervention de groupe après la phase de traitement, qu'elle soit à composantes unique ou multiples, permet au sujet de renforcer ses stratégies d'adaptation et sa régulation émotionnelle en lui fournissant des outils durables dans le temps. De nombreuses études soulignent ainsi l'importance du soutien social, dont fait partie les interventions psychologiques, facteur pouvant favoriser la santé psychologique et l'adaptation à la maladie auprès de patients atteints d'un cancer (Grassi et al., 1993 ; Lepore et Helgeson, 1998 ; cité par Simard, 2008). Selon Merckaert et ses collaborateurs (2016), les patients vivent, à travers les groupes de soutien, un moment d'écoute et de partage d'expériences leur permettant de répondre à leurs attentes et demandes, de retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie, une estime de soi plus importante ou encore d'apprendre de nouvelles stratégies d'adaptation (Merckaert, Lewis et al., 2016).

Nous voudrions ainsi réévaluer l'impact d'une intervention de groupe et tenter de redéfinir, sinon de mettre en lumière, les facteurs, anciens ou récents, impliqués dans ce processus. Afin d'étayer notre propos, des hypothèses spécifiques viennent préciser notre démarche.

C. Hypothèses spécifiques

1. Les effets d'une intervention de groupe à composantes multiples (soutien et narratothérapie, techniques cognitivo-comportementales, hypnose) sont plus stables et plus consistants dans le temps que les effets d'une intervention de groupe à composante unique (basée essentiellement sur le soutien et le partage d'expériences). Leurs apports sont de plus en plus reconnus dans la littérature actuelle (Andrykowski et al., 2008 ; Ledesma et Kumano, 2009 ; Mirabel-Sarron, 2004 ; Wells, 1995 ; cité par Suchocka-Capuano et Bungener, 2010).
2. Les patientes ayant suivi l'intervention de groupe à composantes multiples présentent une meilleure adaptation chronique à la phase post-traitement, une meilleure régulation quotidienne de l'anxiété, du stress et de la peur de la récurrence, une meilleure qualité de vie, et rapportent plus longtemps les bénéfices tirés de ces techniques mixtes que les patientes ayant suivi l'intervention de groupe à composante unique. La détresse émotionnelle serait également diminuée dans le groupe expérimental. En effet, des récentes méta-analyses évaluant l'efficacité des interventions de groupe soulignent que les thérapies cognitivo-comportementales augmentent le soutien social, la résistance immunologique, et diminuent la détresse psychologique, la douleur mais également les risques de récurrence du cancer en comparaison avec les patients n'ayant pas bénéficié de ces interventions (Goodwin et al., 2001 ; Antoni et al., 2009 ; Andersen et al., 2008 ; Penedo et al., 2004 ; cité par Merckaert, Lewis et al., 2016). Quant à l'hypnose, processus dynamique visant le changement et la régulation émotionnelle, il a été montré qu'elle est efficace dans la modulation de la douleur et de la détresse émotionnelle, et permet de réduire le stress, l'anxiété et le risque de dépression. Pouvant être adjuvant à ce type d'intervention, l'hypnose améliorerait également la capacité de coping, les fonctions immunologiques, le bien-être ou encore la régulation des émotions (Tatrow et al., 2006 ; Hammond, 2010 ; Faymonville et al., 2003 ; Vanhaudenhuyse et al., 2009 ; cité par Merckaert et al., 2016).

3. Nous tenterons également de recueillir des informations auprès des femmes ayant refusé l'intervention dans l'optique de répondre à l'hypothèse suivante : les patientes n'ayant bénéficié d'aucunes formes d'interventions de groupe à la suite de leur traitement, rapportent plus de difficultés dans le vécu de la période post-traitement, notamment dans leur gestion émotionnelle, que les patientes en ayant bénéficié. Certaines études avancent en effet que les interventions de groupe augmentent le soutien social, la qualité de vie, l'adaptation au cancer, en plus d'avoir un impact positif sur l'anxiété, la dépression, et la réduction de la PRC (Helgeson et al., 2000 ; Naaman et al., 2009 ; cité par Merckaert, Lewis et al., 2016 ; Glanz et Lerman, 1992). La peur de la récurrence serait majorée chez elles. De plus, les rapports avec le monde médical et les contacts avec les soignants seraient plus pauvres et répondraient moins à leurs besoins. Une étude menée par Mast et al. (2005) dans laquelle des femmes simulaient une situation d'annonce d'un diagnostic de cancer du sein montre par exemple que le style de communication perçu de l'équipe médicale impacte leur ressenti et leur niveau de satisfaction. Une autre étude (Kelly et al., 2011) réalisée auprès de 141 femmes atteintes d'un cancer du sein avance qu'elles ne percevaient pas correctement leur risque de récurrence et désiraient plus de communication à ce propos. De plus, des résultats d'études menées auprès de survivantes d'un cancer du sein avancent que près d'un quart (Deimling et al., 2006 ; Mehnert, Berg, Henrich, & Herschbach, 2009) ou la moitié des participantes avaient des craintes modérées à élevées, tandis que la moitié restante n'avait que des craintes très faibles ou absentes (Stanton et al., 2002 ; Van den Beuken-Van Everdingen et al., 2008 ; Vickberg, 2003). Ces études suggèrent que certaines survivantes peuvent être plus à risque d'éprouver une peur de la récurrence plus élevée, que d'autres. Renseigner les différents profils spécifiques de la peur de la récurrence, à l'instar de ce que proposent Simard et ses collaborateurs (2010) est un des objectifs de l'étude.
4. Les patientes ayant bénéficié de l'intervention de groupe à composantes multiples utilisent plus de stratégies d'adaptation pour composer avec les difficultés émotionnelles et leurs activités que les patientes ayant suivi l'intervention à composante unique. Hammond et ses collaborateurs (2010) ont en effet montré que des techniques comme l'hypnose améliorent la capacité de coping. Il serait intéressant de dégager ces principales stratégies d'adaptation, quand on sait notamment qu'elles peuvent changer dans le temps (Coyne et al., 2000 ; Glanz et Lerman, 1992 ; cité par Simard, 2008), ou

avoir une influence sur la PRC (utilisation de stratégies de type déni, évitement ou la recherche de soutien social, la résolution de problèmes etc.) (Stanton et al., 2002 ; Deimling et al., 2006). Des données concernant les femmes n'ayant pas participé à l'intervention seront également récoltées. Dans leur revue de littérature, Suchocka-Capuano et Bungener (2010) rappellent ainsi que, compte tenu de son lien à l'évitement cognitif et émotionnel, la PRC « nécessite d'être dépisté chez des patients atteints de cancer dans une première phase de traitement, mais aussi dans un suivi à long terme des patients en rémission ».

5. La présence de comorbidités associées au cancer telles que les troubles anxieux et la dépression est moins fréquente dans le groupe ayant suivi une intervention à composantes multiples. Dans le même ordre d'idée, ces comorbidités sont moins fréquentes chez les patientes ayant participé à un des deux types d'interventions que chez les patientes n'en ayant pas profité.

IV. Méthode générale

A. Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets se fera via les psychologues référents de l'Institut Jules Bordet situé à Bruxelles. Ne pourront participer à cette étude uniquement les patientes ayant été rencontrées dans le cadre de l'étude menée par Merckaert, Lewis et leurs collaborateurs (2016). Les femmes désirant prendre part à notre future recherche pourront être réparties en 3 groupes :

- *Groupe 1* : il comprendra les femmes qui ont suivi l'intervention de groupe à composantes multiples, qui ont participé à l'ensemble de la procédure, et dont les mesures ont été entièrement réalisées durant les trois temps de l'étude précédemment citée, soit au T0 (recrutement), au T1 (fin des traitements et avant l'entrée dans les groupes d'interventions) et au T2 (après les 15 séances de groupe).
- *Groupe 2* : il sera composé des femmes ayant bénéficié de l'intervention de groupe à composante unique, et doivent répondre aux mêmes critères associés au groupe 1.

- *Groupe 3* : ce dernier groupe comprendra les femmes rencontrées au T0, n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

Nous rappelons que les patientes évoquées ci-dessus ont été recruté entre Décembre 2010 et Juin 2013 à la suite d'un diagnostic de cancer du sein. Leur a été proposé de participer à une étude expérimentale multicentrique regroupant l'Institut Jules Bordet, le Centre du Cancer des Cliniques Universitaires de Saint-Luc, l'Hôpital Erasme et le Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles Iris Sud.

B. Sélection des sujets

En ce qui nous concerne, les sujets devront répondre aux critères d'inclusions et d'exclusions suivants :

- Avoir participé à l'intégralité des étapes de l'étude menée par Merckaert, Lewis et al. (*Improving anxiety regulation in patients with breast cancer at the beginning of the survivorship period: a randomized clinical trial comparing the benefits of single-component and multiple-component group interventions*, 2016) pour les groupes 1 et 2; avoir participé au T0 de l'étude pour le groupe 3.
- Avoir été diagnostiqué d'un cancer du sein (in situ ou évasif) non métastatique et avoir terminé les traitements.
- Avoir une maîtrise suffisante de la langue française afin de répondre aux objectifs de l'étude.
- Avoir donné un accord écrit de participation à l'étude et signé un consentement éclairé.
- Ne pas présenter de troubles cognitifs majeurs.
- Ne pas présenter de troubles psychiatriques majeurs en phase aiguë.
- Ne pas avoir fait de récurrence du cancer ou développé un cancer secondaire depuis la fin des interventions de groupes réalisées. Ni être en récurrence du cancer au moment de l'inclusion dans l'étude.
- Ne pas être en situation palliative.

Enfin, si le sujet est volontaire et répond aux critères d'éligibilité ci-dessus, il recevra toutes les informations nécessaires au déroulement de l'étude avant d'être rencontré.

C. Type d'étude

Il s'agira d'une étude à la fois quantitative et qualitative, réalisée dans le cadre d'un mémoire à l'Université Libre de Bruxelles. Libre de participation et d'interruption, elle récoltera des informations qui resteront confidentielles et totalement anonymes.

V. Recueil des données

A. Rencontre des sujets

A l'heure où nous devons penser cette partie de l'étude, nous n'avons aucunes certitudes quant au déroulement de cette étape. Après la validation éthique et le consentement des référents de l'Institut Jules Bordet acquis, nous proposons de reprendre contact avec la population de l'étude centrale par voie téléphonique. Nous souhaiterions, dans l'idéal, obtenir par la suite une rencontre physique afin de répondre aux objectifs de notre étude, qui sera notamment composée d'un entretien individuel semi-structuré basé sur une grille d'analyse spécifiquement conçue à cet effet, et d'échelles d'auto-évaluation. D'autres alternatives telle que la voie postale ou la création d'un support numérique pourront être envisagées le cas échéant.

B. Instruments d'évaluation

Pour l'heure, les instruments d'évaluation que nous pensons administrés sont cités librement ci-dessous. Ils sont repris de l'étude sur laquelle nous nous basons (Merckaert, Lewis et al., 2016) Certains seront toutefois proposé de manière sélective à nos différents groupes et feront l'objet de nouvelles mesures pour les besoins comparatifs de notre étude :

- Un questionnaire médical recueillant des informations précises sur le patient (type de traitement reçu, temps écoulé depuis le diagnostic, autres interventions psychologiques suivies etc.).

- Un questionnaire spécifique récoltant diverses informations socio-démographiques des sujets (âge, origine culturelle, statut marital, membres de la famille, profession, lieu de vie, scolarité etc.).
- Questionnaire d'évaluation de l'état général et des besoins : il permet, à partir d'une liste de difficultés établies (physiques, psychologiques, financières, relationnelles), de détecter les problèmes des patients, leurs besoins d'aide et leur niveau de difficulté général. Il est quotidiennement utilisé en clinique à l'Institut Jules Bordet.
- Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) : composé de 14 items divisés en deux sous-catégories (dépression et anxiété), ce questionnaire permet d'obtenir des données descriptives sur le niveau d'anxiété, de dépression et de détresse au cours de la semaine précédant l'entretien (Zigmond et al., 1983 ; Razavi et al., 1990 et 1992).
- Questionnaire sur les raisons de refus de participation à l'étude pour les patientes n'ayant pas suivi les interventions de groupe. Il pourrait notamment être pertinent d'observer les différents patterns de réponses dans le temps.
- Questionnaire spécifique évaluant les habitudes de vie et les antécédents psychologiques ou psychiatriques des patientes, développé spécialement pour l'étude de Merckaert et al. (2016).
- L'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) : outil de dépistage fréquemment utilisé au Canada, il permet de détecter 9 symptômes souvent ressentis par les patients atteints d'un cancer. La gravité de chaque symptôme est reportée sur une échelle de Likert à 10 points où 0 représente l'absence de symptômes et 10 la pire manifestation possible. Elle a été modifiée pour les besoins de l'étude initiale, et nous conserverons ces modifications (ajout et suppression de certains symptômes) (Merckaert et al., 2016).
- Questionnaire de qualité de vie (EORTC QLQ-C30 et EORTC QLQ-BR23) : le questionnaire EORTC QLQ-C30 permet d'évaluer le niveau global et spécifique de qualité de vie au moyen d'échelles de fonctionnement (fonctionnement physique, de rôle, émotionnel, cognitif et social) ainsi qu'au moyen d'items liés aux symptômes

(fatigue, nausée et vomissements, douleurs, dyspnée, insomnie, perte d'appétit, constipation, diarrhée et difficultés financières). Le questionnaire EORTC QLQ-BR23 est lui spécifiquement construit pour évaluer la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein au moyen d'échelles fonctionnelles (image du corps, fonctionnement sexuel, satisfaction sexuelle, perspective future) et au moyen d'items liés aux symptômes (effets secondaires de la thérapie systémique, symptômes liés au sein, symptômes liés au bras et mécontentement face à la perte de cheveux).

- Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) (Rosenberg, 1965 ; traduit en français par Valliers et Vallerand, 1990) : c'est un instrument de mesure de l'estime de soi en identifiant la perception globale des individus au sujet de leur propre valeur. Composée de dix items, elle évalue dans quelle mesure le sujet se considère comme une personne de valeurs, qui possède des qualités, dans quelle mesure il présente une attitude positive à l'égard de lui-même et ne se considère pas comme un échec ou comme quelqu'un d'inutile. Le RSE s'évalue sur une échelle de Likert à quatre points (de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord »).
- Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) de Watson et al. (1988). Souvent utilisée, elle permet d'évaluer dans quelle mesure un patient adopte l'une des cinq stratégies d'ajustement suivantes : esprit combatif, impuissance-désespoir, préoccupations anxieuses, fatalisme et évitement.
- Inventaire de la Peur de la Récidive du Cancer (IPRC) : cette échelle est composée de 43 items et évalue sept facteurs de la peur de la récurrence : les éléments déclencheurs, la sévérité, la détresse psychologique avec la description des pensées intrusives, la perturbation du fonctionnement, l'autocritique, les stratégies d'adaptation et la réassurance (Simard & Savard, 2009).
- Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP) de Bruchon-Schweizer (1998) : il permet d'évaluer quatre types de soutien (émotionnel, d'estime, informatif et matériel et instrumental) et fournit un score de disponibilité (nombre de personnes qui peuvent apporter du soutien) et de satisfaction (qualité perçue du soutien).

- Courtauld Emotional Control Scale (CECS) de Watson et al. (1983). Cette échelle est composée de 21 items évaluant sur une échelle à quatre points (de « presque jamais » à « presque toujours ») le contrôle de trois émotions négatives (hostilité-colère, anxiété, dépression, ainsi qu'un score total de contrôle des émotions).
- Ways of Coping Checklist de Lazarus et Folkman (1984), révisée par Vitaliano et al ; (1985) et traduite et adaptée par Cousson et al. (1996) est une échelle utilisée pour évaluer les stratégies d'ajustement au stress. Ses 27 items sont divisés en trois facteurs et sont reportés sur une échelle de Likert à quatre degrés : coping centré sur les problèmes (effort, plan d'action, se battre, trouver des solutions etc.), coping centré sur l'émotion (éviter, culpabilité, autocritique, besoin d'oublier etc ;) et recherche de soutien social (informatif, matériel, émotionnel etc ;).
- Questionnaire de relaxation développé spécifiquement pour l'étude centrale permettant d'évaluer si les patientes pratiquent des exercices de relaxation, à quel rythme, dans quel but et au moyen de quelles techniques. (Merckaert et al., 2016).
- Questionnaire sur les prises en charge thérapeutiques : il permet d'évaluer si les patientes ont rencontré d'autres professionnels (médecins, psychothérapeutes etc.) depuis la dernière évaluation.
- Toronto Alexithymia Scale (TAS) traduite et validée en français par Loas et al. (1996 et 1997) : composée de 20 items qui regroupent trois dimensions : la difficulté à identifier ses états émotionnels, la difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui et la pensée opératoire.
- Traduction française du questionnaire sur l'impact du cancer (IOC version 2). Ce questionnaire est composé de 50 items repartis en 3 domaines : impact positif, impact négatif, impact sur les relations et le domaine professionnel.
- Echelle des inquiétudes au sujet du cancer (*Worry about Cancer Scale*) de Easterling et Leventhal (1989). Elle évalue les éléments déclencheurs favorisant les inquiétudes au sujet du cancer, le risque perçu et la détresse au sujet de la possibilité d'une récurrence du cancer.

- Echelle d'Evaluation des Préoccupations des Survivants de Gotay et Pagano (2007) : elle mesure les craintes au sujet de la récurrence du cancer et de la santé en général, présentes chez des survivants du cancer.
- Echelle des préoccupations à propos d'une récurrence (*Concerns About Recurrence Scale - CARS*) de Vickberg (2003). Elle évalue l'étendue de la peur de la récurrence du cancer globale (par exemple, fréquence, durée, intensité) et la nature spécifique des craintes, c'est-à-dire, qu'est-ce que les femmes craignent quant à la possibilité d'une récurrence de leur cancer du sein ? (Cité par Simard, 2008).
- Questionnaire de la Peur d'une Progression (PR-Q) de Herschbach et al. (2005) : Elle évalue cinq dimensions de la peur de la progression (les réactions affectives, le partenariat ou la famille, le travail, la perte d'autonomie et les stratégies d'adaptation face à l'anxiété) de trois maladies chroniques, à savoir le cancer, le diabète et les maladies rhumatoïdes.
- La version française du questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude (IUI Version 3) validée en 2008 par Gosselin et son équipe. Ce questionnaire comporte deux parties et 45 items : partie A (15 items) et partie B (30 items). La partie A mesure la tendance excessive d'un individu à considérer l'incertitude dans la vie ou la possibilité qu'un événement négatif puisse survenir comme inacceptable. La partie B évalue 6 manifestations comportementales, cognitives et les conséquences associées à l'intolérance à l'incertitude en 6 items tel que : la surestimation de la probabilité qu'un événement négatif se produira, l'évitement, l'inquiétude, la recherche de réconfort, le doute et le contrôle (Gosselin et al. 2008).
- Nous développerons également des questionnaires sur mesure qui viendront évaluer spécifiquement des critères que nous jugerons importants à notre recherche. Ils pourront

par exemple permettre d'investiguer plus spécifiquement les difficultés et besoins des patientes, notamment de manière chronologique, d'évaluer la perception du sujet quant à la qualité des interventions et des relations avec l'équipe médicale, le nombre et la qualité des informations reçues, la perception des risques, les facteurs de risques, les sphères personnelles impactées par la crainte de la récurrence ou l'anxiété, les relations interpersonnelles, le support social etc. Enfin, dans le but de procéder à une analyse qualitative du discours des sujets, un entretien semi-structuré sur base d'une grille d'analyse sera notamment conçu dans cette optique.

VI. Analyse des résultats

Dans un premier temps, les analyses statistiques des données récoltées seront réalisées à l'aide du logiciel informatique *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 7).

Dans un second temps, nous procéderons à une analyse quantitative et qualitative en fonction des données récoltées à l'aide des caractéristiques personnelles et socio-démographiques, des différents questionnaires pré-cités, des entretiens semi-structurés, de la grille d'analyse dans le but d'infirmer ou de confirmer nos hypothèses.

VII. Bibliographie

American cancer Society. (2010-2011). *Cancer facts and figures*.

http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF_finalPWSecured.pdf.

World Health Organization. GLOBOCAN (2008). Fast stats: more developed nations.

<http://globocan.iarc.fr/>.

Institut National du Cancer. *La situation du cancer en France en 2009*. www.e-cancer.fr.

Belgian Cancer Registry. *Le cancer en chiffres : aperçu des dix cancers les plus courants par sexe en Belgique en 2014*. <http://www.kankerregister.org>.

Fondation contre le cancer. <http://www.cancer.be>.

Vickberg, S. M. (2003). The concern about recurrence scale (CARS): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24.

Vickberg, S. M. (2001). Fears about breast cancer recurrence: Interviews with a diverse sample. *Cancer practice*, 9(5), 237-243.

Kelly, K. M., Ajmera, M., Bhattacharjee, S., Vohra, R., Hobbs, G., Chaudhary, L., Abraham, J., and Agnese, D. (2013). Perception of cancer recurrence risk: more information is better. *Patient Education and Counseling*, 90, 361-366.

Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N., Monnereau, A., Bouvier, A.-M., Colonna, M., Bossard, N., Woronoff, A.-S., Grosclaude, P. (2016). *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 : Tumeurs solides*. Saint-Maurice : institut de veille sanitaire.

Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M. M. (2005). Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer Supplement*, 104(11), 2565-2576.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.

Lang, P.J., Davis, M., Ohman, A. (2000). Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *J Affect Disord*, 61(3), 137–159.

Fredette, S. L. (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18(1), 35-46.

Kash, K., Holland, J. C, Halper, M. S., & Miller, D. G. (1992). Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 24-30.

Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Rev Neurother*, 10(2), 263–273.

Foster, C., Wright, D., Hill, H., & al. (2009). Psychological implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 18, 223-247.

Mehta, S. S., Lubeck, D. P., Pasta, D. J., & Litwin, M. S. (2003). Fear of cancer recurrence in patients undergoing definitive treatment for prostate cancer: Results from *CaPSURE*. *Journal of Urology*, 170(5), 1931-1933.

Rosedale, M., Fu, M. R. (2010). Confronting the unexpected: temporal, situational, and attributive dimensions of distressing symptom experience for breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 37(1), 28–33.

Gil, K. M., Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Germino, L. S., Porter, L., et al. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 633-639.

Kornblith, A. B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30(6), 799-813.

Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., et al. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*.

Savard, J., and Ivers, H. (2013). The evolution of fear of cancer recurrence during the cancer care trajectory and its relationship with cancer characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*.

Faymonville, M. E., et al. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*, 17, 255-260.

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., et al. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*, 7(3), 300–322.

Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L., Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support : prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19(2), 141–149.

Merckaert, I., Lewis, F., Delevallez, F., Herman, S., Caillier, M., Delvaux, N., Libert, Y., Liénard, A., Nogaret, J.-M., Ogez, D., Scalliet, P., Slachmuylder, J.-L., Van Houtte, P., and Razavi, D. (2016). Improving anxiety regulation in patients with breast cancer at the beginning of the survivorship period: a randomized clinical trial comparing the benefits of single-component and multiple-component group interventions. *Psycho-Oncology*, doi: 10.1002/pon.4294.

Zigmond, A. S., Snaith, P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361–370.

- Traeger, L., Greer, J. A., Fernandez-Robles, C., Temel, J. S., Pirl, W. F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol*, 30(11), 1197–1205.
- Rehse, B., Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50, 179-186.
- Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A., & Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20.
- Naaman, S.C., Radwan, K., Fergusson, D., Johnson, S. (2009). Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry*, 72(1), 50–69.
- Penedo, F. J., Dahn, J. R., Gonzalez, J. S., Molton, I., Kinsinger, D., Roos, B., et al. (2004). Cognitive behavioral stress management improves stress management skills and quality of life in men recovering from prostate cancer treatment. *Cancer*, 100, 192-200.
- Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Carver, C. S. et al. (2006). Reduction of cancer specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer.
- Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14(3), 204-212.
- Spencer, S.M., Lehman, J.M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C.S., Antoni, M.H., ..., Ironson, G. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multi-ethnic sample of early stage patients. *Health Psychology*, 18(2), 159-168.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726.
- Black, E. K., & White, C. A. (2005). Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14, 510-515.

Cella, D. F., Mahon, S. M., & Donovan, M. I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*, 16(1), 15-22.

Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15, 306-20.

Deimling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. F., & Schaeffer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology*, 11(6), 479-494.

Gotay, C. C., & Pagano, I. S. (2007). Assessment of Survivor Concerns (ASC): A newly proposed brief questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 1-11.

Hartl, K., Janni, W., Kastner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., & Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14(7), 1064-1071.

Muzzin, L.J., Anderson, N.J., Figueredo, A.T., & Gudelis, S.O. (1994). The experience of cancer. *Social Science and Medicine*, 38(9), 1201-1208.

Hall, A., & Followfield, L. (1989). Psychological outcome of treatment for early breast cancer: A review. *Stress Medicine*, 5, 167-175.

Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of psychosomatic Research*, 58, 505-511.

Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., Henrich, G., et al. (2010). Evaluation of two groups therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 18(4), 471-479.

Watson, A., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., Robertson, B. (1998). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, 18(1), 203–209.

O'Neill, M. P. (1975). Psychological aspects of cancer recovery. *Cancer*, 36(1), 271-273.

Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2007). Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 225-232.

Maher, E.L. (1982). Anomic aspects of recovery from cancer. *Social Science & Medicine*, 16(8), 907-912.

Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A, Hunt, G.E., Stenlake, A., Hobbs, K.M., Wain, G. et al. (2007). Long-term survival from gynecologic cancer: Psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecologic Oncology*, 104, 381-389.

Andersen, B. L., Yang, H.-C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C. F., Thornton, L. M., Young, D. C. & Carson, W. E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. A randomized clinical trial. *American Cancer Society*, 113(12), 3450-3458.

Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., and Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77(12), 2381-2385.

Montazeri, A., Sajadian, A., Ebrahimi, M., Haghighat, S., & Harirchi, I. (2007). Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 144-149.

Chantier, M., Podbilewicz-Schuller, Y., & Mortimer, J. (2005). Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2-3), 65-11.

Humphris, G.M., Rogers, S.N., McNally, D., Lee-Jones, C., Brown, J., & Vaughan, D. (2003). Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 32, 486-491.

Sneeuw, K. C. A., Aaronson, N. K., Yarnold, J. R., Broderick, M., Regan, J., Ross, G., et al. (1992). Cosmetic and functional outcomes of breast conserving treatment for early breast cancer. 2. Relationship with psychosocial functioning. *Radiotherapy and Oncology*, 25, 160-166.

Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M.B. (1997). Fear of cancer recurrence - a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6, 95-105.

Easterling, D. V., & Leventhal, H. (1989). Contribution of concrete cognition to emotion: Neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 787-796.

Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G., & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1273-1280.

King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9(1), 789-800.

Mellon, S., Kershaw, T.S., Northouse, L.L., & Freeman-Gibb, L. (2007). A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 16, 214-223.

Mellon, S., Northouse, L. L., & Weiss, L. K. (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*, 29(2), 120-133.

Simard, S. (2008). *Vers une conceptualisation multidimensionnelle de la peur de la récurrence du cancer : évaluation, nature des pensées intrusives et comorbidité psychiatrique*. (Thèse de doctorat). Université Laval, Québec.

Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 17, 241-251.

Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, 4, 361-371.

Suchocka-Capuano, A., & Bungener, C. (2010). Peur de la récurrence et/ou progression du cancer et prévention en santé mentale. *Psycho-Oncology*, 4, 237-243.

Young, K.E., & White, C.A. (2006). The prevalence and moderators of fatigue in people who have been successfully treated for cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 29-38.

Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(1), 89-106.

Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000b). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behavior and Research Therapy*, 38(2), 157-173.

Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 25(3), 555-562.

Mast, M. S., Kindlimann, A., and Langewitz, W. (2005). Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling*.

Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française de l'HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de Psychologie Appliquée*, 39(4), 295-308.

Razavi, D., Delvaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Welch-McCaffrey, D., Hoffman, B., Leigh, S. A., Loescher, L. J., & Meyskens, F. L. (1989). Surviving adult cancers. Part 2: Psychological implications. *Annals of Internal Medicine*, 111, 517-524.

Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., and Brenner, H. (2005). Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *J Clin Oncol*, 23, 4945-4953.

Stark, D. P., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 53(10), 1261-1267.

Northouse, L. L. (1981). Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing*, 4(3), 227-230.

Meyer, L., & Aspegren, K. (1989). Long-term psychological sequelae of mastectomy and breast conserving treatment for breast cancer. *Acta Oncologica*, 28, 13-18.

Kemeny, M. M., Wellish, D. K., & Schain, W. S. (1988). Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer*, 62, 1231-1237.

Lasry, J.-C. M., & Margolese, R. G. (1992). Fear of recurrence, breast-conserving surgery, and the trade-off hypothesis. *Cancer*, 69, 2111-2115.

Kiebert, G. M., Welvaart, K., & Kievit, J. (1993). Psychological effects of routine follow-up on cancer patients after surgery. *European Journal of Surgery*, 159, 601-607.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

