

Modèle multidimensionnel de la peur de la récurrence / progression du cancer

Sébastien Simard, Ph. D., psychologue

Professeur, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi, Qc, Canada

Document de travail / note conceptuelle

2026

La peur de la récurrence ou de la progression du cancer (PRC) est l'une des préoccupations les plus fréquentes chez les survivants du cancer (Simard et al., 2013). Après un diagnostic de cancer, il est normal que certains symptômes, examens ou rappels de la maladie ravivent des inquiétudes quant à l'avenir et la possibilité que le cancer revienne ou progresse. Chez plusieurs personnes, cette peur demeure passagère et proportionnelle à la situation. Chez d'autres, elle devient plus persistante, envahissante et difficile à contrôler. Le modèle conceptuel présenté à la Figure 1 vise à organiser les principales composantes de la PRC autour d'une idée centrale : *la peur prend forme à partir de la manière dont des indices liés à la maladie sont interprétés comme des signes possibles de récurrence, de progression ou d'aggravation*. Ce modèle s'appuie sur les travaux issus du modèle d'autorégulation de la maladie (Leventhal et al., 1992), sur les modèles cognitifs de la PRC (Lee-Jones et al., 1997) et sur les approches mettant en évidence le rôle du traitement de l'information, des biais attentionnels et des métacognitions (Fardell et al., 2016).

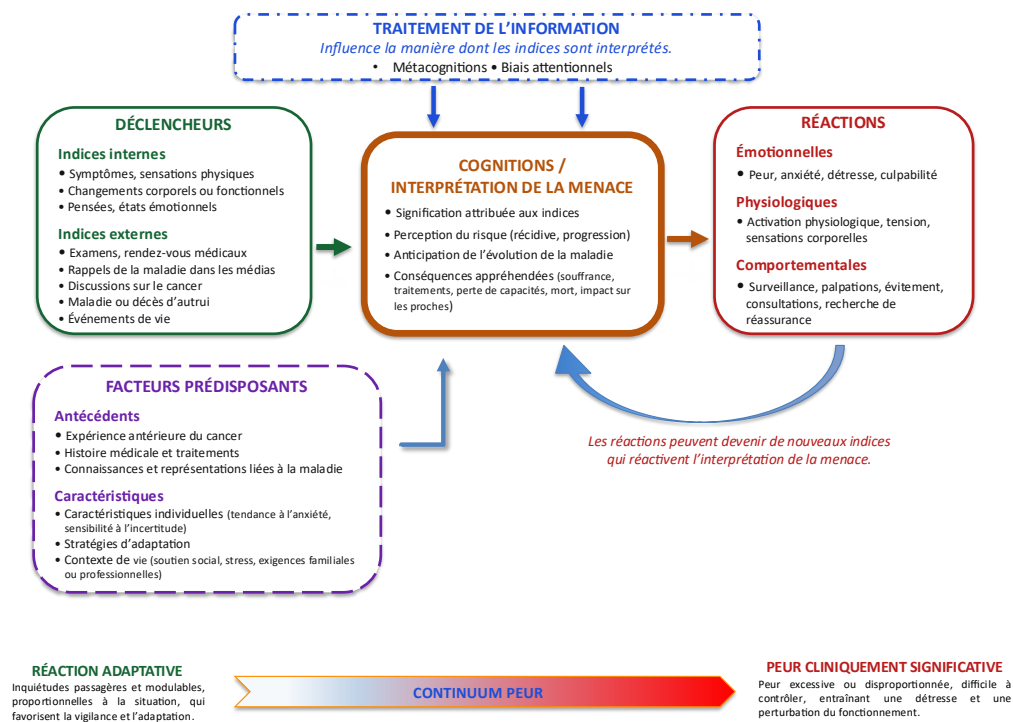


Figure 1. Modèle multidimensionnel de la peur de la récurrence/progression

Note. Figure élaborée par l'auteur à partir des travaux sur la PRC

Dans ce modèle, la PRC est d'abord activée par des **déclencheurs**. Ceux-ci peuvent être des indices internes, comme des sensations physiques, des changements corporels ou fonctionnels, des pensées ou encore certains états émotionnels. Il peut s'agir aussi d'indices externes, comme des examens ou des rendez-vous médicaux, des rappels de la maladie dans les médias, des discussions sur le cancer, la maladie ou le décès d'autrui, ainsi que différents événements de vie positifs et négatifs. Ces déclencheurs n'ont toutefois pas une valeur menaçante en soi. Un même symptôme, un même examen ou un même rappel de la maladie peut susciter peu d'inquiétude chez une personne et beaucoup chez une autre. Le modèle repose donc sur l'idée que la PRC ne dépend pas uniquement de la présence d'indices, mais surtout de la signification qui leur est attribuée.

Le cœur du modèle se situe ainsi dans les **cognitions** (les pensées, les intrusions cognitives), soit la perception et l'interprétation de la menace. Lorsqu'un indice est perçu, la personne lui donne un sens en fonction de ce qu'il pourrait signifier ou annoncer pour l'avenir. Cette interprétation comprend la signification attribuée aux indices et aux réactions, la perception du risque de récurrence ou de progression, l'anticipation de l'évolution de la maladie et les conséquences appréhendées, par exemple la souffrance, la reprise des traitements, la perte de capacités, la mort ou l'impact sur les proches. Dans cette perspective, la PRC ne se réduit pas à la présence de symptômes émotionnels ou à une inquiétude générale face à la santé. Elle repose plus spécifiquement sur une interprétation menaçante d'indices associés à une maladie déjà vécue ou toujours présente, et sur l'anticipation des conséquences qu'aurait le retour ou une évolution défavorable de cette maladie.

Cette interprétation est influencée par des **facteurs prédisposants**. Ceux-ci comprennent des antécédents, comme l'expérience antérieure du cancer ou de la maladie, l'histoire médicale et les traitements reçus, ainsi que les connaissances et les représentations liées à la maladie. Ils comprennent aussi des caractéristiques plus personnelles ou contextuelles, comme certaines caractéristiques individuelles, les stratégies d'adaptation habituellement utilisées et le contexte de vie, notamment le soutien social, le stress ou les exigences familiales et professionnelles. Ces facteurs n'expliquent pas à eux seuls la peur, mais ils contribuent à la façon dont les déclencheurs et les réactions sont compris. Ils influencent, par exemple, la probabilité qu'une pensée soit perçue comme banale ou alarmante, qu'un examen soit vécu comme rassurant ou menaçant, ou qu'une sensation corporelle soit interprétée comme un signe possible de récurrence.

Le modèle accorde aussi une place importante au **traitement de l'information**. Celui-ci comprend les métacognitions et certains biais attentionnels, comme la difficulté à se dégager de la menace et l'évitement cognitif. Le traitement de l'information n'est pas présenté comme une étape distincte qui s'ajouterait aux autres, mais comme un ensemble de processus qui influencent la manière dont les indices et les réactions sont interprétés. Par exemple, une personne peut porter une attention accrue à certains signes perçus comme menaçants, avoir de la difficulté à se dégager de pensées liées à la récurrence, considérer ses inquiétudes comme utiles ou incontrôlables, ou encore vouloir éviter certaines informations ou pensées afin de réduire sa détresse. Une certaine hypervigilance face aux signes liés à la maladie peut être fréquente après un diagnostic de cancer. Ce sont davantage la difficulté à se dégager de la menace et le recours à l'évitement qui contribuent au maintien, à l'envahissement et au caractère cliniquement significatif de la peur.

La perception et l'interprétation des indices internes et externes déterminent la nature et l'intensité des **réactions** émotionnelles, physiologiques et comportementales. Sur le plan émotionnel, la PRC peut se manifester par de la peur, de l'anxiété, de la détresse, de la culpabilité ou même de la colère. Sur le plan physiologique, elle peut s'accompagner d'activation physiologique, de tension ou de sensations corporelles. Sur le plan comportemental, elle peut se traduire par de la surveillance, de la palpation, de la vérification, de l'évitement, des consultations répétées ou la recherche de réassurance. Le modèle propose que ces réactions ne soient pas vues uniquement comme des conséquences de la peur dans une vision linéaire. Elles peuvent aussi devenir de nouveaux indices qui alimentent, à leur tour, l'interprétation d'une menace. Une sensation corporelle amplifiée par l'anxiété, une vigilance accrue envers le corps ou certains comportements de vérification peuvent ainsi être relus comme des signes qu'un problème est en train d'apparaître ou de s'aggraver. Cette boucle de rétroaction contribue à l'augmentation et au maintien de la PRC chez certaines personnes.

Enfin, ce modèle s'inscrit sur l'idée d'un **continuum de PRC** allant d'une réaction normale et adaptative à une peur persistante, envahissante et cliniquement significative. Dans sa forme la plus adaptative, la peur peut prendre la forme d'inquiétudes passagères et modulables, proportionnelles à la situation, qui favorisent la vigilance et l'adaptation. À l'autre extrémité du continuum, elle devient plus problématique lorsqu'elle est excessive ou disproportionnée, difficile à contrôler, associée à une détresse importante et à une perturbation du fonctionnement. La spécificité de la PRC tient au fait qu'elle s'ancre dans l'expérience d'une maladie bien réelle et dans la possibilité plausible de sa récurrence, de sa progression ou de son aggravation. Elle ne renvoie donc pas seulement à une menace abstraite ou hypothétique, mais à l'anticipation d'un risque médical concret, orienté vers l'avenir et interprété à partir de l'expérience de la maladie et des caractéristiques propres à la personne.

Ce modèle vise à offrir un cadre simple pour comprendre la nature multidimensionnelle de la PRC et pour orienter l'évaluation clinique, la recherche et le développement d'interventions. Il a guidé le développement et la conceptualisation du *Fear of Cancer Recurrence Inventory-Inventaire de la peur de la récurrence du cancer* (FCRI/IPRC; Simard et Savard, 2009) et oriente ma programmation de recherche. Bien qu'il ait été élaboré en contexte oncologique, il utilise une terminologie suffisamment générale pour soutenir, à terme, une réflexion plus large sur d'autres maladies chroniques marquées par l'incertitude, la menace d'aggravation et la crainte d'une évolution défavorable.

© 2026 Sébastien Simard. Tous droits réservés.

Aucune partie de ce document, y compris la figure présentée, ne peut être reproduite, adaptée ou diffusée à des fins commerciales sans l'autorisation écrite de l'auteur. La citation du document à des fins de recherche, d'enseignement ou d'étude est encouragée conformément aux dispositions applicables de la Loi sur le droit d'auteur.

Multidimensional Model of Fear of Cancer Recurrence/Progression

Sébastien Simard, PhD, Psychologist

Professor, Department of Health Sciences, Université du Québec à Chicoutimi, Quebec, Canada

Working paper / conceptual note

2026

Fear of cancer recurrence or progression (FCR) is one of the most common concerns among cancer survivors (Simard et al., 2013). After a cancer diagnosis, it is normal for symptoms, medical examinations, or reminders of the disease to activate worries about the future and the possibility that the cancer may return or progress. For many people, this fear remains transient and proportionate to the situation. For others, it becomes more persistent, intrusive, and difficult to control. The conceptual model presented in Figure 1 is intended to organize the main components of FCR around a central idea: fear takes shape through the way disease-related cues are interpreted as possible signs of recurrence, progression, or worsening. This model draws on the common-sense model of illness self-regulation (Leventhal et al., 1992), cognitive models of FCR (Lee-Jones et al., 1997), and approaches highlighting the role of information processing, attentional biases, and metacognitions (Fardell et al., 2016).

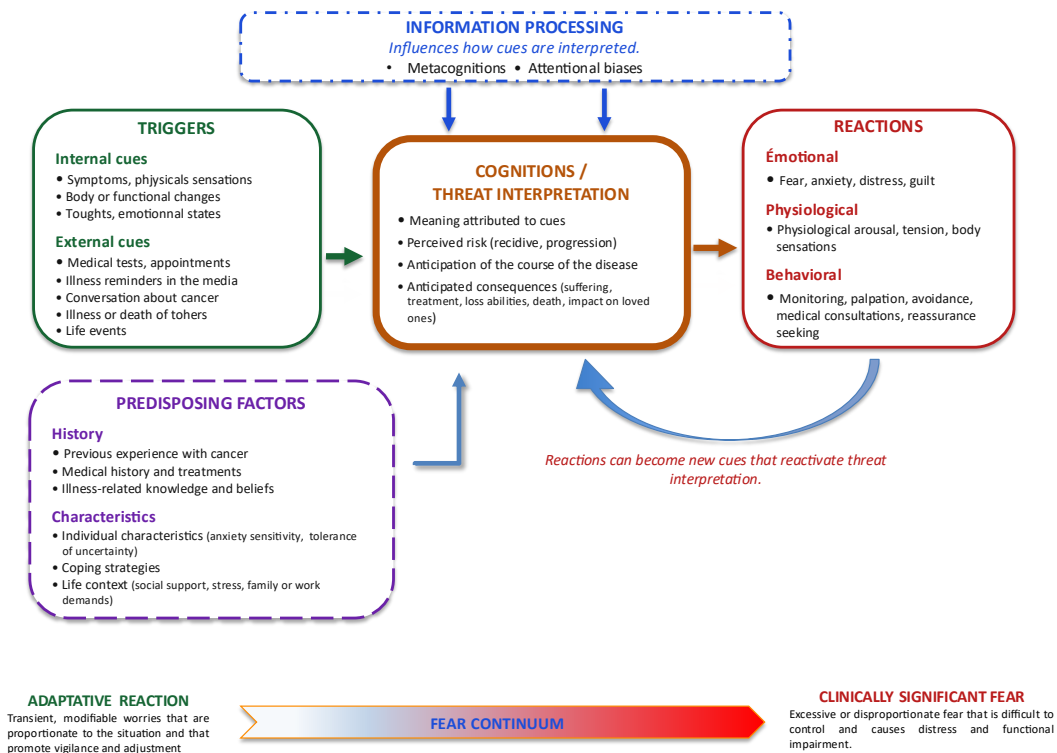


Figure 1. Multidimensional model of fear of cancer recurrence/progression.

Note. Figure developed by the author based on work on FRC.

In this model, FCR is first activated by **triggers**. These may be internal cues, such as physical sensations, bodily or functional changes, thoughts, or emotional states. They may also be external cues, such as medical tests or appointments, reminders of the illness in the media, conversations about cancer, the illness or death of others, and a range of positive or negative life events. However, these triggers are not inherently threatening in themselves. The same symptoms, medical examination, or reminder of the illness may elicit little concern in one person and substantial concern in another. The model therefore assumes that FCR does not depend solely on the presence of cues, but, above all, on the meaning attributed to them.

The core of the model lies in **cognitions**— thoughts and cognitive intrusions—and, more specifically, in the perception and interpretation of threats. When a cue is perceived, the person assigns meaning to it based on what it might signify or foreshadow for the future. This interpretation includes the meaning attributed to cues, perceived risk of recurrence or progression, anticipation of the course of the disease, and anticipated consequences such as suffering, resumption of treatment, loss of abilities, death, or the impact on loved ones. From this perspective, FCR is not reducible to emotional symptoms or to a general concern about health. More specifically, it rests on a threatening interpretation of cues associated with a disease that has already been experienced or is still present, and on the anticipation of the consequences that a return or unfavourable evolution of that disease might entail.

This interpretation is influenced by **predisposing factors**. These include prior experiences, such as previous experience with cancer or illness, medical history and treatments received, as well as knowledge of and beliefs about the illness. They also include more personal or contextual characteristics, such as individual characteristics, coping strategies typically used, and life context, including social support, stress, and family or work demands. These factors do not, by themselves, explain fear, but they contribute to the way triggers are understood. They influence, for example, the likelihood that a thought will be perceived as harmless or alarming, that a medical examination will be experienced as reassuring or threatening, or that a bodily sensation will be interpreted as a possible sign of recurrence.

The model also gives an important place to **information processing**. This includes metacognitions and certain attentional biases, such as difficulty disengaging from threats and cognitive avoidance. Information processing is not presented as a distinct step added to the others, but rather as a set of processes that influence how cues and reactions are interpreted. For example, a person may pay heightened attention to certain signs perceived as threatening, have difficulty disengaging from thoughts related to recurrence, regard their worries as useful or uncontrollable, or try to avoid certain information or thoughts in order to reduce distress. A certain degree of hypervigilance to illness-related cues may be common after a cancer diagnosis. What appears to contribute more directly to the maintenance, intrusiveness, and clinical significance of fear is difficulty disengaging from threat together with the use of avoidance.

The perception and interpretation of internal and external cues determine the nature and intensity of emotional, physiological, and behavioural **reactions**. Emotionally, FCR may manifest as fear, anxiety, distress, guilt, or even anger. Physiologically, it may be accompanied by physiological arousal, tension, or bodily sensations. Behaviourally, it may be expressed through monitoring, palpation, checking, avoidance, repeated consultations, or reassurance seeking. The model proposes that these reactions should not be viewed solely as consequences of fear in a linear sense. They can also become new cues that, in turn, fuel the interpretation of threats. A bodily sensation amplified by anxiety, heightened vigilance toward the body, or certain checking behaviours may thus be reread as signs that a problem is emerging or worsening. This feedback loop contributes to the escalation and maintenance of FCR in some individuals.

Finally, this model is based on the idea of an **FCR continuum** ranging from a normal and adaptive reaction to a persistent, intrusive, and clinically significant fear. In its more adaptive form, fear may take the form of transient and modifiable worries that are proportionate to the situation and that promote vigilance and adjustment. At the other end of the continuum, fear becomes more problematic when it is excessive or disproportionate, difficult to control, and associated with significant distress and impaired functioning. What is specific to FCR is that it is grounded in the experience of a very real illness and in the plausible possibility of its recurrence, progression, or worsening. It therefore does not refer merely to an abstract or hypothetical threat, but to the anticipation of a concrete medical risk, oriented toward the future and interpreted in light of the person's experience of illness and individual characteristics.

This model is intended to provide a simple framework for understanding the multidimensional nature of FCR and to guide clinical assessment, research, and intervention development. It guided the development and conceptualization of the *Fear of Cancer Recurrence Inventory–Inventaire de la peur de la récurrence du cancer* (FCRI/IPRC; Simard & Savard, 2009) and continues to inform my research program. Although it was developed in an oncology context, it uses terminology that is sufficiently general to support, in the longer term, broader reflection on other chronic illnesses characterized by uncertainty, the threat of worsening, and fear of an unfavourable course.

© 2026 Sébastien Simard. All rights reserved.

No part of this document, including the conceptual model and figure, may be reproduced, adapted, or used for commercial purposes without the prior written permission of the author. Citation of this work for research, teaching, or private study is encouraged in accordance with applicable copyright legislation.

Références/References

- Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A., Girgis, A., Byrne, D., & Lebel, S. (2016). Fear of cancer recurrence: A theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 663–673.
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., & Butow, P. (2017). Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology*, 26(4), 424–427.
- 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(2), 95–105.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7–30). Pergamon Press.
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., Afiyanti, Y., Bell, K. J. L., Custers, J. A. E., Wit, N. J., Fisher, P. L., Galica, J., Garland, S. N., Helsper, C. W., Jeppesen, M. M., Liu, J., ... & van der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(6), 879–892.
- Maheu, C., Tock, W. L., Fisher, P., Galica, J., Singh, M., Centeno, I., Hébert, M., Moran, C., Pietruczuk, P., Dinkel, A., Zwaal, C., Thewes, B., & Estapé, T. (2025). Systematic Review of Fear of Cancer Recurrence Patient-Reported Outcome Measures: Evaluating Methodological Quality and Measurement Properties Using the COSMIN Checklist. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(17), 2165.
- Mutsaers, B., Butow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Thewes, B., & Lebel, S. (2020). Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. *Psycho-oncology*, 29(2), 430–436.
- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of cancer recurrence inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 241–251.
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300–322.