

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ANNE ANTHOINE-MILHOMME-BAUMGARTNER

LE RÔLE DU SOUTIEN SOCIAL DANS LA PEUR DE LA RÉCIDIVE DU
CANCER CHEZ DES SURVIVANTS D'UN CANCER DU SEIN, DE LA
PROSTATE, DU POUMON OU COLORECTAL.

AVRIL 2026

Résumé

La peur de la récurrence du cancer (PRC) constitue une préoccupation fréquente chez les survivants du cancer, affectant significativement leur qualité de vie et leur bien-être psychologique. Si plusieurs de ses déterminants sont aujourd'hui bien documentés, notamment sur les plans sociodémographiques, médicaux et psychologiques, les déterminants sociaux de la PRC ont quant à eux reçu moins d'attention. Pourtant, l'effet bénéfique du soutien social sur la santé physique et mentale a été largement démontré dans le contexte de la maladie. Toutefois, les résultats des études dans le contexte de la PRC demeurent hétérogènes, et peu d'entre elles ont considéré la complexité multidimensionnelle de ces construits. Le présent essai doctoral vise à approfondir la compréhension des liens entre le soutien social perçu et la PRC à l'aide d'un devis quantitatif. Il repose sur des analyses secondaires réalisées à partir d'une vaste base de données regroupant 2 562 survivants d'un cancer du sein, de la prostate, du poumon ou colorectal. Il se distingue par l'inclusion d'un échantillon diversifié en termes de principaux types de cancer et de différents moments dans la trajectoire de la maladie, ainsi que par l'utilisation de questionnaires validés et multidimensionnels, soit l'*Inventaire de la peur de la récurrence du cancer* (IPRC) et une version adaptée du *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS). Les résultats confirment que certaines caractéristiques médicales, sociodémographiques et psychologiques bien établies sont associées à des niveaux plus élevés de PRC. Plus encore, ils démontrent que le soutien social perçu, et plus spécifiquement la satisfaction à l'égard de ce soutien, contribue à la variance de la PRC après avoir contrôlé pour l'effet de ces caractéristiques. Ces résultats mettent en lumière l'importance de la perception subjective du soutien social dans la PRC des survivants du cancer et soulignent des pistes d'intervention. En conclusion, cet essai doctoral invite à considérer le soutien social non seulement comme un facteur contextuel, mais comme une variable importante dans l'adaptation au cancer et la gestion de la PRC.

Table des matières

Résumé.....	ii
Liste des tableaux.....	iv
Liste des figures	v
Liste des abréviations symboles ou sigles.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction	1
Chapitre 1 : Contexte théorique	8
La peur de la récurrence du cancer.....	9
Définition et prévalence.....	9
Les conséquences et les déterminants de la PRC	17
Le soutien social.....	30
Définitions et rôles du soutien social.....	30
Les relations entre les dimensions du soutien social et la PRC.....	36
Limites des études.....	46
Objectifs et questions de recherche	50
Démarche de réalisation de l'essai.....	51
Chapitre 2 : Article scientifique	52
Chapitre 3 : Conclusion générale	117
Références	124
Appendice A Approbation éthique.....	147
Appendice B Questionnaire évaluant le soutien social	149

Liste des tableaux

Tableau

1	Les conséquences de la PRC.....	19
2	Les déterminants sociodémographiques et médicaux de la PRC	22
3	Les prédicteurs psychosociaux de la PRC	23
4	Les différents types de soutien fonctionnel	35

Liste des figures

Figure

- 1 Conceptualisation multidimensionnelle de la PRC..... 15
- 2 Conceptualisation du soutien social..... 36

Liste des abréviations symboles ou sigles

PRC.....Peur de la récurrence du cancer

IPRCInventaire de la peur de la récurrence du cancer

MOS-SSSMedical Outcomes Study Social Support Survey

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CWR..... Cancer Worry Scale

CRS Concerns about Recurrence Scale

FoP-Q Fear of Progression Questionnaire

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à ma direction et à ma codirection pour les quatre années qui viennent de s'écouler. À Christiane, merci pour tes encouragements constants, ton accompagnement bienveillant et la confiance que tu as toujours manifestée à mon égard. À Sébastien, merci d'avoir nourri mes réflexions, de m'avoir encouragé et accompagné à sortir de ma zone de confort et ton engagement pour créer les conditions les plus favorables pour moi.

Je tiens à remercier ma famille, Danno, Maman, Juju et Mousse, qui a embarqué dans cette aventure avec moi, comme elle le fait depuis mon départ au Québec il y a déjà huit ans. La distance n'a jamais été un obstacle : au contraire, elle a renforcé nos liens. Vous avez toujours été là, dans les moments de doute comme dans les périodes plus lumineuses, m'offrant un soutien empreint de douceur et de bienveillance. Votre fierté m'a souvent rappelé le sens de ce travail et m'a donné l'élan nécessaire pour continuer. Merci pour vos blagues et votre capacité à me faire relativiser, ainsi que pour vos nombreuses relectures. À Édith, destinataire officielle de mes messages vocaux matinaux (souvent interminables), merci d'avoir accompagné toutes les étapes de cette aventure avec autant de patience et d'enthousiasme. Tu as rendu ce parcours infiniment plus léger.

À mes copain.ine.s Audrey, Ben, Clara, Dahlia, Em, Gab et Lucas, je suis très reconnaissante d'avoir partagé cette aventure avec vous. Cet espace pour nous encourager, ventiler et parfois simplement rire a été précieux : je n'aurais pas pu rêver d'une meilleure cohorte. Un merci tout particulier à Lucas, petit îlot de douceur qui m'a permis de décrocher quand j'en avais besoin ; à Gab, mon binôme du quotidien,

complice des euphories et moteur pour me crinquer à avancer ; et à Dahlia, pour ta douceur, tes encouragements et nos longues discussions qui m'ont aidée à garder le cap et à ne jamais me sentir seule dans cette traversée.

Ouf, c'est fini !

Introduction

Des données récentes révèlent que près de la moitié des Canadiens recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie (Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, 2020, 2022). Plus concrètement, cela signifie qu'en 2022, il est estimé que 233 900 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués au Canada (Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, 2022). Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués sont ceux de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme. À l'heure actuelle, le cancer représente encore la première cause de mortalité au Canada ; il est estimé qu'un Canadien sur quatre en décèdera (Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, 2021). Fort heureusement, la mortalité par cancer a diminué au fil du temps, grâce aux avancées médicales permettant une détection plus précoce et offrant des alternatives de traitement plus efficaces. À cet effet, un rapport de la Société canadienne du cancer révèle que le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer est passé de 1 million en 2008 à 1,5 million en 2018 (Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, 2020, 2021, 2022). Ainsi, davantage de personnes survivent à un cancer ce qui implique de nouveaux enjeux dans le vécu et la prise en charge des personnes atteintes ouvrant ainsi la voie à de nouvelles avenues de recherche.

Conformément à la vision adoptée par la Société canadienne du cancer (2023), une personne atteinte de cancer est considérée comme un « survivant » dès qu'elle obtient un diagnostic de cancer, et ce, jusqu'à la fin de sa vie. En ce sens, recevoir un diagnostic de cancer constitue nécessairement un bouleversement ayant des incidences sur la qualité de vie et le bien-être des personnes malades. En effet, ces dernières sont catapultées d'un état de santé à la maladie, ce qui peut constituer un événement potentiellement traumatisant. Cette période est qualifiée de processus de transition

durant lequel la personne tente de retrouver un certain équilibre (Meleis, 2010 ; Meleis et al., 2000). La transition se produit lorsqu'un individu passe d'un état stable à un autre état, parfois de manière inattendue, comme lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer, le début d'un traitement ou encore la fin de vie. Cette période est associée à de l'instabilité, de la confusion et de la détresse psychologique et peut accroître la vulnérabilité de la personne malade (Meleis, 2010 ; Meleis et al., 2000). Ainsi, les différents éléments qui jalonnent la trajectoire du cancer contraignent la personne malade à s'adapter dans le but de maintenir sa qualité de vie, son fonctionnement optimal et son bien-être.

Fitch (2008) révèle que les capacités d'adaptation des survivants du cancer sont mobilisées tout au long de leurs expériences relatives au cancer. En effet, divers changements sociaux, économiques, psychologiques, émotionnels et spirituels émergent durant toute l'expérience du cancer ainsi qu'en aval. Les bouleversements vécus par les survivants peuvent se produire avant le diagnostic, au moment de ce dernier, pendant le traitement et même durant les phases de suivi. Ainsi, de nombreux besoins biopsychosociaux et spirituels émergent suite aux changements provoqués par la maladie. Pour y faire face, les survivants doivent alors développer et recourir à de nouvelles stratégies et de nouvelles ressources afin de s'adapter à leurs nouvelles conditions de vie (Fitch, 2008). Plus concrètement, leurs capacités d'adaptation dépendraient, en partie, de leurs ressources intérieures et notamment de leur capacité à approcher le changement comme un défi ou une nouvelle opportunité, à changer de stratégies d'adaptation en fonction de leur efficacité, à identifier les éléments sur lesquels ils ont du contrôle et la manière dont ils peuvent accéder aux ressources voulues. L'adaptation au cancer serait aussi grandement influencée par divers facteurs

externes tels que l'accès aux ressources et à l'information, ainsi que par le soutien social reçu (Fitch, 2008). Ainsi, soutenir l'adaptation ou le processus de transition est primordial afin de favoriser le bien-être et la qualité de vie des survivants du cancer (Fitch, 2008 ; Meleis, 2010 ; Meleis et al., 2000).

Pour ce faire, il est nécessaire de prendre en considération les besoins biopsychosociaux et spirituels des personnes atteintes d'un cancer afin de favoriser l'atteinte d'un nouvel équilibre de vie durant la trajectoire de soins et après. En effet, lorsque non pris en considération, les besoins non répondus impactent négativement la qualité de vie, le fonctionnement quotidien et la capacité de s'adapter à la maladie (Akin et al., 2010 ; Grassi et al., 2012 ; Riba et al., 2019 ; Zabora et al., 2001). Les besoins fréquemment mentionnés par les survivants sont liés à leur santé et à leur traitement, à leur rythme de vie (p. ex., faire des activités quotidiennes), à leur intimité (Khajoei et al., 2023) et très fréquemment à leur peur de la récurrence du cancer (Kotronoulas et al., 2017).

La peur de la récurrence du cancer (PRC) se caractérise par la peur ou la crainte de la possibilité que le cancer revienne ou progresse dans le même organe ou dans un autre endroit du corps (Simard et Savard, 2009). Parmi les survivants d'un cancer, 85 % rapportent avoir déjà ressenti une PRC au cours de leur trajectoire de cancer et 94 % mentionnent avoir besoin de soutien pour faire face à cette dernière (Luigjes-Huizer et al., 2022a). En 2013, une revue systématique de la littérature sur la PRC révélait qu'entre 20 % et 79 % des survivants estimaient que la PRC était un besoin non répondu par les soins et services actuels (Simard et al., 2013). De même, une revue de la littérature portant sur les besoins non répondus des survivants en post-traitement,

publiée en 2019, rapportait que les besoins les plus fréquemment identifiés comme non comblés concernaient les besoins de soutien psychologique et plus précisément la gestion des préoccupations liées au retour ou à la récurrence du cancer (Mirošević et al., 2019). Depuis, plusieurs cliniciens et chercheurs s'accordent sur la nécessité de mener davantage de recherches, notamment concernant les conséquences et les déterminants de la PRC ainsi que sur les modèles d'intervention spécifiques à cette problématique (Butow et al., 2019).

Pour soutenir la transition et l'adaptation des survivants tout au long de leur trajectoire du cancer, plusieurs facteurs ont été identifiés qui ne nécessitent pas le recours à une intervention spécialisée ou à une ressource professionnelle spécifique. Parmi ceux-ci figure notamment le soutien social, c'est-à-dire l'aide et les ressources, offertes par leurs intervenants de la santé, leurs proches et l'entourage. En effet, il a été démontré que le soutien social influence positivement la qualité de vie des personnes malades (Fischer et al., 2020) : les individus ayant un cancer et percevant leur soutien social comme satisfaisant rapportent une meilleure qualité de vie (Courtens et al., 1996 ; Haviland et al., 2017), éprouvent moins de stress lié à la maladie (Dunkel-Schetter, 1984), ressentent moins de symptômes dépressifs (Haviland et al., 2017 ; Thompson et al., 2017), font davantage preuve de résilience (Haviland et al., 2017 ; Zhang et al., 2017) et utilisent des stratégies d'adaptation plus efficaces (Finck et al., 2018). Ainsi, la présence d'un soutien social jugé adéquat semble contribuer à une transition et à une adaptation plus saine. Puisque le soutien social semble influencer directement ou indirectement les individus faisant l'expérience d'un cancer, il convient d'explorer plus spécifiquement les relations entre le soutien social et la PRC ressentie.

Il existe très peu de recherches s'intéressant spécifiquement à la relation entre la PRC et le soutien social. De plus, les résultats observés demeurent hétérogènes, bien qu'ils suggèrent globalement qu'un bon soutien social serait associé à moins de PRC. En effet, sur la vingtaine d'études publiées à ce sujet, les trois quarts démontrent une association significative entre le soutien social perçu et la PRC, indiquant que les survivants percevant un soutien social adéquat rapportent des niveaux plus faibles de PRC (Guo et al., 2022 ; Hong et al., 2020 ; Hu et al., 2021 ; Koch-Gallenkamp et al., 2016 ; Li et al., 2023 ; Liu et al., 2024 ; Liu et al., 2011 ; Matulonis et al., 2008 ; Mehnert et al., 2013 ; Mirabeau-Beale et al., 2009 ; Niu et al., 2019 ; Qi et al., 2025 ; Shin et al., 2022 ; Yang et al., 2024 ; Zhang et al., 2025 ; Zheng et al., 2022), tandis que le quart restant démontrent que le soutien social ne serait pas associé à la PRC (Cessna Palas et al., 2021 ; Devi et al., 2023 ; Manne et al., 2017 ; Mellon et al., 2006 ; Park et al., 2013 ; Safdari-Molan et al., 2023 ; Thewes et al., 2013). L'hétérogénéité de ces résultats reposerait, en partie, sur deux principales limites méthodologiques des études actuelles. D'une part, la diversité et les limites inhérentes aux différents questionnaires utilisés pour évaluer la PRC et le soutien social, dont la majorité adopte une vision unidimensionnelle des construits ou s'attardent à seulement l'une ou l'autre des dimensions de ces construits complexes. D'autre part, la majorité des études ont été réalisées auprès d'échantillons homogènes de femmes atteintes d'un cancer du sein ou gynécologique ce qui limitent la généralisation des résultats. Ces constats renforcent la pertinence et la nécessité de poursuivre l'exploration des relations entre le soutien social et la PRC.

Cet essai doctoral vise donc à examiner plus en détail la relation entre le soutien social et la PRC auprès d'un échantillon hétérogène de survivants d'un cancer, et ce, à

l'aide d'outils de mesure fiables et complets considérant la PRC et le soutien social comme des construits multidimensionnels. Pour ce faire, des analyses secondaires ont été réalisées sur une imposante base de données (N= 2 562) issue de deux études concernant la qualité de vie de personnes atteintes d'un cancer du poumon, du sein, de la prostate et colorectal.

Le présent essai doctoral a été réalisé pour répondre aux exigences du doctorat professionnel en psychologie (DPs). Il est rédigé en français et les résultats sont présentés sous la forme d'un article scientifique. L'essai doctoral se compose de trois chapitres. Le premier chapitre (Chapitre 1) présente le cadre théorique de l'essai doctoral, incluant les connaissances scientifiques portant sur la PRC, le soutien social et la relation entre les construits, ainsi que les objectifs et les hypothèses de la recherche. Le second chapitre (Chapitre 2), rédigé sous la forme d'un article scientifique, expose un résumé de la problématique, la méthodologie adoptée, les résultats obtenus et une discussion. Cet article est destiné à être soumis à une revue scientifique spécialisée dans le domaine de l'oncologie psychosociale sans que la soumission soit requise pour satisfaire aux exigences du programme de doctorat. Enfin, le dernier chapitre (Chapitre 3), propose une brève conclusion générale afin de dégager les principales retombées cliniques et scientifiques du présent essai doctoral et suggérer des pistes de recherche pour le futur.

Chapitre 1 : Contexte théorique

La peur de la récurrence du cancer

Définition et prévalence

La peur de la récurrence du cancer (PRC) est une notion complexe dont la définition a légèrement évolué au fil du temps. D'abord suggérée par Vickberg (2003), puis reprise par Simard et Savard (2009), la PRC a été définie comme la peur ou la crainte de la possibilité que le cancer revienne ou progresse dans le même organe ou dans un autre endroit du corps. En 2015, devant l'intérêt croissant pour cette problématique et la nécessité d'établir un consensus quant à la définition de la PRC, Lebel et des collaborateurs ont réuni lors d'un colloque à Ottawa un groupe d'experts en psycho-oncologie et des chercheurs sur la PRC (Lebel et al., 2016a). À l'aide de la méthode Delphi, ils ont adopté, par consensus, une définition semblable à celle d'origine : « la peur, l'inquiétude ou la préoccupation face à la possibilité que le cancer récidive ou progresse » (Lebel et al., 2016a, p. 3266).

Une revue systématique de la littérature menée par Simard et al. (2013) rapporte qu'entre 39 % et 97 % des survivants atteints d'un cancer ont peur, à différent degré, que leur cancer récidive ou progresse. Selon plusieurs auteurs, la sévérité de la PRC varierait sur un continuum et elle se manifesterait de manière hétérogène d'une personne à l'autre (Crist et Grunfeld, 2013 ; Lebel et al., 2016a). De ce fait, elle pourrait être adaptée et transitoire ou atteindre des niveaux cliniquement significatifs et chroniques, considérés comme handicapants chez certaines personnes (Simard et al., 2010 ; Simard et al., 2013).

Non seulement la majorité des survivants d'un cancer expérimentent à un moment donné une PRC, mais entre 22 % et 87 % rapportent des degrés de PRC

modérés à élevés qui affecteraient leur qualité de vie et qui altéreraient leurs capacités fonctionnelles sur plusieurs sphères (Simard et al., 2013). Malgré l'importance de cette problématique, il semble qu'elle ne reçoive pas encore assez d'intérêt de la part des professionnels en santé puisqu'elle est considérée par les survivants comme l'un de leurs besoins les moins bien répondus (Fan et al., 2023 ; Mirošević et al., 2019 ; Simard et al., 2013). Cette situation est particulièrement troublante dans le cas des survivants qui présentent des niveaux sévères de PRC qui nécessiteraient une prise en charge clinique rapide afin de réduire la détresse psychologique ressentie et de faciliter l'adaptation à la maladie.

La peur de la récurrence du cancer cliniquement significative

En 2013, Simard et al. rapportent, dans leur revue systématique de la littérature, que jusqu'à 15 % des survivants d'un cancer (quel que soit le type) rapportent de hauts degrés de PRC. Ils suggèrent qu'à cette intensité, la PRC pourrait être considérée comme cliniquement significative. Cependant, ils mentionnent qu'il est difficile de déterminer ce qui constitue une manifestation cliniquement significative de la PRC en l'absence d'une définition consensuelle et d'un seuil clinique précis.

Au cours des dernières années, quelques études (Lebel et al., 2016a ; Mutsaers et al., 2020 ; Mutsaers et al., 2016 ; Simard et Savard, 2015) ont tenté de combler cette lacune et ont cherché à identifier les caractéristiques et les manifestations qui caractérisent une PRC cliniquement significative. En 2015, Simard et Savard ont établi une première conceptualisation de la PRC considérée comme cliniquement significative et ont développé une première entrevue clinique semi-structurée visant à

évaluer la sévérité de la PRC (*The Semi Structured Interview on Fear of Cancer Recurrence*). Pour ce faire, ils se sont inspirés de la section des troubles anxieux du *Structured Clinical Interview for the Diagnostic and the Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV* (First et al., 1997) et de la littérature sur la PRC. Ils se sont aussi appuyés sur l'approche diagnostique du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) qui suggère qu'il faut qu'un comportement ou qu'un syndrome donné soit associé à une détresse psychologique significative ou une perturbation du fonctionnement pour être considéré comme cliniquement significatif ou inadapté. Ils ont ainsi proposé que lorsque la fréquence et la durée des pensées associées à la PRC entraînent une réaction émotionnelle négative importante et perturbent au moins une sphère de fonctionnement, et ce, malgré les efforts pour composer avec la situation, la PRC devrait être considérée comme disproportionnée et invasive, soit cliniquement significative (Simard et Savard, 2015).

Faisant suite à ces premiers travaux, un groupe de chercheurs sur la PRC s'est réuni, en 2015, lors d'un colloque tenu à l'Université d'Ottawa afin de tenter d'établir un consensus sur la définition de la PRC et d'identifier les principales caractéristiques de la PRC cliniquement significative. Pour ce faire, les avis des participants sur les éléments clés des manifestations d'une peur clinique ont été recueillis via un site de vote en direct. Ceux-ci ont été triés, puis regroupés par catégories en fonction de leur contenu. Cinq caractéristiques essentielles ont été retenues pour déterminer la présence de PRC cliniquement significative : (1) un niveau élevé de préoccupations, d'inquiétude, de ruminations ou de pensées intrusives ; (2) des stratégies d'adaptation inadaptées ; (3) des altérations du fonctionnement ; (4) une détresse excessive et (5) des difficultés à faire des projets pour l'avenir (Lebel et al., 2016a).

Ce premier travail d'identification des caractéristiques clés a donné l'impulsion à une étude Delphi d'envergure auprès d'experts internationaux en PRC (Mutsaers et al., 2020). Ceux-ci ont été recrutés par courriel via des organisations professionnelles liées à la psycho-oncologie, en contactant les auteurs d'articles récents publiés sur la PRC, ainsi que par échantillonnage en boule de neige. Les participants devaient évaluer dans quelle mesure chacune des caractéristiques recensées lors du Colloque international sur la PRC (2015) représentait une caractéristique propre à la PRC cliniquement significative. Cette évaluation s'effectuait sur une échelle de Likert, où 0 signifiait que l'élément « n'est pas une caractéristique de la PRC clinique » et 10 qu'il « est une caractéristique de la PRC clinique ». Lors de la première ronde, les participants avaient également la possibilité de proposer des caractéristiques supplémentaires. Une caractéristique était considérée comme représentative d'une PRC cliniquement significative lorsqu'au moins 70 % des participants indiquaient qu'elle correspondait à une PRC de nature clinique (une cote ≥ 8). À l'issue de la troisième ronde de consultation, quatre principaux attributs se sont dégagés : (1) un niveau élevé de préoccupations ; (2) un niveau élevé d'inquiétudes ; (3) la persistance de ces derniers symptômes ; et (4) une hypervigilance aux sensations corporelles. Enfin, il a été convenu qu'au moins trois de ces caractéristiques devaient être présentes pendant au moins trois mois pour identifier la présence d'une PRC clinique. Par ailleurs, une altération du fonctionnement, une inquiétude incontrôlable, des difficultés à faire des projets pour l'avenir et des stratégies d'adaptation inadaptées ont été identifiés comme des éléments potentiels dans de futurs travaux empiriques sur la définition de la PRC clinique (Mutsaers et al., 2020).

Les instruments de mesure de la PRC

La fin des années 1980 marque la première tentative de chercheurs d'évaluer la PRC à l'aide d'un nouvel outil de mesure : le *Cancer Worry Scale* (Easterling et Leventhal, 1989). À la suite de la présentation de cet instrument, le *Fear of Recurrence Index* (Lasry et Margolese, 1992), le *Fear of recurrence Scale* (Greenberg et al., 1997) et le *Assessment of Survivors Concerns* (Gotay et Pagano, 2007) ont été développés. Bien que des études continuent de recourir à certaines de ces instruments de mesure, ils apparaissent aujourd'hui moins pertinents en raison de leur conceptualisation unidimensionnelle de la PRC et de leurs faibles qualités psychométriques (Simard et Savard, 2009).

Actuellement, quatre questionnaires sont fréquemment utilisés pour évaluer la PRC. Le premier, le *Cancer Worry Scale* (CWS), initialement développé par Easterling et Leventhal (1989), a été révisé et validé par Custers et al. (2014), lequel est le plus fréquemment utilisé. Il s'agit d'une échelle unidimensionnelle comprenant six items, mesurant les inquiétudes liées au développement d'un cancer. Il est largement utilisé auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein (Caruso et al., 2018). Il a par ailleurs été adapté et validé pour évaluer la PRC chez des personnes traitées de manière curative pour un cancer du sein, de la prostate ou colorectal (Chirico et al., 2022). Ce questionnaire, qui utilise une échelle de Likert en cinq points, est particulièrement apprécié pour sa brièveté et sa capacité à identifier la PRC cliniquement significative. Ses qualités psychométriques sont satisfaisantes, avec une bonne cohérence interne (α de Cronbach autour de 0,87) ainsi que des données appuyant sa validité convergente et divergente (Custers et al., 2014).

Le deuxième, le *Concerns about Recurrence Scale* (Vickberg, 2003) contient 30 items visant à évaluer la PRC globale (fréquence, durée et sévérité) et les préoccupations de la PRC spécifiques aux femmes ayant eu un cancer du sein. Bien que ses qualités psychométriques semblent adéquates, ce questionnaire traduit et validé en anglais et en japonais (Momino et al., 2014) a été élaboré auprès d'une population de survivantes d'un cancer du sein et n'a pas été adapté pour les personnes atteintes d'autres types de cancer.

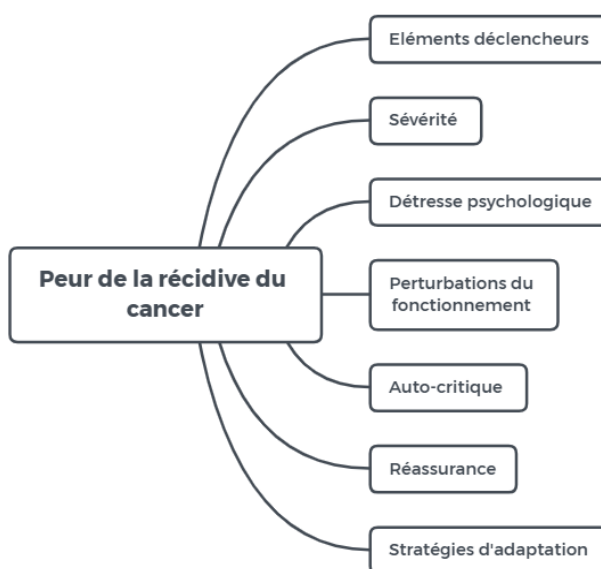
Le troisième, le *Fear of Progression Questionnaire* (FoP ; Herschbach et al., 2005) est un instrument de mesure évaluant cinq dimensions de la peur de la progression dans le contexte de différentes maladies chroniques. Les 43 items qui le composent évaluent à la fois les réactions affectives, la relation avec la famille et le/la conjoint.e, la perte d'autonomie et les stratégies d'adaptation pour lutter contre l'anxiété liée à la peur de la récurrence. Il peut être utilisé auprès d'individus ayant une maladie chronique telle que le cancer, le diabète ou une maladie rhumatoïde (Mahendran et al., 2020). Il existe aussi une version courte (12 items). Les différentes versions de l'outil ont été validées dans diverses langues (Hamid et al., 2021; Mahendran et al., 2020; Silva et al., 2022) et possèdent de bonnes qualités psychométriques dont une fidélité test-retest et une validité discriminante adéquates (Herschbach et al., 2005; Hinz et al., 2024; Mehnert et al., 2006).

Le quatrième, l'*Inventaire de la peur de la récurrence du cancer* ou *Fear of Cancer Recurrence Inventory* (IPRC/FCRI ; Simard et Savard, 2009) visait à pallier les limites des questionnaires précédents en considérant la PRC comme un construit multidimensionnel (voir Figure 1). Il évalue sept dimensions de la PRC : les éléments

déclencheurs, la sévérité, la détresse psychologique, les perturbations du fonctionnement, l'auto-critique, la réassurance, les stratégies d'adaptation ainsi que le score global. Il existe une version longue (42 items) qui évalue l'ensemble des dimensions, de même qu'une version courte (neuf items) qui évalue spécifiquement la sévérité de la PRC. Les deux versions du questionnaire possèdent de grandes qualités psychométriques puisqu'elles font à la fois preuve d'une fiabilité test-retest, présentent une cohérence interne importante et sont validés auprès de personnes atteintes d'un cancer du sein, du côlon, de la prostate et du poumon (Lebel et al., 2016b; Thewes et al., 2012). Le questionnaire a été traduit et validé dans dix langues différentes jusqu'à maintenant (Luigjes-Huizer et al., 2022b) et adapté auprès de différentes populations notamment pour les proches aidants (Lin et al., 2018), les enfants atteints de cancer et les parents de jeunes survivants (Tutelman et al., 2022).

Figure 1

Conceptualisation multidimensionnelle de la PRC



Identification de la PRC cliniquement significative

L'identification d'un seuil clinique constitue une étape essentielle dans le développement des questionnaires de PRC afin de dépister la présence de manifestations cliniquement significatives de PRC nécessitant une attention ou une intervention particulière de la part des professionnels de santé. Dans cette perspective, trois des questionnaires présentés préalablement ont fait l'objet d'études pour établir des seuils de coupure permettant de détecter la présence d'une PRC d'intensité clinique.

En 2015, Simard et Savard ont évalué la capacité de la sous-échelle de sévérité de l'*Inventaire de la peur de la récurrence du cancer* (IPRC), aujourd'hui considéré comme la version courte du questionnaire (9 items), à dépister la PRC clinique à partir d'une *Entrevue semi-structurée de la PRC* développée par les auteurs et administrée par des cliniciens. Les analyses de sensibilité et de spécificité ont permis de déterminer qu'un score de 13 et plus à la version courte de l'IPRC constituait le seuil optimal pour identifier la présence d'une PRC cliniquement significative. L'IPRC (Simard et Savard, 2009 ; Simard & Savard, 2015) est depuis devenu la référence pour mesurer la PRC et pour évaluer la capacité d'autres instruments à détecter un score clinique de PRC (Luigjes-Huizer et al., 2022b).

Ainsi, d'autres instruments ont également fait l'objet d'études visant à déterminer un score de coupure clinique en utilisant l'IPRC comme mesure de critère. Le *Cancer Worry Scale* propose ainsi un seuil de 10 et plus pour la version courte et de 12 et plus pour la version longue (Custers et al., 2018 ; Custers et al., 2014). Le *Fear of Progression Questionnaire* (FoP-Q) suggère qu'un score de 34 et plus, à la

version courte, permet de détecter un seuil clinique facilitant le dépistage rapide en contexte clinique (Youssef et al., 2021).

Les conséquences et les déterminants de la PRC

Butow et al. ont publié, en 2019, une liste des priorités de recherche sur la PRC afin de guider la communauté scientifique. Pour ce faire, ils ont consulté 28 cliniciens, chercheurs et survivants d'un cancer au sujet des thématiques de recherche qu'ils considéraient être priorisées. Un consensus a été établi à partir de la méthode Delphi, concernant la nécessité d'ancrer les recherches futures autour des sujets suivants : (1) les modèles d'intervention ; (2) la définition, les conséquences et les déterminants de la PRC ; (3) la détection et le diagnostic ; (4) la formation des professionnels de la santé (afin de leur offrir des outils de communication pouvant contribuer à prévenir ou réduire la PRC des survivants) ; et (5) l'importance de mener des études sur des populations spécifiques (p. ex., les hommes, les personnes ayant plusieurs maladies comorbides, les proches des survivants, les cancers ayant des trajectoires incertaines).

Dans cet esprit, la présente section vise à présenter un résumé des conséquences et des déterminants de la PRC (priorité 2) qui disposent d'un niveau de preuve modéré et élevé dans la littérature scientifique. Pour ce faire, nous nous sommes d'abord appuyés sur la revue systématique de la littérature de Simard et al. (2013) qui identifie les conséquences et les déterminants de la PRC à partir de 130 études quantitatives portant sur des survivants de divers types de cancer. Par la suite, nous avons réalisé une mise à jour de cette recension systématique en recourant à la même stratégie de recherche bibliographique et aux mêmes critères de sélection des études

mais en ciblant les publications après 2013. Nous avons aussi consulté d'autres revues systématiques sur le sujet afin d'identifier l'ensemble des écrits sur la PRC (Crist et Grunfeld, 2013 ; Gormley et al., 2020). Les études ainsi recensées ont été analysées et synthétisées en trois catégories inspirées des critères établis pour l'évaluation de la qualité des données probantes (Balslem et al., 2011) : (a) Preuves élevées ou données probantes fortes : résultats significatifs et cohérents (≥ 5 études) allant dans la même direction, et moins de la moitié des études retenues rapportent l'absence de relation significative ; (b) Preuves modérées ou données probantes modérées : association significative allant dans la même direction (≥ 3 études) avec une seule étude, ou aucune, rapportant un résultat dans la direction opposée, et/ou plus de la moitié des études retenues rapportent l'absence de relation significative ; (c) Données probantes faibles ou mixtes : nombre limité d'études (≤ 2 études) ayant évalué la relation, présence d'au moins deux résultats dans des directions opposées, ou absence de conclusion claire.

Bien que plusieurs conséquences de la PRC aient été documentées dans la littérature, seules celles pour lesquelles le niveau de preuve est jugé modéré ou élevé seront présentées. Elles sont synthétisées dans le Tableau 1 qui permet de visualiser la direction de la relation, le niveau de preuves et les références correspondantes. Il est ainsi largement admis que la PRC affecte la qualité de vie des survivants, en entraînant de la détresse psychologique, incluant de l'anxiété, des affects dépressifs et une altération du fonctionnement mental et émotionnel. Une altération du fonctionnement physique est également rapportée mais avec un niveau de preuve modéré.

La PRC est également associée à certaines manifestations comportementales, notamment un recours accru aux médecines alternatives, à des comportements de

recherche de réassurance auprès des professionnels de santé et des proches, ainsi qu'une altération du fonctionnement social et des rôles quotidiens. Ces conséquences comportementales sont toutefois moins saillantes et moins systématiquement documentées que les impacts sur la qualité de vie.

Tableau 1

Les conséquences de la PRC

Variabiles	Direction de la relation	Niveaux de preuve	Références
Détresse psychologique	↑	Élevé	(Hall et al., 2019; Hodges et Humphris, 2009; Mast, 1998)
Dépression et anxiété	↑	Élevé	(Deimling et al., 2006a; van de Wal et al., 2016)
Fonctionnement mental et émotionnel	↓	Élevé	(Ashing et al., 2017; Hart et al., 2008; Kim et al., 2020)
Fonctionnement physique	↓	Modéré	(Ashing et al., 2017; Hart et al., 2008; Kim et al., 2020)
Utilisation de médecines alternatives	↑	Modéré	(Burstein et al., 1999; Hamrick et Diefenbach, 2006; Montazeri et al., 2007)
Comportements de recherche de réassurance auprès du corps médical et de leurs proches	↑	Modéré	(Cannon et al., 2011; Mikkelsen et al., 2009; van de Wal et al., 2016)
Fonctionnement/ rôle social	↓	Modéré	(Cho et Lu, 2017; Kim et al., 2020; van de Wal et al., 2016)

Note. Le terme « conséquences » est employé à des fins descriptives et conceptuelles, en cohérence avec la position des variables comme résultats dans les modèles statistiques rapportés, et ne renvoie pas à des relations causales.

Enfin, bien que les recherches sur les conséquences sociales de la PRC soient limitées, des études suggèrent qu'elle puisse altérer le fonctionnement social et

renforcer la recherche de réassurance (Cho et Lu, 2017; Kim et al., 2020; van de Wal et al., 2016). Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a exploré l'influence possible de la PRC sur le type et la qualité du soutien social. Ce dernier étant plutôt considéré comme une stratégie d'adaptation pour faire face à la PRC (Hilton, 1989) ou comme un déterminant de la PRC (Hu et al., 2021; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Liu et al., 2024; Liu et al., 2011; Mehnert et al., 2013; Niu et al., 2019; Qi et al., 2025; Zhang et al., 2025).

À ce sujet, le Tableau 2 présente les déterminants sociodémographiques et médicaux alors que le Tableau 3 présente les déterminants psychosociaux pour lesquelles le niveau de preuve est jugé modéré ou élevé. Parmi les variables sociodémographiques et médicales, les déterminants associés à la sévérité de la PRC possédant les preuves les plus établis sont un plus jeune âge, ainsi que la présence et l'intensité de symptômes physiques (c.-à-d., douleur, fatigue, effets secondaires de la maladie ou des traitements, et perturbation du fonctionnement physique). Parmi les variables psychosociales, les déterminants affichant le niveau de preuve les plus solides incluent la sévérité de la détresse psychologique, de la dépression et de l'anxiété, de même qu'une perception élevée du risque de récurrence et une faible qualité de vie perçue.

Les stratégies d'adaptation présentent un profil plus nuancé : certaines sont associées à une PRC plus élevée (p. ex., déni, recherche de réassurance) alors que d'autres sont associées à une PRC plus faible (p. ex., spiritualité, recherche de solutions, perception que les stratégies sont efficaces). Les stratégies d'adaptation peuvent généralement être regroupées en deux grandes catégories, soit les stratégies d'adaptation actives et

passives. Les stratégies actives renvoient aux efforts visant à faire face directement à la situation ou à en modifier l'impact (p. ex., recherche de solutions, mobilisation de ressources), tandis que les stratégies passives impliquent davantage l'évitement, le désengagement ou la régulation indirecte de la détresse (p. ex., déni, distraction). Ces stratégies, qu'elles soient de distraction (consistant à détourner l'attention du problème en maintenant l'esprit occupé), émotionnelles (centrées sur la gestion des réactions affectives), palliatives (axées sur l'auto-apaisement et le maintien du bien-être général) ou instrumentales (focalisées sur la recherche active de solutions concrètes), visent à permettre à l'individu d'affronter le stress lié à la maladie (Endler et al., 1998). De manière intéressante, plusieurs d'entre elles reposent sur la mobilisation du soutien social qu'il s'agisse de se distraire, de chercher de la réassurance, de recevoir du réconfort émotionnel ou obtenir de l'aide et de l'information (Chen et al., 2025; De Vries et al., 2014; Galica et al., 2020; McGinty et al., 2016).

Tableau 2

Les déterminants sociodémographiques et médicaux de la PRC

Variables	Directions de la relation	Niveaux de preuve	Références
Âge	↓	Élevé	(Arès et al., 2014; Ashing-Giwa et Lim, 2011; Baker et al., 2005; Cessna Palas et al., 2021; Champion et al., 2014; Costanzo et al., 2007; Curran et al., 1998; Curran et al., 2020; Davey et al., 2011; Diefenbach et al., 2008; Dinkel et al., 2021; Essers et al., 2006; Härtl et al., 2003; Humphris et al., 2003; Janz et al., 2011; Kornblith et al., 2007; Leake et al., 2001; Lebel et al., 2013; Liu et al., 2011; Mast, 1998; Mellon et al., 2006; Mullens et al., 2004; Simard et Savard, 2009; Söllner et al., 1998; Stanton et al., 2002; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008; Waljee et al., 2008 ; Galica et al., 2019; Muldbucker et al., 2020; Soller et al., 1998; Starreveld et al., 2017)
Intensité et nombre des effets secondaires	↑	Élevé	(Deimling et al., 2006b; Liu et al., 2011; Mast, 1998; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2009; Mellon et Northouse, 2001; Mellon et al., 2006; Schlairet, 2011)
Intensité de la douleur	↑	Élevé	(Avis et al., 2005; Janz et al., 2011; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2013; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)
Sévérité de la fatigue	↑	Élevé	(Avis et al., 2005; Deimling et al., 2006a; Franssen et al., 2009; Heidkamp et al., 2021; Janz et al., 2011; Matulonis et al., 2008; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)
Fonctionnement physique	↓	Élevé	(Alfano et al., 2006; Diefenbach et al., 2008; Hart et al., 2008; Herschbach et al., 2005; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2009; Roth et al., 2006; Simard et Savard, 2009; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)

Note. Le terme « déterminants » est employé à des fins descriptives et conceptuelles, en cohérence avec la position des variables comme variables indépendantes dans les modèles statistiques rapportés, et ne renvoie pas à des relations causales.

Tableau 3

Les prédicteurs psychosociaux de la PRC

Variables	Direction de la relation	Niveaux de preuve	Références
Détresse psychologique	↑	Élevé	(Avis et al., 2005; Gotay et Pagano, 2007; Greenberg et al., 1997; Hodges et Humphris, 2009; Mast, 1998; Moyer et Salovey, 1998; Park et Park, 2023; Roth et al., 2006; Roth et al., 2003)
Dépression	↑	Élevé	(Dinkel et al., 2021; Engst-Hastreiter et al., 2004; Gotay et Pagano, 2007; Hanprasertpong et al., 2017; Herschbach et al., 2005; Humphris et al., 2003; Liu et al., 2011; Mehnert et al., 2013; Melia et al., 2003; Rogers et al., 2010; Roth et al., 2006; Roth et al., 2003; Simard et Savard, 2009; Simard et al., 2010)
Anxiété ou présence d'un trouble anxieux	↑	Élevé	(Anderson et al., 2005; Dinkel et al., 2021; Engst-Hastreiter et al., 2004; Hanprasertpong et al., 2017; Herschbach et al., 2005; Humphris et al., 2003; Liu et al., 2011; Matulonis et al., 2008; Melia et al., 2003; Mirabeau-Beale et al., 2009; Rogers et al., 2010; Roth et al., 2006; Roth et al., 2003; Shim et al., 2010; Simard et Savard, 2009; Simard et al., 2010; Skaali et al., 2009; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)
Perception de risque	↑	Élevé	(Cessna Palas et al., 2021; Essers et al., 2006; Liu et al., 2011; McGinty et al., 2016; Tzeng et al., 2010; Waters et al., 2010)
Intolérance à l'incertitude	↑	Modéré	(Blom et al., 2023; Cessna Palas et al., 2020; Curran et al., 2020; Waroquier et al., 2022)
Optimiste	↓	Élevé	(Deimling et al., 2006a; Deimling et al., 2006b; Galica et al., 2020; Llewellyn et al., 2008; Starreveld et al., 2018; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)
Perception de la qualité de vie ¹	↓	Élevé	(Avis et al., 2005; Matulonis et al., 2008; Mellon et al., 2006; Mirabeau-Beale et al., 2009; Rogers et al., 2010; Roth et al., 2006; Roth et al., 2003; Simard et Savard, 2009; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)

Note. ¹ La qualité de vie réfère à l'évaluation subjective par la personne de son bien-être global, incluant sa capacité à fonctionner au quotidien sur les plans physique, psychologique et social et sa satisfaction face à son état de santé (Bottomley, 2002).

Tableau 3 (suite)

Variables	Direction de la relation	Niveaux de preuve	Références
Satisfaction liée aux soins de santé	↓	Modéré	(Ashing et al., 2017; Hart et al., 2008; Janz et al., 2011; Moyer et Salovey, 1998 ; Shim et al., 2010)
Fonctionnement mental et émotionnel	↓	Modéré	(Alfano et al., 2006; Diefenbach et al., 2008; Franssen et al., 2009; Hart et al., 2008; Herschbach et al., 2005; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2009; Mirabeau-Beale et al., 2009; Noorda et al., 2007; Roth et al., 2006; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008; Zhao et al., 2009)
Stratégies d'adaptation			(Cannon et al., 2011; Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale et al., 2009; Schreiber, 2011)
- Spiritualité	↓		
- Déné / minimisation	↑		(Deimling et al., 2006a; Simard et al., 2010)
- Perception efficacité des stratégies	↓	Modéré	(McGinty et al., 2016)
- Recherche de réassurance	↑		(McGinty et al., 2016; Rha et al., 2022; Simard et al., 2010)
- Orientées vers les solutions	↓		(Mehnert et al., 2009)
Fonctionnement social	↑	Modéré	(Alfano et al., 2006; Avis et al., 2005; Diefenbach et al., 2008; Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale et al., 2009; Roth et al., 2006; Simard et Savard, 2009; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008)

Note. Le terme « déterminants » est employé à des fins descriptives et conceptuelles, en cohérence avec la position des variables comme variables indépendantes dans les modèles statistiques rapportés, et ne renvoie pas à des relations causales.

À ce jour, peu d'études ont exploré spécifiquement les relations entre des variables sociales et la PRC. Le fonctionnement social, mesuré à partir de questionnaire de qualité de vie, demeure l'un des seuls déterminants sociaux associés à la PRC pour lesquels des preuves modérées ont été rapportées (Alfano et al., 2006; Avis et al., 2005; Diefenbach et al., 2008; Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale et al., 2009; Roth et al., 2006; Simard et Savard, 2009; van den Beuken-van Everdingen et al., 2008). Il fait référence à la capacité d'un individu à maintenir ses interactions avec son entourage et à assumer ses rôles sociaux dans différents contextes familiaux, professionnels et amicaux (Bosc, 2000). Ainsi, les survivants qui éprouvent des difficultés à assumer leurs différents rôles sociaux à la suite du cancer seraient plus susceptibles de ressentir une PRC élevée. Toutefois, les relations observées suggèrent également que la PRC pourrait, en retour, compromettre la capacité des survivants à remplir leurs rôles sociaux.

D'autres variables sociales, telles que les contraintes sociales, soit l'impossibilité pour une personne de pouvoir partager avec son entourage les événements traumatiques et les émotions associées (Cessna Palas et al., 2021; Manne et al., 2017; Martin et al., 2020; Soriano et al., 2018; Yeung et Lu, 2021), ainsi que le soutien social, soit les ressources psychologiques et physiques fournies par le réseau social d'un individu qui aident cette personne à faire face au stress (Lu et al., 2023), ont été identifiées comme des déterminants potentiels de la PRC. Toutefois, les données des études disponibles ne permettent pas de conclure à l'existence de preuves suffisamment solides. D'abord, le nombre d'études ($n = 4$) portant sur le lien entre les contraintes sociales et la PRC est très restreint. Ensuite, même si les recherches sur le

lien entre soutien social et PRC sont plus nombreuses, elles restent hétérogènes. À cet effet, une méta-analyse récente de Lu et al. (2023), incluant 37 études réalisées auprès de survivants chinois du cancer, rapporte une association inverse de force modérée ($r = -0,52$) entre le soutien social perçu et la PRC (33/37 études), indiquant qu'un soutien social plus élevé est lié à une PRC plus faible. Ces conclusions reposent toutefois sur des données issues exclusivement auprès de populations asiatiques, dont la structure et le fonctionnement diffèrent de ceux observés dans d'autres contextes culturels (Glazer, 2006; Taylor, 2011).

En l'absence de méta-analyse ou de revue systématique de la littérature portant sur d'autres populations, il nous est apparu essentiel de recenser ces publications et d'en faire une analyse descriptive. À l'issue de cet exercice, 23 études explorant la relation entre le soutien social et la PRC ont été identifiées. Seize d'entre elles (16/23) rapportent une relation inverse significative variant de faible à modérée (r entre $-0,15$ et $-0,63$), soit que les survivants avec un bon soutien social éprouvent des niveaux de PRC plus faibles (Guo et al., 2022; Hong et al., 2020; Hu et al., 2021; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Li et al., 2023; Liu et al., 2011; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2013; Mirabeau-Beale et al., 2009; Niu et al., 2019; Qi et al., 2025; Shin et al., 2022; Yang et al., 2024; Zhang et al., 2025; Zheng et al., 2022). Toutefois, sept études (7/23) n'observent aucune relation significative entre le soutien social et la PRC (Cessna Palas et al., 2021; Devi et al., 2023; Manne et al., 2017; Mellon et al., 2007; Park et al., 2013; Safdari-Molan et al., 2023; Thewes et al., 2013). Ces observations ne permettent donc pas de tirer de conclusions solides sur la relation entre le soutien social et la PRC, mais soulignent la nécessité de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre la nature de cette relation.

L'hétérogénéité des résultats des études recensées pourrait s'expliquer, en partie, par la diversité des différents questionnaires utilisés pour évaluer la PRC et leurs limites psychométriques, dont la majorité adopte une vision unidimensionnelle de la PRC ou du soutien social. En effet, la plupart des études ont eu recours à la version courte du *Fear of Progression Questionnaire* (Guo et al., 2022; Hong et al., 2020; Hu et al., 2021; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Liu et al., 2024; Mehnert et al., 2013; Niu et al., 2019; Qi et al., 2025; Yang et al., 2024; Zhang et al., 2025; Zheng et al., 2022), à des items maison peu nombreux (≤ 5 items) et non validés empiriquement (Cessna Palas et al., 2021; Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale et al., 2009; Park et al., 2013; X. Zhang et al., 2021) ou à des items extraits d'échelles validées (Liu et al., 2011). Ces outils, bien qu'utiles pour obtenir un score global de sévérité de la PRC, n'évaluent pas les différentes dimensions propres à la PRC. Bien que certaines études précisent avoir eu recours à la version longue (donc multidimensionnelle), les résultats présentent uniquement la relation entre le score global à la PRC et le soutien social (Cessna Palas et al., 2021; Hu et al., 2021; Liu et al., 2011; Manne et al., 2017; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2013; Mellon et al., 2006; Mirabeau-Beale et al., 2009; Niu et al., 2019; Thewes et al., 2013). La seule étude (Park et al., 2013) ayant examiné deux dimensions de la PRC en relation avec le soutien social repose malheureusement sur des items uniques non validés. Les chercheurs y rapportent une association significative entre le soutien social et la dimension émotionnelle de la PRC mais aucune relation significative avec la dimension cognitive de la PRC (Park et al., 2013).

Les caractéristiques des échantillons des études recensées limitent également la portée des conclusions. La majorité d'entre elles ont été réalisées auprès de

survivantes d'un cancer du sein (Guo et al., 2022; Li et al., 2023; Liu et al., 2011; Niu et al., 2019; Safdari-Molan et al., 2023; Thewes et al., 2013) ou des ovaires (Manne et al., 2017; Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale et al., 2009), deux populations exclusivement féminines. Il en est de même avec la méta-analyse de Lu et al., (2023) qui repose sur échantillon asiatique et majoritairement féminin (5 892 femmes sur 8 190 participants, soit 72%).

Enfin, des critiques ont aussi été soulevées quant aux définitions conceptuelles du soutien social dans les études recensées ainsi qu'aux outils utilisés pour le mesurer, souvent unidimensionnels et possédant très peu d'évidence sur leurs qualités psychométriques. Ces éléments seront discutés plus en détail dans la section consacrée au soutien social.

Pour conclure, il nous apparaît important de poursuivre l'exploration de la relation entre le soutien social et la PRC auprès d'échantillons hétérogènes de survivants atteints d'un cancer à l'aide d'un outil de mesure valide capable d'étudier les différentes dimensions de la PRC. Il nous semble essentiel de mieux comprendre le rôle des différentes dimensions du soutien social comme déterminants de la PRC afin d'élargir les pistes de prévention et d'intervention. Cessna Palas et al. (2021) proposent une nuance entre les déterminants (ou les prédicteurs) modifiables et non modifiables (p. ex., le sexe, le type de cancer) de la PRC. Les auteurs souhaitent ainsi mettre en lumière les déterminants modifiables, considérés comme des cibles d'intervention potentielles, notamment les déterminants psychologiques (p. ex., la perception du risque, le sentiment d'efficacité personnelle, les ruminations) ainsi que certains déterminants sociaux, tels que les comportements de recherche de réassurance,

les contraintes sociales ou le soutien social (Cessna Palas et al., 2021). Parmi ces déterminants modifiables, le soutien social se distingue par sa nature accessible et mobilisable sans qu'il soit nécessaire de recourir à des ressources ou des interventions spécialisées. Contrairement à certains déterminants qui exigent une prise en charge clinique, le soutien social peut être activé et renforcé par les proches, les différents intervenants du réseau de la santé ou des services communautaires, voire par des actions simples et quotidiennes proposées en prévention. Il constitue ainsi un levier prometteur. Ainsi, mieux comprendre son rôle dans l'expérience de la PRC devient un enjeu central pour bonifier les stratégies d'accompagnement des survivants et leur adaptation à la maladie. La section suivante propose donc un survol des définitions théoriques du soutien social, ainsi qu'un examen critique de son opérationnalisation dans les études portant sur la PRC.

Le soutien social

Définitions et rôles du soutien social

Le soutien social est un construit multidimensionnel renvoyant aux ressources émotionnelles, informationnelles ou instrumentales disponibles au sein du réseau social d'une personne, qui contribuent à ce qu'elle se sente soutenue, valorisée et intégrée socialement (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985; House, 1981). Il est reconnu comme ayant une incidence positive sur la santé physique des personnes atteintes de cancer (Fischer et al., 2020). Par exemple, les survivants d'un cancer faisant l'expérience d'un soutien social satisfaisant rapportent généralement moins de douleurs physiques (Hughes et al., 2014; Utley et al., 2022) et présentent des indicateurs de santé plus favorables tels qu'un taux de mortalité plus faible chez les hommes atteints d'un cancer (Ikeda et al., 2013), sans que ces observations permettent d'établir un lien de causalité. Par ailleurs, le soutien social a aussi une incidence positive sur la santé mentale des personnes atteintes d'un cancer (Fischer et al., 2020). En effet, de nombreuses études ont mis en évidence l'influence positive, directe ou indirecte, du soutien social sur la qualité de vie, le bien-être et l'adaptation des survivants d'un cancer (Zhang et al., 2017).

La littérature sur le soutien social distingue généralement deux formes principales : le soutien social reçu et le soutien social perçu (Fischer et al., 2020; Helgeson, 2003). Le *soutien social reçu* correspond à l'aide objectivement fournie par le réseau social d'une personne. Le *soutien social perçu* fait plutôt référence à l'évaluation subjective qu'une personne a qu'une aide est disponible ou reçue en cas de besoin (Beauregard et Dumont, 1996). Plusieurs auteurs s'accordent sur la pertinence

de s'attarder davantage au soutien social perçu puisqu'il est plus fortement associé à la qualité de vie des individus que le soutien social reçu (Fischer et al., 2020; Helgeson, 2003). Par ailleurs, le soutien social reçu est particulièrement difficile à mesurer puisque cela reviendrait à demander à un observateur externe d'évaluer les interactions sociales d'un individu afin de documenter la présence, la provenance et le type d'aide qu'il reçoit de son entourage, ce qui semble difficilement généralisable dans un environnement naturel (Helgeson, 2003).

La perception d'une personne quant au soutien social disponible ou reçu de même que la perception de la qualité de ce dernier dépendent largement des caractéristiques personnelles d'un individu telles que ses expériences antérieures de soutien, sa personnalité, et ses besoins (Helgeson, 2003). Puisque les besoins d'une personne peuvent varier au fil du temps et des contextes de vie, la perception de la qualité du soutien social dépend aussi de l'adéquation entre le moment où le besoin est ressenti et le moment où le soutien social est apporté (Kaniasty et Norris, 2009). Ainsi, le même soutien social reçu (objectivement) pourrait être évalué différemment (subjectivement) en fonction des individus et des circonstances et avoir une incidence différente sur la réponse aux besoins et la qualité de vie. C'est pourquoi, dans le cadre de cet essai doctoral, nous avons choisi de centrer notre intérêt sur le soutien social perçu. De plus, ce dernier est reconnu comme plus étroitement lié à l'adaptation psychologique et au bien-être des survivants d'un cancer que le soutien social reçu (Yang et al., 2023). Enfin, Fisher et al. (2020) qui se sont intéressés spécifiquement au soutien social en psychologie de la santé, insistent sur la nécessité d'évaluer le soutien social perçu :

L'importance et la spécificité du soutien social ne résident pas dans la somme des relations, mais plutôt dans la qualité des supports affectifs qu'elles représentent pour une personne ou un malade. Dans ce sens, le soutien social renvoie ici aux sentiments de sécurité qu'un individu éprouve du fait qu'il peut compter ou non sur quelqu'un lorsqu'il lui arrive quelque chose de négatif (maladie, deuil, épreuve...). Le soutien social joue un rôle d'amortisseur en protégeant l'individu contre les aspects éprouvants de la situation. Ce qui semble important, c'est la façon dont l'individu perçoit ce soutien social. (Fisher et al., 2020, p. 177)

Les dimensions du soutien social perçu

Le soutien social perçu se décline en plusieurs dimensions. En 1983, Sarason et al. ont d'abord suggéré l'existence de différents types de soutien perçu, tout en soulignant l'importance de la satisfaction à l'égard du soutien disponible. Par la suite, Wills et Fegan (2001) ont précisé cette conceptualisation multidimensionnelle en distinguant le soutien structurel et le soutien fonctionnel, auxquels s'ajoutait la satisfaction du soutien social. Le *soutien structurel* fait référence aux caractéristiques du réseau social d'une personne soit la quantité de personnes, la nature des liens (p. ex., conjoint, amis, collègues, professionnels...) et la fréquence des interactions avec ces personnes. Le *soutien fonctionnel*, quant à lui, réfère à la qualité et aux différentes formes d'aide ou de ressources fournies par le réseau social d'un individu (Wills et Fegan, 2001).

Depuis la fin des années 1980, les auteurs s'entendent sur l'aspect multidimensionnel du concept du soutien social fonctionnel. En revanche, le nombre de dimensions ainsi que leur description varient largement en fonction des auteurs (Caron, 1996). Pour pallier cette lacune, Cutrona et Russell (1990) ont proposé une conception multidimensionnelle du soutien social fonctionnel en dégageant les

dimensions communes aux différents modèles existants. Selon eux, il existerait six principales dimensions : (a) le soutien émotionnel (c.-à-d., l'intimité et la sécurité affective ressentie avec autrui), (b) l'intégration sociale (c.-à-d., l'appartenance à un groupe et le partage d'activités communes), (c) le soutien d'estime (c.-à-d., la réassurance de sa valeur), (d) le soutien tangible (c.-à-d., l'aide matérielle), (e) le soutien informationnel (c.-à-d., les conseils et les informations), et (f) le besoin de se sentir utile (c.-à-d., de contribuer au bien-être de quelqu'un et d'avoir des responsabilités). Cette première conceptualisation multidimensionnelle intégrative a conduit vers le développement d'un nouvel instrument de mesure : *l'Échelle de provisions sociales (Social Provisions Scale; Cutrona et Russell, 1990)*.

Dans le même ordre d'idée, Sherbourne et Stewart (1991) ont suggéré une conceptualisation multidimensionnelle du soutien social fonctionnel, mais spécifiquement adaptée pour le domaine de la santé. Ils ont alors proposé cinq types de soutien, présentés dans Tableau 4, et ont développé un nouveau questionnaire pour mesurer ces dimensions : le *Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS; Sherbourne et Stewart, 1991)*. Pour ce faire, ils ont mené une recension des écrits et regroupé les items utilisés pour mesurer le soutien social dans les questionnaires les plus populaires. Ils ont ensuite classé chacun des items selon leur proposition théorique et raffiné leur conceptualisation. Par la suite, ils ont testé empiriquement la validité et la fidélité de chacun de ces items et procédé à la validation empirique de leur instrument. Ce dernier possède d'excellentes qualités psychométriques, en français et en anglais, et est largement utilisé dans les études auprès des survivants du cancer (Anderson et al., 2005; Robitaille et al., 2011). C'est pourquoi, dans le cadre de cet

essai doctoral, nous adopterons la conceptualisation de Sherbourne et Stewart (1991) pour étudier le soutien social fonctionnel des survivants du cancer en relation avec la PRC.

Au-delà des distinctions entre les différents types de soutiens fonctionnels perçus, plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'examiner *la satisfaction* face au soutien social. Il ne s'agirait pas seulement de considérer la quantité ou la disponibilité des ressources et de l'aide, mais aussi leur qualité subjective (Sarason et al., 1987; Sarason et al., 1983). La satisfaction du soutien social traduirait ainsi le degré d'adéquation entre le soutien social dont dispose un individu et ses besoins personnels dans un contexte donné (Helgeson, 2003; Pierce et al., 1991). Dans plusieurs modèles théoriques, elle est donc reconnue comme une dimension essentielle du soutien social perçu puisqu'elle permet d'évaluer non seulement la présence d'aide, mais aussi sa pertinence et son efficacité, c'est-à-dire la correspondance perçue entre les besoins biopsychosociaux de la personne et les réponses de son entourage (Sarason et al., 1987; Wills et Shinar, 2000). Considérée comme une dimension qualitative complémentaire au soutien structurel et fonctionnel, la satisfaction est particulièrement pertinente dans le contexte de la maladie. En effet, elle s'avère un meilleur prédicteur de l'adaptation psychologique et du bien-être de la personne malade que la fréquence ou le type de soutien social (Helgeson, 2003). Cette dimension subjective pourrait contribuer à expliquer pourquoi un même type de soutien peut être vécu comme aidant par certains individus, mais comme non aidant ou inadéquat par d'autres. Ainsi, l'intégration de la satisfaction dans l'évaluation du soutien social contribue à mieux saisir son rôle, en soulignant que ce n'est pas seulement la présence ou la diversité des sources de soutien

qui comptent, mais aussi la manière dont ces ressources répondent aux besoins spécifiques du survivant.

Tableau 4

Les différents types de soutien fonctionnel

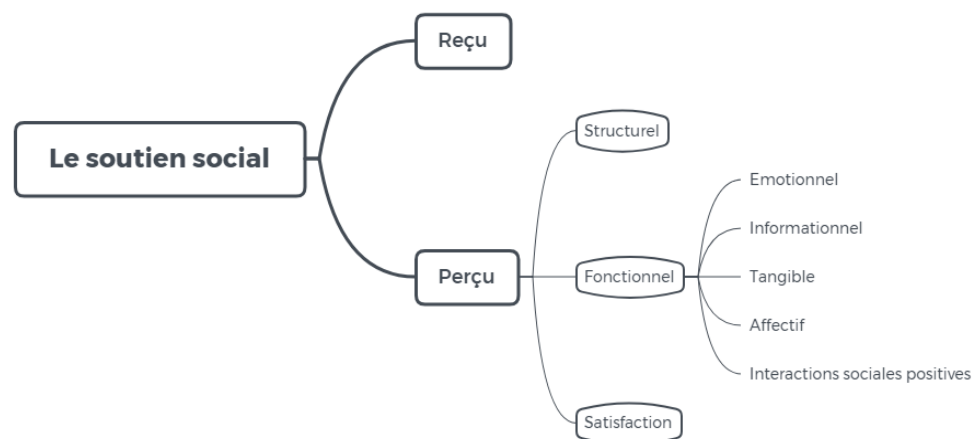
Types	Définition
Le soutien émotionnel	Expression d'empathie, de compréhension, de confiance et de réconfort procurée par les autres, permettant à la personne de se sentir soutenue dans les situations stressantes. (Cutrona et Russell, 1990; St-Jean-Trudel, 2009)
Le soutien informationnel	Conseils, suggestions ou informations permettant à la personne de mieux comprendre une situation et d'identifier des solutions face à un problème. (Cutrona et Russell, 1990)
Le soutien instrumental/ concret tangible	Aide concrète ou assistance matérielle fournie à un individu comme une aide financière, physique ou la réalisation de tâches pratiques. (Cutrona et Russell, 1990; St-Jean-Trudel, 2009)
Le soutien affectif	Manifestation d'amour et d'affection exprimées par les autres envers la personne. (Sherbourne et Stewart, 1991)
Les interactions sociales positives	Disponibilité d'autres personnes pour partager des activités agréables ou récréatives avec la personne. (Sherbourne et Stewart, 1991)

En somme, le concept de soutien social se subdiviserait en deux grandes dimensions selon la perspective adoptée pour l'évaluer, soit le soutien social reçu

(objectivement) ou le soutien social perçu (subjectivement). Ce dernier se déclinerait en trois sous-dimensions : la perception de la structure du réseau, la perception des différents types de soutien fonctionnel disponibles et la satisfaction du soutien social. La Figure 2 présente de manière schématisée la conceptualisation du soutien social telle que proposée dans le cadre de cet essai doctoral.

Figure 2

Conceptualisation du soutien social



Les relations entre les dimensions du soutien social et la PRC

Le rôle du soutien social sur l'expérience du cancer

Il est reconnu que l'état de santé de la population Canadiennes est influencé par des déterminants sociaux (Mikkonen et Raphael, 2011) dont plusieurs font référence aux conditions de vie sur lesquelles les individus n'ont pas nécessairement de contrôle. Les déterminants sociaux de la santé incluent les caractéristiques

sociodémographiques des individus (p. ex., le statut autochtone, l'âge, la race, le sexe, la présence ou non d'un handicap), leur statut socio-économique (p.

ex., le logement, l'insécurité alimentaire, le revenu, l'éducation, les conditions de travail, l'exclusion sociale), mais aussi sur les services de santé et la sécurité sociale dont ils bénéficient de même que le degré de stress ou les différentes maladies auxquelles ils sont exposés. La présence et la quantité de ces déterminants sociaux expliqueraient, en grande partie, les inégalités quant aux conditions de santé des Canadiens. Heureusement, il apparaît que la présence du soutien social permettrait d'atténuer ou de modérer les effets délétères de certains de ces déterminants sur la santé (Mikkonen et Raphael, 2011). À cet effet, de nombreux auteurs ont insisté sur la contribution positive du soutien social sur l'adaptation et la qualité de vie des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer (Breuer et al., 2017; Haviland et al., 2017; Hofman et al., 2021; Thompson et al., 2017; Zhang et al., 2017). Il convient donc de s'interroger sur le rôle du soutien social sur une problématique fortement expérimentée par les survivants : la PRC.

La relation entre le soutien social et la PRC

Tel que soulevé préalablement, il existe une hétérogénéité importante dans les écrits scientifiques à propos des liens entre le soutien social et la PRC. La présente section traite en détail des quelques études sur le sujet afin de mettre en lumière les connaissances actuelles. D'une part, plusieurs éléments de la littérature appuient l'hypothèse d'un lien entre le soutien social et la PRC. Une méta-analyse récente regroupant les données de 8 192 survivants chinois met en évidence une association

inverse de force modérée ($r = -0,52$) entre le soutien social perçu et la PRC (Lu et al., 2023). En d'autres termes, les survivants bénéficiant d'un soutien social plus élevé rapportent généralement des niveaux plus faibles de PRC. Des études additionnelles, menées en contexte asiatique ou occidental et non incluses dans cette méta-analyse, vont dans le même sens. Elles rapportent une corrélation négative, d'intensité faible (r entre $-0,15$ et $-0,29$) (Guo et al., 2022; Hong et al., 2020; Hu et al., 2021; Li et al., 2023; Liu et al., 2011; Shin et al., 2022; Yang et al., 2024) à modérée (r entre $-0,32$ et $-0,63$) (Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2013; Mirabeau-Beale et al., 2009; Zhang et al., 2025; Zheng et al., 2022), chez des survivants de cancers du sein, colorectal ou de la prostate. Certaines études intègrent le soutien social dans des modèles de régression et mettent en évidence son rôle comme prédicteur significatif de la PRC (B entre $-0,19$ et $-0,75$), aux côtés de variables sociodémographiques et médicales (Hu et al., 2021; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Liu et al., 2024; Liu et al., 2011; Mehnert et al., 2013; Niu et al., 2019; Qi et al., 2025; Zhang et al., 2025). D'autres adoptent un devis longitudinal (Liu et al., 2011; Stanton et al., 2002) et montrent que le soutien social demeure un prédicteur de la PRC dans le temps ($B = -0,12$). L'ensemble de ces résultats suggèrent que le soutien social semble contribuer à la PRC et pourrait même dans certains contextes jouer un rôle protecteur contre la PRC. Dans une étude qualitative, Dewi et al. (2021) ont interrogé des survivantes vivant seules, non mariées ou veuves, éloignées de leur famille. Celles-ci ont rapporté que l'absence de soutien familial intensifie leur crainte d'une récurrence. Le manque de réconfort émotionnel et la difficulté d'accéder à des sources d'information fiables ont donc été identifiés par les participantes comme des facteurs aggravants de leur détresse psychologique.

Quelques travaux ont aussi exploré la recherche active de soutien social comme une stratégie d'adaptation face à la PRC. Hilton (1989) identifie cette démarche comme l'une des plus fréquemment mobilisées par les survivants. Cette stratégie permettrait notamment aux survivants d'obtenir le réconfort et l'assistance souhaités auprès de leur entourage, tout en favorisant une réinterprétation plus optimiste de leur situation (De Vries et al., 2014; Stanton et al., 2002).

Enfin, dans une étude longitudinale menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein, Stanton et al., (2002) ont montré que la qualité perçue du soutien social (la satisfaction) évaluée avant la chirurgie permettait de prédire des niveaux plus faibles de PRC, trois mois et un an après l'intervention. Ce résultat souligne l'importance de ne pas se limiter à l'évaluation de la présence ou de la quantité du soutien social, mais d'accorder une attention particulière à la satisfaction à l'égard du soutien. Cette dimension semble en effet jouer un rôle dans l'expérience de la PRC. En ce sens, Park et al. (2013) ont observé une corrélation faible ($r = -0,21$) mais significative entre les inquiétudes liées à la récurrence et l'appréciation de la qualité du soutien social, cette dernière apparaissant comme un prédicteur significatif ($B = -0.12$) dans leur modèle de régression.

Au-delà de son association directe avec la PRC, certaines études suggèrent que le soutien social pourrait également intervenir de manière indirecte dans la dynamique de la PRC, en agissant comme mécanisme intermédiaire dans les relations entre différents facteurs psychosociaux et la PRC. Par exemple, Liu et al. (2022) montrent que le soutien social médiatise partiellement la relation entre l'espoir et la PRC chez des survivants d'un cancer, cette médiation représentant environ 30 % de l'effet total.

De même, Guo et al. (2022) rapportent que l'incertitude face à la maladie influence la PRC à la fois directement et indirectement par l'entremise du soutien social. Li et al. (2024) observent également que la toxicité financière perçue (c.-à-d. les conséquences négatives des dépenses liées au cancer sur la situation financière) est associée à la PRC en partie par l'intermédiaire du soutien social. D'autres travaux suggèrent que le soutien social peut également influencer la PRC indirectement en favorisant certaines ressources d'adaptation psychosociale. Par exemple, Li et al. (2023) montrent que le soutien social exerce un effet direct négatif sur la PRC, mais que la résilience familiale et individuelle médiatisent partiellement cette relation (effet indirect $\beta = -0,15$). Par ailleurs, certaines études situent le soutien social dans des modèles plus larges d'adaptation au cancer. Par exemple, Ban et al. (2021) et Zarei et al. (2024) rapportent que le soutien social médie partiellement la relation entre la PRC et la qualité de vie, la médiation représentant environ 25 % de l'effet total dans l'étude de Ban et al.

D'autre part, certaines études ne trouvent aucune association significative entre le soutien social et la PRC, que ce soit à travers des analyses corrélationnelles ou des modèles de régression (Cessna Palas et al., 2021; Devi et al., 2023; Mellon et al., 2007; Park et al., 2013; Safdari-Molan et al., 2023; Thewes et al., 2013). C'est notamment le cas de l'étude de Cessna Palas et al. (2021), qui visait à déterminer les prédicteurs cognitifs, comportementaux et sociaux de la PRC chez une population ayant un cancer colorectal. Les auteurs rapportent que certaines caractéristiques sociales seraient associées à la PRC, mais que ce n'est pas le cas du soutien social. Ils montrent qu'un haut niveau de contraintes sociales, mesurées à partir du *Social Constraints Scale* (Lepore et al., 1996), est associé à une PRC plus sévère (Cessna Palas et al., 2021). Les contraintes sociales font référence à l'impossibilité pour la personne de pouvoir

parler à quelqu'un de son réseau des événements traumatiques (p. ex., l'expérience du cancer) et des émotions qui y sont associées. Les commentaires inappropriés ou blessants reçus par la personne de la part des membres de son réseau social en réponse à son dévoilement constituent aussi des contraintes sociales (Lepore et al., 1996). Les contraintes sociales pourraient donc être considérées comme une absence ou une inaccessibilité au soutien social ou encore à la présence d'un soutien social inadéquat.

Ces résultats divergents pourraient, entre autres, s'expliquer par l'évaluation trop générale du concept du soutien social dans les études antérieures qui ne semblent pas prendre en considération sa nature multidimensionnelle. À cet effet, Pasek et al. (2021) montrent que le soutien émotionnel n'exerce pas la même influence sur la qualité de vie des personnes atteintes de cancer que le soutien tangible. De façon similaire, Park et al. (2013) ont évalué trois dimensions de soutien social en relation avec la PRC : le soutien tangible, le soutien d'appartenance et la satisfaction du soutien. Ils ont constaté que seule la satisfaction à l'égard du soutien était significativement corrélée à la PRC. Ces observations renforcent l'idée qu'une approche trop globale du soutien social peut masquer des dynamiques plus fines. Malheureusement, les études explorant la relation entre la PRC et les différentes dimensions du soutien social perçu sont très peu nombreuses. Les prochaines sections présentent ces quelques études en reprenant la conceptualisation de Sherbourne et Stewart (1991) qui distingue le soutien social structurel du soutien social fonctionnel (voir Tableau 1 et Figure 2).

La relation entre le soutien social structurel et la PRC

Peu d'études ont spécifiquement analysé la relation entre le nombre de personnes présentes dans le réseau social d'un individu et la PRC. Northouse (1981) conclut que les survivantes d'un cancer du sein ayant davantage de proches significatifs rapportent une PRC moins sévère. Toutefois, il précise que les femmes se sentant comprises au sujet de leurs inquiétudes relatives à leur cancer rapportent une PRC plus faible. La majorité des femmes (plus de 80 %) se confieraient à leur conjoint.e, mais seulement la moitié de ces dernières se sentiraient comprises (Northouse, 1981), soulignant le rôle déterminant de la qualité perçue du soutien social sur la PRC nonobstant la présence ou le type de relation. D'autres auteurs ont avancé que la présence d'un.e conjoint.e protège les survivants d'une PRC dysfonctionnelle ou cliniquement significative (Heidkamp et al., 2021). En raison de sa proximité et de son accompagnement dans la trajectoire du cancer, le.la conjoint.e permettrait au survivant d'obtenir un soutien immédiat. D'ailleurs, selon Liu et al. (2011), les femmes ayant survécu à un cancer du sein qui perçoivent leur soutien social comme moins disponible rapportent généralement une PRC plus élevée. Selon ces auteurs un soutien social disponible immédiatement modérerait l'impact des pensées intrusives.

Par ailleurs, l'impact positif de la présence d'un.e conjoint.e pourrait s'expliquer aussi par la qualité du soutien social pouvant être apportée par ce dernier. En effet, il.elle aurait un rôle important dans la gestion de la PRC des survivants puisqu'il.elle jouerait un rôle actif dans la capacité de la personne malade à gérer les symptômes de la maladie, en lui permettant d'adopter de nouvelles stratégies d'adaptation plus efficaces et en cultivant l'espoir (Howsepian et Merluzzi, 2009; Niu et al., 2019). Il

existerait même une relation d'inter-influence entre la PRC des proches aidants ou du partenaire amoureux et la PRC du survivant. En effet, quelques études mettent en évidence que la PRC ressentie chez les deux partenaires d'un couple est interreliée. Autrement dit, plus la PRC d'un membre est importante, plus celle de son proche est élevée (Braun et al., 2021; Hu et al., 2021; Mellon et al., 2007). Cela illustre bien la relation complexe entre le soutien social et la PRC qui ne semble pas reposer sur une seule dimension.

La relation entre les types de soutien social fonctionnel et la PRC

La revue systématique et méta-analyse de Lu et al. (2023), décrite précédemment, rapporte que 12 des 37 études retenues examinent spécifiquement la relation entre la PRC et le soutien *perçu*, défini par les auteurs comme l'évaluation individuelle de la capacité à recevoir, comprendre et ressentir du soutien de la part de l'entourage (famille, amis, proches). Cette définition correspond conceptuellement à la notion de soutien social fonctionnel telle que retenue dans le présent essai doctoral. Dans l'ensemble, les résultats de la méta-analyse confirment l'existence d'une corrélation négative significative ($r = -0,52$) entre le soutien social fonctionnel et la PRC. Toutefois, une hétérogénéité statistique importante est observée entre les études incluses ($I^2 > 50\%$ dans la plupart des analyses). Afin d'en explorer les sources potentielles, les auteurs ont mené des analyses de méta-régression, lesquelles n'ont révélé aucun effet modérateur significatif des caractéristiques méthodologiques (instruments de mesure) ou contextuelles (source du soutien). Ces résultats suggèrent qu'un examen plus fin des variables contextuelles ou conceptuelles, types de soutien,

caractéristiques des populations, contextes culturels, devrait être réalisé afin de mieux comprendre les sources possibles de cette hétérogénéité. Entre autres, leur méta-analyse ne permet pas de déterminer si certains types de soutien social fonctionnel sont plus fortement associés à la PRC. Dans cette perspective, il apparaît pertinent d'examiner plus finement les différents types de soutien fonctionnel afin de mieux comprendre la nature de cette association.

Bien qu'il n'existe aucune étude ayant analysé spécifiquement la relation entre le *soutien social émotionnel* et la PRC, certains auteurs ont étudié des concepts sémantiquement apparentés. Dans le cadre de l'adaptation au cancer, le concept de contraintes sociales fait référence aux barrières perçues quant à la disponibilité et au soutien apporté par leurs proches lorsque les survivantes souhaitent se confier à propos de leurs angoisses relatives au cancer (Yeung et Lu, 2021). Ce concept présente donc des similarités avec l'absence ou l'inadéquation du soutien social émotionnel puisqu'il réfère à l'impossibilité pour la personne atteinte d'un cancer de se dévoiler en raison de l'attitude de son entourage et d'ainsi obtenir le soutien émotionnel voulu et espéré. Quelques études ont mis en évidence les relations des contraintes sociales, de façon directe ou indirecte, sur la PRC ressentie. Globalement, les résultats suggèrent que les survivants les plus sujets à percevoir des contraintes sociales dans leur entourage ressentent une PRC plus élevée (Manne et al., 2017; Martin et al., 2020; Myers et al., 2013; Soriano et al., 2018; Yeung et Lu, 2021). Cela suggère qu'un soutien émotionnel absent ou inadéquat serait associé à une PRC plus sévère.

Par ailleurs, bien qu'aucune étude ne se soit intéressée à la relation entre le *soutien social informationnel* et la PRC, Maheu et al. (2019) ont mis en évidence, à

l'aide d'entrevues semi-structurées, un lien potentiel entre la recherche d'informations et la PRC. En effet, ils rapportent que les survivantes d'un cancer du sein avec une PRC plus importante confient avoir cessé de chercher des informations sur internet au regard d'une récurrence possible du cancer en raison du caractère anxiogène de ces informations (Maheu et al., 2019). Cependant, ils précisent aussi qu'une minorité de participantes mentionnent trouver utiles les témoignages sur internet d'autres survivantes d'un cancer. Bien qu'intéressant, ces résultats ne révèlent rien sur les habitudes de recherche d'informations concernant d'autres thématiques (p. ex., l'accès aux ressources, l'image corporelle, les effets secondaires des traitements) ou auprès d'autres sources d'informations (p. ex., professionnels de la santé ou proches). D'ailleurs, quelques auteurs mettent en évidence la relation entre le besoin d'information non répondu et la PRC. En effet, Kelada et al. (2019) révèlent que les survivants adultes d'un cancer pédiatrique n'obtenant pas les informations désirées pour gérer leur douleur et leur fatigue rapportent davantage de PRC que les survivants ne rapportant pas avoir besoin d'informations. Dans leur étude, Ellegaard et al. (2017) dévoilent que, parmi leurs besoins les moins bien répondus, les survivantes d'un cancer du sein identifient l'accès à des informations adaptées à leur compréhension et à jour. Ils précisent que les survivantes ayant plus de besoins non répondus font davantage l'expérience d'une PRC cliniquement significative. Il semble donc nécessaire d'approfondir l'étude de la relation entre le soutien informationnel et la PRC.

Une seule étude (Mehnert et al., 2013) s'est spécifiquement intéressée au lien entre les *interactions sociales néfastes* et la PRC. Celle-ci montre que faire l'expérience d'interactions sociales caractérisées par des comportements de surprotection, de critique ou de retrait, conflictuels ou pessimistes est associée à une

PRC plus sévère (Mehnert et al., 2013). Cependant, bien que les résultats mis en lumière par cette étude soulignent l'influence que peuvent avoir les différents types de soutien, ces résultats n'ont pas été répliqués.

En somme, bien que certaines études aient exploré des concepts apparentés, les connaissances empiriques sur les liens spécifiques entre les cinq types de soutien social fonctionnel, soit le soutien émotionnel, informationnel, tangible, affectif et les interactions sociales positives, et la PRC demeurent très fragmentaires. À l'heure actuelle, seul le rôle des contraintes sociales (proche du soutien émotionnel inadéquat) et des besoins non comblés en information (reliés au soutien informationnel) a été partiellement exploré, suggérant qu'un manque de soutien dans ces domaines pourrait contribuer à une PRC plus marquée. Une seule étude a abordé les interactions sociales négatives, qui peuvent être vues comme l'inverse d'interactions sociales positives, mais sans validation ni réplication ultérieure. Aucune étude recensée n'a investigué spécifiquement le rôle du soutien tangible ni du soutien affectif dans la PRC. Ainsi, les données disponibles soulignent la pertinence d'approfondir l'étude de chacune des dimensions du soutien social de manière distincte, afin de mieux cerner celles qui pourraient protéger ou nuire à l'expérience de la PRC. Il est notamment nécessaire de distinguer l'impact de la simple disponibilité du soutien de celui de la qualité perçue ou de la satisfaction de ce soutien.

Limites des études

L'examen des écrits scientifiques portant sur les liens entre les dimensions du soutien social et la PRC met en évidence plusieurs limites méthodologiques et

conceptuelles. Dans la mesure où l'hypothèse centrale de cet essai doctoral porte sur le rôle différencié des différentes dimensions du soutien social, seules les études ayant abordé ces dimensions font l'objet de l'analyse des forces et des limites.

Parmi les principaux atouts, on note l'utilisation de devis longitudinaux (Liu et al., 2011 ; Stanton et al., 2002), qui permettent d'évaluer l'évolution de la PRC dans le temps et de mieux saisir le rôle prédictif du soutien social. Certaines études reposent également sur de larges échantillons (Lu et al., 2023 ; L. Zhang et al., 2025), renforçant ainsi leur puissance statistique.

Une des principales faiblesses des études recensées tient à l'absence de consensus sur la définition et la conceptualisation du soutien social. Ce construit complexe est parfois considéré dans son ensemble, sans que ses différentes dimensions (émotionnelle, informationnelle, tangible, affective ou interactionnelle) soient distinguées. Cette approche unidimensionnelle limite la compréhension des relations complexes entre le soutien social et la PRC. Par ailleurs, lorsque proposées, les définitions des dimensions varient sensiblement d'un auteur à l'autre, rendant les comparaisons difficiles. Par exemple, dans leur méta-analyse, Lu et al., (2023) adoptent une conceptualisation tripartite du soutien social (objectif, subjectif, disponible), sans justification théorique claire, et difficilement transposable aux cadres conceptuels nord-américains ou européens du soutien social. Cette hétérogénéité dans les cadres de référence fait obstacle à l'accumulation cohérente des connaissances.

La qualité des instruments de mesure du soutien social constitue une autre limite majeure. Plusieurs études ont eu recours à des échelles partielles (Park et al.,

2013) ou à des items développés spécifiquement pour une étude sans validation empirique préalable (Devi et al., 2023; Thewes et al., 2013). Même lorsque des questionnaires validés ont été utilisés (*MOS-SSS* ou *Social Support Rating Scale*), nombre d’auteurs ont opté pour l’analyse du score global, sans explorer les différentes dimensions du soutien social (Gross et al., 2015; Guo et al., 2022; Hong et al., 2020; Hu et al., 2021; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Li et al., 2023; Liu et al., 2011; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2013; Mellon et al., 2007; Mirabeau-Beale et al., 2009; Niu et al., 2019; Qi et al., 2025; Safdari-Molan et al., 2023; Yang et al., 2024; Zhang et al., 2025; Zheng et al., 2022). Dans d’autres cas, les questionnaires employés ne couvraient qu’un nombre restreint de dimensions du soutien social (Lu et al., 2023; Niu et al., 2019), compromettant une évaluation complète du construit. Plus encore, certains auteurs n’ont pas précisé comment ils avaient évalué précisément le soutien social (Devi et al., 2023; Dewi et al., 2021). Ces choix méthodologiques limitent la validité des conclusions quant aux liens spécifiques entre les dimensions du soutien social et la PRC.

Enfin, aucune étude recensée n’a examiné directement la relation du soutien fonctionnel instrumental ou affectif avec la PRC et encore moins avec les différentes dimensions de la PRC. Une seule étude a abordé le lien entre soutien informationnel et PRC, et ce, de manière indirecte (Maheu et al., 2019). D’autres se sont penchées sur des construits proches du soutien fonctionnel émotionnel, notamment les contraintes sociales, mais sans examiner directement ce type de soutien. Par ailleurs, les recherches existantes se sont concentrées de manière disproportionnée sur des populations féminines, majoritairement atteintes de cancers du sein ou gynécologiques (Devi et al., 2023; Guo et al., 2022; Hong et al., 2020; Li et al., 2023; Liu et al., 2011;

Manne et al., 2017; Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale et al., 2009; Northouse, 1981; Safdari-Molan et al., 2023; Thewes et al., 2013). Ce biais limite la généralisation des résultats à l'ensemble des survivants, notamment les hommes ou les personnes touchées par d'autres types de cancers. De plus, les études incluses dans la méta-analyse de Lu et al. (2023), ainsi qu'une part importante des études recensées (Dewi et al., 2021; Guo et al., 2022; Hong et al., 2020; Hu et al., 2021; Li et al., 2023; Liu et al., 2024; Qi et al., 2025; Shin et al., 2022; Yang et al., 2024; Zhang et al., 2025; Zheng et al., 2022), ont été menées auprès de populations asiatiques, principalement en Chine. Bien que ces travaux soient essentiels, les spécificités culturelles et sociales de ces contextes pourraient influencer à la fois la perception du soutien social et l'expression de la PRC, rendant difficile la généralisation des résultats à d'autres populations.

En somme, les travaux existants ont permis d'identifier un lien global entre soutien social perçu et la PRC, et certaines études offrent même des appuis quant au rôle protecteur du soutien social. Toutefois, l'absence de consensus conceptuel, l'utilisation d'instruments de mesure partiels ou non validés, la surreprésentation de certaines populations et le manque d'investigation des dimensions spécifiques du soutien social limitent la portée générale des conclusions. De futures recherches gagneraient à adopter des devis robustes, à inclure des populations plus diversifiées et à utiliser des outils complets permettant une analyse différenciée des dimensions du soutien social mais aussi des différentes dimensions de la PRC. Le présent essai doctoral tente donc de répondre à certaines de ces lacunes en explorant la contribution des différentes dimensions du soutien social à la variance des différentes facettes de la PRC et ce, auprès d'un large échantillon de survivants atteints de différents types de cancer à l'aide d'outils validés empiriquement.

Objectifs et questions de recherche

Le présent essai doctoral repose sur un devis de recherche transversal corrélationnel, dans lequel les variables d'intérêt ont été mesurées à un seul moment afin d'examiner les relations statistiques entre celles-ci. Il s'appuie sur une analyse secondaire des données recueillies dans le cadre de deux études antérieures menées entre 2008 et 2013, lesquelles portaient sur différentes facettes de la qualité de vie chez des survivants du cancer. Ces études ont reçu les approbations éthiques nécessaires de la part du comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et de celui du CHU de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus, incluant l'autorisation d'utiliser les données de manière secondaire, à condition qu'elles soient anonymisées. La présente étude a également été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (voir Appendice A). L'étude vise essentiellement à décrire les différentes dimensions du soutien social et à examiner leur contribution à la variance de la sévérité de la PRC. Plus spécifiquement, les objectifs sont les suivants :

- 1) Décrire les différentes dimensions du soutien social perçu et de la PRC des participants ;
- 2) Examiner les relations entre les caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants avec les dimensions du soutien social ainsi que de la PRC ;
- 3) Quantifier la force des relations entre les dimensions du soutien social perçu (structurel, fonctionnel et satisfaction) et celles de la PRC (score global, score clinique et dimensions) ;

- 4) Évaluer la contribution spécifique des différentes dimensions du soutien social perçu (fonctionnel, structurel, satisfaction) à la variance de la sévérité de la PRC, en contrôlant pour la variance expliquée par des déterminants reconnus dans la littérature, soit les caractéristiques sociodémographiques et médicales, les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique.

Démarche de réalisation de l'essai

Le prochain chapitre, rédigé sous la forme d'un article scientifique expose un résumé de la problématique vue précédemment, décrit la méthodologie et les analyses adoptées, présente les résultats obtenus en détail et propose une discussion spécifique.

Chapitre 2 : Article scientifique

La contribution des différentes dimensions du soutien social à la peur de la récurrence du cancer : analyse secondaire chez des survivants d'un cancer du sein, de la prostate, du poumon et colorectal.

La contribution des différentes dimensions du soutien social à la peur de la récurrence du cancer : analyse secondaire chez des survivants d'un cancer du sein, de la prostate, du poumon et colorectal.

Anne Anthoine-Milhomme Baumgartner, B.A., DPs (candidate)
Université du Québec à Chicoutimi
Département des sciences de la santé
555 Boulevard Université
Chicoutimi, Québec, Canada
G7H2B1
Courriel : aamilhomme@etu.uqac.ca

Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D., professeure titulaire
Université du Québec à Chicoutimi
Département des sciences humaines et sociales
555 Boulevard Université
Chicoutimi, Québec, Canada
G7H2B1
Courriel : cblecler@uqac.ca

Sébastien Simard, Ph.D., professeur régulier
Université du Québec à Chicoutimi
Département des sciences de la santé
555 Boulevard Université
Chicoutimi, Québec, Canada
G7H2B1
Courriel : s5simar@uqac.ca

Cet article a été rédigé dans le cadre d'un essai doctoral en psychologie. Nous tenons à remercier les participants pour leur précieuse collaboration.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Résumé

Objectif. La peur de la récurrence du cancer (PRC) est une préoccupation fréquente chez les survivants. Bien que plusieurs de ses déterminants soient bien documentés, notamment des caractéristiques sociodémographiques, médicales et psychologiques, les déterminants sociaux ont reçu moins d'attention. Pourtant, l'effet bénéfique du soutien social sur la santé physique et mentale est bien établi. La présente étude vise à décrire les dimensions du soutien social perçu et à examiner leur rôle dans la PRC en contrôlant pour les autres déterminants reconnus dans la littérature.

Méthode. Un total de 2 562 survivants de quatre types de cancer (sein, poumon, prostate, colorectal) ont complété une batterie de questionnaires mesurant la PRC, le soutien social, les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique. Des analyses descriptives et corrélationnelles ont d'abord été réalisées. Deux modèles de régression par blocs ont ensuite été testés : l'un pour prédire la sévérité de la PRC (score continu) et l'autre pour prédire la PRC cliniquement significative (présence/absence).

Résultats. Les deux modèles ont identifié des prédicteurs communs de la sévérité et de la présence de PRC clinique : être plus jeune, présenter un stade de cancer avancé, suivre un traitement, ressentir davantage de détresse psychologique, utiliser plus fréquemment des stratégies d'adaptation passives, obtenir davantage de soutien social fonctionnel et être moins satisfait de son soutien social. Le fait d'être une femme était associé uniquement à la sévérité de la PRC, tandis que l'utilisation de stratégies d'adaptation actives variait selon le modèle. La satisfaction à l'égard du soutien social constituait le seul prédicteur négatif de la PRC.

Conclusion. La satisfaction du soutien social semble plus fortement associée à la PRC que la quantité ou les types de soutien social. Elle pourrait ainsi agir comme un facteur de protection potentiel. Les interventions visant à prévenir ou réduire la PRC devraient tenir compte de la manière dont le soutien social est perçu et mobilisé par les survivants.

Mots clefs. Soutien social - Peur de la récurrence du cancer - Psycho-oncologie - Cancer - Santé - Satisfaction- Prédicteur

INTRODUCTION

Recevoir un diagnostic de cancer est synonyme de grands bouleversements physiques et psychologiques qui ont une incidence sur la qualité de vie et le bien-être des personnes malades (Fitch, 2008). Parmi les survivants d'un cancer, 85 % rapportent avoir déjà ressenti une peur de la récurrence du cancer (PRC) à un moment ou l'autre de la trajectoire de leur maladie et 94 % mentionnent avoir besoin de soutien pour faire face à cette peur (Luigjes-Huizer, van der Lee, et al., 2022). La PRC est un phénomène multidimensionnel complexe se caractérisant par la crainte ou l'inquiétude que le cancer réapparaisse ou progresse au même endroit ou dans une autre partie du corps (Lebel, Ozakinci, et al., 2016). L'intensité de la PRC varie sur un continuum allant d'une préoccupation passagère à une peur intense (Lebel, Ozakinci, et al., 2016) et ses manifestations sont hétérogènes d'une personne à l'autre (Crist & Grunfeld, 2013). De ce fait, elle peut être adaptée et transitoire ou atteindre un niveau cliniquement significatif et altérer significativement la qualité de vie et le fonctionnement de certains survivants (Simard et al., 2013). À long terme, la PRC aurait des conséquences négatives sur la santé mentale et physique des survivants. Ceux-ci rapportent davantage de dépression et d'anxiété (van de Wal et al., 2016) ainsi qu'une perturbation du fonctionnement mental, émotionnel et physique (Ashing et al., 2017; Kim et al., 2020). Selon la littérature disponible, des facteurs sociodémographiques et médicaux jouent un rôle important dans la sévérité de la PRC, notamment l'âge (Curran et al., 2020), le type de traitement et les effets secondaires de ces derniers, la présence de douleur, la fatigue (Matulonis et al., 2008), la détresse psychologique (Hodges & Humphris, 2009) et les stratégies d'adaptation (McGinty et al., 2016).

Une revue de la littérature sur les besoins des survivants du cancer conclut que la PRC est le besoin le moins bien répondu par les services de santé (Mirošević et al., 2019). Pour composer avec la situation, ces derniers doivent donc recourir à différentes stratégies d'adaptation, telles qu'une attention accrue portée aux signaux corporels susceptibles d'indiquer la présence ou la progression de la maladie (Mutsaers et al., 2016), la distanciation (De Vries et al., 2014), le déni et l'évitement pour gérer les émotions et la crainte (Stanton et al., 2002), la recherche de réassurance auprès du corps médical (Galica et al., 2020; Mutsaers et al., 2016) ainsi que le recours au soutien social (De Vries et al., 2014; Galica et al., 2020; Stanton et al., 2002). Les stratégies d'adaptation sont généralement regroupées en deux grandes catégories, soit les stratégies actives et passives (Endler et al., 1998). Les stratégies actives renvoient aux efforts visant à faire face directement à la situation ou à en modifier l'impact, tandis que les stratégies passives impliquent davantage l'évitement, le désengagement ou la régulation indirecte de la détresse. De manière intéressante, plusieurs d'entre elles reposent sur la mobilisation du soutien social qu'il s'agisse de se distraire, de chercher de la réassurance, de recevoir du réconfort ou d'obtenir de l'aide et de l'information (Chen et al., 2025; De Vries et al., 2014; Galica et al., 2020; McGinty et al., 2016).

Le soutien social « fait généralement référence aux comportements des proches ou de l'équipe médicale qui tentent de répondre aux besoins d'un individu qui doit composer avec une situation stressante », par exemple le cancer (St-Jean-Trudel, 2009). Il s'agit d'un construit multidimensionnel, renvoyant aux ressources émotionnelles, informationnelles ou instrumentales disponibles au sein du réseau social d'une personne, qui contribuent à ce qu'elle se sente soutenue, valorisée et intégrée socialement (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985; House, 1981). La littérature

sur le soutien social distingue généralement deux formes principales : le soutien social reçu et le soutien social perçu (Fischer et al., 2020; Helgeson, 2003). Le soutien social reçu correspond à l'aide objectivement fournie par le réseau social d'une personne. Il est particulièrement difficile et coûteux à mesurer car il faut qu'un observateur externe évalue les interactions sociales d'un individu dans son environnement (Helgeson, 2003). Quant à lui, le soutien social perçu fait plutôt référence à l'évaluation subjective d'une personne qu'une aide est disponible ou reçue en cas de besoin (Beauregard & Dumont, 1996). Plusieurs auteurs s'accordent sur la pertinence de s'attarder prioritairement au soutien social perçu puisqu'il est plus fortement associé à la qualité de vie des individus et qu'il dépendrait plus intrinsèquement des besoins, des attentes et des expériences individuelles (Beauregard & Dumont, 1996; Kaniasty & Norris, 2009). Le soutien social perçu serait donc d'un plus grand intérêt dans l'adaptation au cancer (Eom et al., 2013).

Le soutien social perçu se déclinerait en deux grandes dimensions : le soutien structurel et le soutien fonctionnel. Le soutien structurel fait référence aux caractéristiques du réseau social d'une personne soit la quantité de personnes, la nature des liens (p.ex., conjoint, amis, collègues, professionnel) et la fréquence des interactions avec ces personnes. Le soutien fonctionnel, quant à lui, réfère à la perception de la qualité et des différentes formes d'aide ou de ressources disponibles par le réseau social d'un individu (Wills & Fegan, 2001). Celui-ci est généralement décomposé en quatre types ou sous-dimensions : le soutien émotionnel (c.-à-d., l'intimité et la sécurité affective ressentie avec autrui permettant de se sentir soutenue), informationnel (c.-à-d., les conseils et les informations permettant de mieux comprendre une situation), tangible (c.-à-d., l'aide concrète et l'assistance matérielle

fournie pour répondre aux besoins physiques ou pratiques) et affectif (c.-à-d., l'expression d'amour et d'affection exprimée par les autres personnes ; Cutrona & Russell, 1990; Sherbourne & Stewart, 1991). Enfin, la satisfaction à l'égard du soutien social perçu constitue également une dimension centrale de ce construit (Finck et al., 2018).

L'influence positive du soutien social sur la santé et la qualité de vie n'est plus à démontrer (Fischer et al., 2020). De nombreux auteurs ont d'ailleurs démontré la contribution significative du soutien social et de ses sous-dimensions à l'adaptation des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer (Courtens et al., 1996; Dunkel-Schetter, 1984; Finck et al., 2018; Haviland et al., 2017; Hofman et al., 2021; Thompson et al., 2017; H. Zhang et al., 2017). En effet, les survivants d'un cancer percevant leur soutien social comme satisfaisant rapportent une meilleure qualité de vie (Courtens et al., 1996; Haviland et al., 2017), éprouvent moins de stress causé par la maladie (Dunkel-Schetter, 1984), ressentent moins de symptômes dépressifs (Haviland et al., 2017; Thompson et al., 2017), font preuve de davantage de résilience (Haviland et al., 2017; H. Zhang et al., 2017) et utilisent des stratégies d'adaptation plus efficaces (Finck et al., 2018). De ce fait, puisque le soutien social protège directement ou indirectement les individus faisant l'expérience d'un cancer, il convient de s'interroger sur le rôle du soutien social dans la PRC.

Il existe peu de recherches s'intéressant spécifiquement à la relation entre le soutien social et la PRC. Par ailleurs, les résultats observés ne sont pas concluants. En effet, parmi la vingtaine d'études publiées sur le sujet, certaines suggèrent une association significative entre le soutien social perçu (r entre -0,15 et -0,63) et la PRC,

indiquant que les survivants percevant un soutien social adéquat rapportent des niveaux plus faibles de PRC (Guo et al., 2022; Hong et al., 2020; Hu et al., 2021; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Li et al., 2023; Liu et al., 2011; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2013; Mirabeau-Beale et al., 2009; Niu et al., 2019; Qi et al., 2025; Shin et al., 2022; Yang et al., 2024; L. Zhang et al., 2025; Zheng et al., 2022). D'autres montrent que le soutien social perçu prédit (B entre -0,19 et -0,75) la sévérité de la PRC, selon des modèles de régression (Hu et al., 2021; Liu et al., 2011). Toutefois, certaines études ne rapportent aucun lien significatif entre le soutien social perçu et la PRC (Cessna Palas et al., 2021; Manne et al., 2017; Mellon et al., 2006; Park et al., 2013; Thewes et al., 2012).

L'hétérogénéité de ces résultats reposerait, en partie, sur deux principaux constats. D'une part, une conceptualisation unidimensionnelle ou restreinte des concepts de la PRC et du soutien social. D'autre part, les faiblesses ou les limites des différents questionnaires utilisés (Hu et al., 2021; Liu et al., 2011; Matulonis et al., 2008; Mehnert et al., 2013; Mirabeau-Beale et al., 2009; Niu et al., 2019; Park et al., 2013). Par ailleurs, la majorité de ces études ont été réalisées auprès d'échantillons homogènes de femmes atteintes d'un cancer du sein ou gynécologique ce qui compromet la généralisation des résultats (Liu et al., 2011; Manne et al., 2017; Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale et al., 2009; Niu et al., 2019; Thewes et al., 2012). Il nous apparaît donc important de répondre à certaines de ces lacunes en examinant les relations entre les différentes dimensions du soutien social et celles de la PRC auprès d'un échantillon hétérogène de survivants d'un cancer et à l'aide d'outils de mesure valides et multidimensionnels.

La présente étude repose sur un devis de recherche transversal corrélationnel et s'appuie sur une analyse secondaire des données recueillies dans le cadre de deux études antérieures portant sur la qualité de vie chez des survivants du cancer. Plus spécifiquement, les objectifs sont :

- 1) Décrire les différentes dimensions du soutien social perçu et de la PRC des participants ;
- 2) Examiner les relations entre les caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants avec les dimensions du soutien social ainsi que de la PRC ;
- 3) Quantifier la force des relations entre les dimensions du soutien social perçu (structurel, fonctionnel et satisfaction) et celles de la PRC (score global, score clinique et sous dimensions) ;
- 4) Évaluer la contribution spécifique des différentes dimensions du soutien social perçu (fonctionnel, structurel, satisfaction) à la variance de la sévérité de la PRC, en contrôlant pour la variance expliquée par des déterminants reconnus dans la littérature, soit les caractéristiques sociodémographiques et médicales, les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique.

MÉTHODE

Participants

La présente étude ne comporte aucune collecte de données auprès de participants. Elle repose sur des analyses secondaires réalisées à partir des données

anonymisées tirées de deux études antérieures explorant différentes variables associées à la qualité de vie de survivants atteints de cancer.

Dans la première étude (Simard et al., 2010), réalisée en 2008, les participants ont été identifiés aléatoirement à partir d'une liste de patients fournie par la Régie de l'assurance maladie du Québec ciblant les personnes traitées pour un cancer au CHU-L'Hôtel Dieu de Québec et ont été sollicités par la poste à compléter une batterie de questionnaires. Pour être éligibles, ils devaient : (a) avoir reçu, au cours des 10 dernières années, un diagnostic de cancer du sein, de la prostate, du poumon ou colorectal, (b) être âgé de moins de 80 ans au moment de l'étude, afin de limiter la participation de personnes susceptibles d'avoir des atteintes cognitives sévères et, (c) lire et comprendre le français. Parmi les 5 000 personnes invitées à participer, 3 822 (76 %) ont retourné une réponse. Parmi ceux-ci, 1 579 (41 %) ont refusé de participer, et 137 (4 %) des envois postaux ont été retournés incomplets en raison d'une adresse erronée ou parce que la personne était décédée. De plus, 122 participants (3 %) ayant complété les questionnaires ont été exclus, soit parce qu'ils ne répondaient pas aux critères de l'étude ($n = 50$), soit en raison de données manquantes ($n = 88$). Ainsi, l'échantillon final était composé de 1 984 participants, ce qui représente 40 % des personnes sollicitées ou 52 % de celles ayant retourné leur envoi postal accompagné du formulaire de consentement.

Dans la seconde étude (Simard et al., 2016), réalisée en 2013, les participants ont été identifiés à partir des registres de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et ont été aussi sollicités par la poste à compléter une batterie de questionnaires. Les personnes éligibles devaient : (a) avoir reçu un diagnostic d'un

cancer du poumon, (b) avoir consulté pour ce cancer au cours des deux dernières années (pour identifier les personnes en suivi actif), (c) ne pas avoir reçu un diagnostic pour un autre type de cancer, (d) ne présenter aucune atteinte cognitive sévère (p. ex., une démence) ou des troubles mentaux graves (p. ex., troubles psychotiques) et, (e) lire et comprendre le français. Parmi les 2 694 personnes invitées à participer, 1 916 (71 %) ont retourné une réponse. De ce nombre, 760 (40 %) ont refusé de participer, et 489 (26 %) ont été exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères ou parce qu'ils avaient laissé trop de données manquantes. Ainsi, l'échantillon final était composé de 667 participants, ce qui représente 25 % des personnes sollicitées ou 35 % de celles ayant retourné leur envoi postal accompagné du formulaire de consentement.

Procédure

Les participants potentiels des deux études originales ont reçu, par la poste, une lettre explicative de l'étude signée par l'équipe médicale, un formulaire d'information et de consentement, une batterie de questionnaires et une enveloppe préaffranchie de retour. Les individus acceptant de participer devaient retourner dans un délai de deux semaines, le formulaire de consentement dûment signé ainsi que les questionnaires complétés. Ceux qui refusaient de participer étaient aussi invités à retourner les documents sans les compléter afin de signifier leur refus. En cas de non-réponse après six semaines, une lettre de rappel par courrier était envoyée aux participants.

L'utilisation secondaire des données des deux études antérieures permet de constituer un échantillon plus représentatif des survivants d'un cancer au Canada, notamment en ce qui concerne les quatre cancers les plus fréquents (sein, prostate, colorectal, poumon ; Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer et

al., 2022). Après la fusion des deux études, l'inspection des données et le retrait des participants ayant plus de 50 % de données manquantes sur les variables à l'étude ($n = 89$), l'échantillon final de la présente étude se compose de 2 562 survivants.

La présente étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (no : 2024-1110). Les deux études originales ont reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CHUQ-HDQ (no : 5.2.03.01), et du Comité d'éthique de la recherche de l'IUCPQ (no : 2013-2164).

Mesures

Caractéristiques sociodémographiques et médicales

Les informations sociodémographiques (p. ex., âge, genre, niveau d'éducation, statut civil) et médicales (p. ex., type de cancer, stade de la maladie, traitements reçus) ont été collectées à l'aide d'un questionnaire élaboré par l'équipe de recherche et complété par les participants.

Peur de la récurrence du cancer

La PRC est évaluée à l'aide de l'*Inventaire de la peur de la récurrence du cancer* (IPRC; Simard & Savard, 2009), un questionnaire multidimensionnel comportant 42 items. Il permet d'obtenir un score global ainsi qu'un score pour chacune des sept dimensions de la PRC suivantes : éléments déclencheurs, sévérité, détresse psychologique, perturbations du fonctionnement, auto-critique, réassurance, et stratégies d'adaptation. Chaque item est évalué à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points (1 = jamais à 5 = toujours). Des scores plus élevés indiquent une peur de récurrence plus importante. Un score de 13 et plus (≥ 13) à la sous-échelle « Sévérité », considéré comme la version courte du questionnaire, indique la présence d'une PRC

cliniquement significative (Simard & Savard, 2015). Ce questionnaire possède de solides qualités psychométriques, notamment une excellente fiabilité test-retest, une cohérence interne élevée et plusieurs preuves de validité auprès des survivants de cancers du sein, du côlon, de la prostate et du poumon (Lebel et al., 2016b; Thewes et al., 2012). Dans la présente étude, la cohérence interne pour l'ensemble du questionnaire et des sous-échelles est similaire aux études de validation originales : score total ($\alpha = 0,95$), déclencheurs ($\alpha = 0,90$), sévérité ($\alpha = 0,89$), détresse psychologique ($\alpha = 0,87$), perturbations du fonctionnement ($\alpha = 0,93$), auto-critique ($\alpha = 0,82$), réassurance ($\alpha = 0,67$) et stratégies d'adaptation ($\alpha = 0,87$).

Soutien social

Les dimensions du soutien social perçu ont été évaluées à l'aide d'items tirés du *Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS ; Sherbourne et Stewart, 1991)* et de l'ajout de deux questions afin de mesurer les trois grandes catégories de soutien social reconnues dans la littérature : le soutien fonctionnel, le soutien structurel et la satisfaction face au soutien. La version de l'outil utilisé comprenait 13 items répartis comme suit : (1) les sous-échelles du *MOS-SSS* évaluant le soutien fonctionnel émotionnel (4 items), le soutien fonctionnel affectif (3 items) et le soutien fonctionnel informationnel (4 items) ; (2) une question portant sur la satisfaction globale du soutien social « *Globalement, êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez ?* » et ; (3) une question visant à évaluer du soutien social structurel « *Combien de relations intimes ou de personnes significatives avez-vous ? Précisez le lien que vous avez avec chacune de ces personnes.* ». La majorité des items sont évalué à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points (1 = jamais à 5 = toujours). Des scores plus élevés indiquent un meilleur

soutien social. Les items du *MOS-SSS* portant sur le soutien tangible et les interactions sociales positives ont été retirées pour réduire le fardeau des participants et éviter les questions redondantes dans les études originales. Le *MOS-SSS* démontre une bonne fiabilité, une bonne stabilité temporelle et des preuves adéquates de sa validité (Anderson et al., 2005). Dans l'échantillon de la présente étude, les indices de cohérence interne sont excellents : score global de soutien social fonctionnel ($\alpha = 0,96$), soutien affectif ($\alpha = 0,87$), soutien émotionnel ($\alpha = 0,91$) et soutien informationnel ($\alpha = 0,90$).

Autres variables

Le *Coping with Health Injuries and Problems* (CHIP; Endler & Parker, 1990), un questionnaire de 48 items, évalue les stratégies d'adaptation utilisées par les survivants pour faire face au cancer. Il évalue quatre types de stratégies d'adaptation distinctes : instrumentales, de distraction, palliatives et émotionnelles. Conformément aux recommandations des auteurs de l'outil (Endler & Parker, 1994), ces types peuvent être regroupés en deux catégories : les stratégies dites « actives », qui combinent les stratégies instrumentales et de distraction, et les stratégies dites « passives », qui regroupent les stratégies palliatives et émotionnelles. Les items sont évalués à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points (1 = pas du tout à 5 = Énormément). Des scores plus élevés indiquent une utilisation fréquente de ces stratégies. Cet outil a démontré une bonne validité de construit et une bonne cohérence interne dans des populations cliniques, incluant des personnes atteintes de maladies chroniques (Endler & Parker, 1994). Dans la présente étude, les coefficients alpha de Cronbach varient de 0,68 à 0,78.

Le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) comporte 14 items, répartis en deux sous-échelles de 7 items évaluant respectivement l'anxiété (HADS-A) et la dépression (HADS-D). Conformément aux recommandations quant à son utilisation (Norton et al., 2013), un score global de détresse psychologique peut aussi être dérivé en effectuant simplement la somme de l'ensemble des items. Les items sont évalués à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points. Des scores plus élevés indiquent une sévérité plus grande. Ce questionnaire présente de bonnes qualités psychométriques, notamment une cohérence interne adéquate ($\alpha > 0,80$) et une validité discriminante satisfaisante dans des populations de personnes atteintes de cancer (Bjelland et al., 2002). Dans la présente étude, la cohérence interne pour la détresse psychologique ($\alpha = 0,74$) et pour les sous-échelles d'anxiété ($\alpha = 0,71$) et de dépression ($\alpha = 0,75$) sont satisfaisantes.

Analyses statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 28 pour Windows (SPSS Inc., Chicago, IL). Des statistiques descriptives ont été effectuées afin de caractériser l'échantillon et décrire les variables à l'étude (objectif 1), les données catégorielles étant exprimées en fréquences et en pourcentages (%), et les données continues décrites à l'aide de la moyenne et de l'écart-type. Des tests de Student (Test t) pour échantillons indépendants et des analyses de variance (ANOVA) ont été utilisés pour examiner les relations entre les caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants avec les dimensions du soutien social ainsi que de la PRC (objectif 2). Des analyses de corrélation de Pearson (pour les variables continues) et Spearman (pour les variables ordinales) ont été menées pour

quantifier la force des relations entre les dimensions du soutien social et celles de la PRC (objectif 3). La force des corrélations a été interprétée selon les critères proposés par Cohen (1988), où des coefficients d'environ .10, .30 et .50 correspondent respectivement à des associations faibles, modérées et fortes.

Des analyses de régression linéaire et logistique multivariées par blocs (régressions hiérarchiques) ont été réalisées pour évaluer la contribution spécifique des différentes dimensions du soutien social à la variance de la PRC, en contrôlant pour la variance expliquée par des déterminants reconnus dans la littérature (objectif 4). Les variables ont donc été introduites, selon un ordre prédéterminé, en blocs successifs : bloc 1 - variables sociodémographiques et médicales ; bloc 2 - variables du soutien social (variable d'intérêt) ; bloc 3 - stratégies d'adaptation (actif, passif) ; bloc 4 - détresse psychologique. L'ordre d'entrée des blocs a été défini a priori sur la base des travaux antérieurs et du modèle théorique de Lee-Jones et al. (1997). Les diagnostics de colinéarité (VIF) ont également été examinés afin de vérifier l'absence de redondance excessive entre les prédictors. Le soutien social a été introduit au deuxième bloc afin de permettre l'évaluation de sa contribution spécifique après ajustement pour des variables relativement stables et peu modifiables sur le plan clinique (caractéristiques sociodémographiques et médicales). De plus, étant donné que son effet est généralement modeste dans les études antérieures, cette position permet d'examiner si son influence persiste dans le modèle face à des variables reconnues comme des déterminants de la PRC (stratégies d'adaptation et détresse psychologique). Cette stratégie d'analyse permet de mieux comprendre l'importance relative de chaque prédictor et d'examiner la contribution incrémentale des différents blocs de variables dans l'explication de la PRC. L'approche adoptée permet aussi

d'examiner les prédicteurs à la fois de l'intensité de la PRC (score continu) et de la PRC cliniquement significative (classification binaire) pour une meilleure compréhension du rôle du soutien social. Étant donné la taille importante de l'échantillon ($N = 2\,562$), la puissance statistique des analyses est suffisamment élevée pour détecter des effets de faible à modérée dans les modèles de régression (Cohen, 1988). Par ailleurs, en raison du nombre d'analyses réalisées dans les étapes préliminaires, un risque d'erreur de type I associé aux comparaisons multiples doit être considéré. Toutefois, ces analyses ont principalement un rôle descriptif visant à documenter les relations entre les variables. Afin de limiter ce risque, une correction de Bonferroni a été appliquée aux comparaisons portant sur les dimensions du soutien social et de la PRC selon les variables sociodémographiques et médicales. Les analyses principales reposent quant à elles sur des modèles de régression par blocs guidés par un cadre théorique, ce qui limite le nombre de tests indépendants et concentre l'interprétation sur les modèles multivariés. Le seuil de signification statistique a donc été fixé à $p \leq 0,05$.

RÉSULTATS

Statistiques descriptives

Sociodémographiques et médicales

L'échantillon total comprend 2 562 participants, répartis presque également entre les hommes (45,5 %) et les femmes (54,5 %). L'âge moyen des participants est de 63,8 ans ($\pm 9,74$), et la majorité sont à la retraite (61 %). Les trois types de cancer les plus représentés sont : le cancer du sein (37,7 %), de la prostate (27,8 %) et du poumon (27,2 %). Les participants ont reçu un diagnostic de cancer en moyenne depuis 3,9

années ($\pm 2,72$), la plupart ont donc eu un diagnostic au cours des cinq dernières années (70,1 %). La majorité ont reçu une chirurgie (62,8%) et/ou de la radiothérapie (69,2 %) et seulement le quart suivait un traitement lors de leur participation à l'étude (25,5 %). Au moment de compléter les questionnaires, la majorité des participants présentait un stade de cancer localisé (74 %) et seulement 13,4 % des survivants rapportaient présenter un stade avancé. Les caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants sont présentées dans le Tableau 1.

Soutien social

Le Tableau 2 présente les statistiques descriptives des différentes dimensions du soutien social perçu. Concernant le *soutien structurel*, les participants identifient en moyenne quatre personnes significatives dans leur entourage. Le conjoint est le plus fréquemment mentionné (64,9 %), suivi des amis (45,5 %). La structure du réseau social présente des différences statistiquement significatives selon certaines caractéristiques sociodémographiques et médicales (voir Tableau 4) : les personnes atteintes d'un cancer du sein identifient plus de proches significatifs ($M = 4,41 \pm 2,7$; $F(3) = 10,08$, $p < 0,001$) que celles ayant un cancer de la prostate ($M = 3,67 \pm 2,7$), du poulmon ($M = 4,00 \pm 2,9$) et colorectal ($M = 4,15 \pm 2,9$). De même, les participants atteints d'un cancer de stade avancé rapportent plus de personnes significatives ($M = 4,51 \pm 3,0$; $F(2) = 5,34$, $p = 0,005$) que ceux avec un cancer local ($M = 3,98 \pm 2,8$) ou locorégional ($M = 4,14 \pm 2,9$). Aussi, les survivants ayant reçu de la chimiothérapie rapportent plus de personnes dans leur réseau social ($M = 4,40 \pm 2,9$) que celles qui n'en ont pas reçu ($M = 3,87 \pm 2,7$; $t(2560) = 10,71$ $p = 0,001$). Au contraire, les personnes célibataires rapportent moins de personnes significatives ($M = 3,43 \pm 2,3$;

$F(3) = 6,33, p < 0,001$) que les personnes en couple ($M = 4,10 \pm 2,8$), séparées ($M = 4,11 \pm 2,9$) ou veuves ($M = 4,5 \pm 3,1$).

En ce qui a trait au *soutien social fonctionnel*, les participants considèrent bénéficier d'un fort soutien globalement ($M = 4,02 \pm 0,92$). Plus spécifiquement (Tableau 2), le soutien affectif obtient la moyenne la plus élevée ($M = 4,20 \pm 0,96$), suivi du soutien émotionnel ($M = 4,02 \pm 1,00$), tandis que le soutien informationnel est légèrement plus faible ($M = 3,90 \pm 0,97$). Le soutien social fonctionnel global présente des différences statistiquement significatives en fonction de certaines caractéristiques (voir Tableau 4). Les femmes déclarent un soutien fonctionnel plus élevé que les hommes ($M = 4,06 \pm 1,0$ vs. $3,98 \pm 1,0$; $t(2\ 560) = 20,57, p < 0,001$). De même, les personnes mariées ou en union libre rapportent un plus fort soutien structurel ($M = 4,15 \pm 0,9$; $F(3) = 43,99, p < 0,001$) que celui des personnes veuves ($M = 3,85 \pm 1,0$), séparées ($M = 3,73 \pm 1,0$) et célibataires ($M = 3,59 \pm 1,0$). Un soutien fonctionnel plus élevé est également observé chez les personnes ayant un revenu plus élevé ($M =$ de $4,33$ à $4,35 \pm 0,9$; $F(4) = 14,41, p < 0,001$) comparativement à celles avec un revenu moyen ($M =$ de $4,05$ à $4,20 \pm 1,0$) et un revenu faible ($M = 3,96 \pm 1,1$). De même, les participants atteints d'un cancer de stade avancé rapportent un meilleur soutien fonctionnel ($M = 4,16 \pm 0,8$; $F(2) = 5,4, p = 0,005$) que ceux avec un cancer local ($M = 3,99 \pm 0,9$) ou locorégional ($M = 4,07 \pm 1,0$). Aussi, les survivants en traitement actif rapportent un meilleur soutien fonctionnel ($M = 4,15 \pm 0,8$) que ceux sans traitement ($M = 3,98 \pm 1,0$; $t(2\ 560) = 22,93, p < 0,001$). De même, ceux ayant reçu de la chimiothérapie rapportent plus de soutien fonctionnel ($M = 4,11 \pm 0,9$) que ceux qui n'en ont pas reçu ($M = 3,97 \pm 1,0$; $t(2\ 560) = 18,65, p < 0,001$), comme pour ceux qui

ont pris une hormonothérapie ($M = 4,08 \pm 0,9$) par rapport à ceux qui n'ont pas suivi ce traitement ($M = 4,0 \pm 0,9$; $t(2\ 560) = 11,98$, $p < 0,001$).

Concernant la *satisfaction du soutien social*, les participants rapportent être très satisfaits de la qualité du soutien social reçu ($M = 4,12 \pm 1,02$). Ce sentiment de satisfaction varie selon certaines variables (Tableau 4) : les personnes mariées ou en union libre ($M = 4,24 \pm 0,9$) et les personnes veuves ($M = 4,09 \pm 1,0$) déclarent une satisfaction plus grande ($F(3) = 29,54$, $p < 0,001$) que les personnes célibataires ($M = 3,80 \pm 1,1$) et séparées ($M = 3,75 \pm 1,2$). De même les personnes ayant un revenu de 40 001\$ et plus ($M =$ de 4,20 à $4,35 \pm 0,9$; $F(4) = 8,48$, $p < 0,001$) se disent plus satisfaites de leur soutien social que celles avec un revenu de moins de 40 000\$ ($M =$ de 3,96 à $4,05 \pm 1,0$).

Peur de la récurrence du cancer

Globalement, les participants rapportent un score total moyen de PRC de faible à modéré ($M = 54,28 \pm 28,0$), bien que la moitié des participants (50,1 %) obtiennent un score considéré comme cliniquement significatif (≥ 13) à l'échelle de sévérité. Parmi les différentes dimensions de la PRC, les scores les plus élevés sont observés pour les stratégies d'adaptation utilisées pour gérer la peur ($M = 16,96 \pm 9,4$), la fréquence d'éléments déclencheurs ($M = 13,21 \pm 7,2$) et la sévérité de la peur ($M = 13,2 \pm 7,6$). Les sous-échelles mesurant la détresse psychologique ($M = 4,59 \pm 4,0$) et les perturbations du fonctionnement ($M = 3,46 \pm 4,9$) provoquées par la PRC indiquent des répercussions modérées. Enfin, les sous-échelles mesurant l'autocritique ($M = 1,17 \pm 2,1$) face à la peur de même que la recherche de réassurance ($M = 1,68 \pm 2,2$), davantage associées à la présence de peur cliniquement significative, affichent des

moyennes plus faibles pour l'échantillon total. Les résultats détaillés sont présentés au Tableau 3.

Le score total de PRC (score continu) et la présence de PRC cliniquement significative (score dichotomique) présentent des différences statistiquement significatives similaires en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et médicales (voir Tableau 4). En résumé, les personnes plus jeunes ($F(2) = 42,680, p < 0,001$; $\chi^2(2, N = 2\,560) = 82,701, p < 0,001$), les femmes ($t(2\,560) = 22,522, p < 0,001$; $\chi^2(1, N = 2\,560) = 58,465, p < 0,001$), celles ayant un cancer de stade avancé ($F(2) = 31,417, p < 0,001$; $\chi^2(2, N = 2\,562) = 68,229, p < 0,001$), celles en traitement actif ($t(2\,560) = 18,944, p < 0,001$; $\chi^2(1, N = 2\,560) = 41,674, p < 0,001$) et celles ayant reçu de l'hormonothérapie ($t(2\,560) = 14,705, p < 0,001$; $\chi^2(1, N = 2\,560) = 22,176, p < 0,001$) rapportent une PRC plus sévère ou présente en plus grande proportion une PRC clinique. Par contre, les personnes avec une scolarité de niveau secondaire et collégiale ($F(2) = 6,976, p < 0,001$; $\chi^2(2, N = 2\,562) = 19,813, p < 0,001$), celles présentement à la retraite ($F(2) = 40,923, p < 0,001$; $\chi^2(2, N = 2\,562) = 43,787, p < 0,001$) de même que celles avec un diagnostic de cancer de la prostate ($F(3) = 87,275, p < 0,001$; $\chi^2(3, N = 2\,560) = 91,659, p < 0,001$) rapportent des niveaux plus faibles de PRC ou présente moins fréquemment une PRC clinique. Enfin, les personnes ayant reçu une chirurgie ($t(2\,560) = 5,093, p < 0,001$; $\chi^2(1, N = 2\,560) = 22,564, p < 0,001$) et celles ayant reçu de la chimiothérapie ($t(2\,560) = 0,550, p < 0,001$; $\chi^2(1, N = 2\,560) = 108,853, p < 0,001$) présentent en plus grande proportion une PRC cliniquement significative.

Stratégies d'adaptation et détresse psychologique

En moyenne, les survivants ont fréquemment recours à des stratégies d'adaptation pour composer avec la maladie. Ils rapportent utiliser davantage de stratégies dites actives ($M = 52,79 \pm 11,7$) que passives ($M = 43,59 \pm 11,4$) pour faire face au cancer. Par ailleurs, la moyenne des scores de détresse psychologique rapportée par les participants est relativement faible ($M = 8,42 \pm 6,4$). Ils montrent davantage de symptômes d'anxiété ($M = 5,38 \pm 3,9$) que de symptômes dépressifs ($M = 3,04 \pm 3,3$), bien que ces moyennes restent relativement faibles. Les données détaillées sont présentées dans le Tableau 3.

Explorations des corrélations avec la PRC

Sociodémographiques et médicales

Comme présenté au Tableau 5, plusieurs variables sociodémographiques et médicales sont faiblement à modérément associées à la sévérité de la PRC. Le score total de PRC présente une corrélation positive faible à modérée avec le fait d'être une femme ($r_s = 0,29, p < 0,001$) et avec le fait d'avoir reçu des traitements de chimiothérapie ($r_s = 0,26, p < 0,001$), ainsi qu'une corrélation inverse faible à modérée avec l'âge ($r = -0,29, p < 0,001$). Des corrélations faibles, mais significatives, sont également observées avec le stade actuel du cancer ($r_s = 0,15, p < 0,001$), le fait d'être en traitement actif ($r_s = 0,17, p < 0,001$) et la prise d'hormonothérapie ($r_s = 0,11, p < 0,001$). Les observations sont semblables avec la présence de PRC clinique qui montrent des associations positives faibles avec le sexe ($r_s = 0,15, p < 0,001$), le stade de la maladie ($r_s = 0,16, p < 0,001$), le traitement en cours ($r_s = 0,13, p < 0,001$), la

chimiothérapie ($r_s = 0,21, p < 0,001$) et l'hormonothérapie ($r_s = 0,09, p < 0,001$), ainsi qu'une corrélation inverse faible à modérée avec l'âge ($r = -0,29, p < 0,001$).

Soutien social

Le Tableau 6 présente les corrélations entre les dimensions du soutien social et celles de la PRC. Les résultats révèlent une association inverse significative faible entre la satisfaction à l'égard du soutien social et la sévérité de la PRC. Plus précisément, une satisfaction plus élevée est faiblement associée à un score total de PRC plus faible ($r = -0,15, p < 0,001$) ainsi qu'à une moindre présence de PRC clinique ($r = -0,16, p < 0,001$). Bien que significatives et inverses, les corrélations entre les dimensions du soutien social fonctionnel et la présence de PRC clinique sont négligeables (r de $-0,05$ à $-0,09, p < 0,001$). En ce qui concerne les corrélations avec le score total de PRC, elles sont non significatives.

En examinant plus particulièrement les sous-échelles de la PRC, des associations différenciées émergent. La satisfaction du soutien social est faiblement et inversement associée à la majorité des dimensions de la PRC (r de $-0,12$ à $-0,18, p < 0,001$) excepté pour les relations avec la réassurance et les stratégies d'adaptation qui sont négligeables. Par ailleurs, le soutien fonctionnel est faiblement et inversement associé aux dimensions de la perturbation du fonctionnement et de l'autocritique (r entre $-0,10$ et $-0,14, p < 0,001$), et positivement avec les stratégies d'adaptation ($r = 0,12, p < 0,001$), des dimensions particulièrement sensibles à la présence de la PRC cliniquement significative. Enfin, les scores de soutien social structurel sont faiblement, mais positivement associés à l'utilisation de stratégie d'adaptation pour gérer la PRC ($r = 0,09, p < 0,001$).

Stratégies d'adaptation et détresse psychologique

Les analyses des corrélations (Tableau 5) indiquent que la fréquence de l'utilisation des différentes catégories de stratégies d'adaptation pour faire face au cancer ($r = 0,38$ à $0,61$, $p < 0,001$) et la sévérité de la détresse psychologique ($r = 0,58$, $p < 0,001$) sont modérément à fortement associés à la sévérité de la PRC. Toutefois, seules les stratégies d'adaptation dites passives ($r = 0,35$, $p < 0,001$) et la détresse psychologique ($r = 0,44$, $p < 0,001$) sont modérément associées à la présence de PRC clinique. Les stratégies d'adaptation actives étant plus faiblement associées ($r = 0,15$, $p < 0,001$).

Modèles de régression par blocs linéaire et logistique

Deux types de régressions multivariées par blocs ont été réalisées afin d'examiner la contribution du soutien social à la variance de la PRC. Une régression linéaire par bloc a d'abord été utilisée pour prédire la sévérité de la PRC mesurée par le score total à l'*IPRC* (variable continue). Ensuite, une régression logistique par bloc a été effectuée afin de prédire la présence de PRC cliniquement significative (score ≥ 13 à l'échelle sévérité ; variable binaire). Une stratégie d'entrée par blocs successifs, guidée par le cadre théorique, a été privilégiée afin de tester l'effet spécifique du soutien social tout en contrôlant pour le rôle de variables reconnues comme des déterminants établis de la PRC. Les variables présentant une corrélation supérieure à 0,10 avec la PRC ont été retenues dans les analyses afin de ne pas exclure des facteurs qui, bien que faiblement associés dans les analyses univariées, pourraient contribuer de manière significative dans les modèles multivariés et présenter une pertinence clinique comme déterminants de la PRC.

La sévérité de la PRC

Le premier bloc de variables sociodémographiques et médicales explique 16% de la variance de la PRC (R^2 ajusté = 0,160, $p < .001$). Une PRC plus élevée est associée au fait d'être une femme ($B = 4,90$, $\beta = 0,87$, $p < 0,001$), à un âge plus jeune ($B = -0,44$, $\beta = -0,151$, $p < 0,001$), à un stade de cancer plus avancé ($B = 1,63$, $\beta = 0,041$, $p = 0,005$) et à la présence traitement actuellement ($B = 2,82$, $\beta = 0,44$, $p = 0,004$). L'ajout des variables de soutien social, bien que modeste, entraîne une augmentation significative de 3% de la variance expliquée ($\Delta R^2 = .032$, $p < .001$). Une plus grande satisfaction du soutien social est associée à une PRC plus faible ($B = -2,47$, $\beta = -0,09$, $p < 0,001$), alors qu'un niveau plus élevé de soutien social fonctionnel est associé à une PRC plus élevée ($B = 2,49$, $\beta = 0,081$, $p < 0,001$). L'ajout des stratégies d'adaptation augmente également significativement la variance expliquée de 27% ($\Delta R^2 = .269$, $p < .001$). Une utilisation plus fréquente de stratégies d'adaptation passives ($B = 0,82$, $\beta = 0,346$, $p < 0,001$) et dans une moindre mesure, des stratégies actives ($B = 0,106$, $\beta = 0,045$, $p = 0,036$) est associés à une PRC élevée. Enfin, l'ajout de la détresse psychologique entraîne une augmentation supplémentaire de 10% de la variance expliquée ($\Delta R^2 = .098$, $p < .001$), la détresse psychologique étant fortement associée à une PRC élevée ($B = 1,72$, $\beta = 0,395$, $p < 0,001$).

Le modèle final de régression linéaire est statistiquement significatif ($F(7, 185) = 24,724$, $p < .001$) et explique 55,8 % de la variance de la PRC. Dans ce modèle, les principaux prédicteurs d'une PRC plus élevée sont la détresse psychologique, l'utilisation de stratégies d'adaptation passives, être une femme et la présence d'un traitement en cours. Les coefficients détaillés sont présentés au Tableau 7.

La présence de PRC clinique

Dans le deuxième modèle de régression logistique (Tableau 8), la probabilité de présenter une PRC clinique est plus élevée chez les personnes plus jeunes ($B = -0,03$, $OR = 0,97$, $p < 0,001$), se situant à un stade plus avancé du cancer ($B = 0,29$, $OR = 1,332$, $p < 0,001$), recevant actuellement un traitement ($B = 0,36$, $OR = 1,429$, $p = 0,003$), ayant déjà reçu une chimiothérapie ($B = 0,23$, $OR = 1,259$, $p = 0,048$), rapportant un niveau élevé de soutien social fonctionnel ($B = 0,20$, $OR = 1,226$, $p = 0,012$), utilisant davantage de stratégies d'adaptation passives ($B = 0,05$, $OR = 1,049$, $p < 0,001$) et présentant une détresse psychologique plus élevée ($B = 0,14$, $OR = 1,154$, $p < 0,001$). À l'inverse, une plus grande satisfaction de leur soutien social ($B = -0,25$, $OR = 0,779$, $p < 0,001$) ainsi qu'une et utilisant plus importante de stratégies d'adaptation actives ($B = -0,017$, $OR = 0,983$, $p = 0,009$) sont associées à une probabilité moindre de présenter une PRC clinique.

Le modèle initial incluant les variables sociodémographiques et médicales est significatif ($\chi^2(6) = 204,378$, $p < .001$) et explique 10,6 % de la variance de la PRC clinique (R^2 de Nagelkerke = 0,106). L'ajout du soutien social améliore significativement le modèle ($\Delta\chi^2(2) = 73,667$, $p < .001$) de 3,9 % de la variance de la PRC clinique. L'ajout des stratégies d'adaptation entraîne une amélioration supplémentaire du modèle ($\Delta\chi^2(2) = 280,803$, $p < .001$) avec une augmentation de 12,5% de la variance, tout comme l'ajout de la détresse psychologique ($\Delta\chi^2(1) = 213,271$, $p < .001$) avec une contribution de 8,7% de la variance. Le modèle final explique 35,7 % de la variance de la PRC clinique (R^2 de Nagelkerke = .357).

Les facteurs de risque les plus robustes sont le stade du cancer, la présence d'un traitement actif, une plus faible satisfaction à l'égard du soutien social et l'utilisation de stratégies d'adaptation passives.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les différentes dimensions du soutien social (fonctionnel, structurel et la satisfaction) et d'examiner leur contribution à la variance de la sévérité de la PRC chez des survivants d'un cancer du sein, du poumon, de la prostate ou colorectal. À notre connaissance, cette étude, basée sur une analyse secondaire de données, est la première à examiner la contribution des différentes dimensions du soutien social perçu à la PRC en contrôlant pour des déterminants bien établis, tels que les caractéristiques sociodémographiques et médicales, les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique. Deux modèles de régression multiple par blocs ont été réalisés : un modèle linéaire, basé sur le score continu de la sévérité de la PRC, et un modèle logistique basé sur la présence de PRC cliniquement significative (score ≥ 13 à la sous-échelle de sévérité de l'IPRC). Le recours à ces deux modèles a permis d'évaluer la contribution spécifique des différentes dimensions du soutien social à la variance de la sévérité de la PRC.

Globalement, les participants de la présente étude ont rapporté des niveaux élevés de soutien social, qu'il soit structurel, fonctionnel ou en termes de satisfaction. Ces résultats s'alignent avec ceux de Yoo et al. (2017), qui montrent que les personnes atteintes d'un cancer ont tendance à percevoir un niveau plus élevé de soutien social que la population générale. Dans la présente étude, seuls 2,5 % des participants indiquent ne disposer d'aucun réseau de soutien, tandis que la grande majorité identifie

un.e conjoint.e, des proches et/ou des amis comme principales sources de soutien social. Les participants qui se déclarent en couple (mariés ou en union libre) rapportent des niveaux de soutien structurel et fonctionnel plus élevés, ainsi qu'une plus grande satisfaction à l'égard de leur soutien social que ceux qui ne sont pas en relation (célibataires ou veufs). Certains auteurs avancent que cette configuration sociale accroît la perception de disponibilité immédiate du soutien social (Heidkamp et al., 2021; Yoo et al., 2017). Le ou la conjoint.e est d'ailleurs souvent perçu comme le principal aidant naturel (Northouse et al., 2010).

De façon générale, les scores de satisfaction du soutien social sont très élevés dans notre échantillon, particulièrement chez les survivants en couple et/ou disposant de ressources financières plus importantes. Cette tendance est cohérente avec les observations documentées dans la littérature (Kolankiewicz et al., 2014). Ces constats rejoignent des études antérieures qui relèvent que les personnes atteintes de cancer ont tendance à rapporter un haut niveau de satisfaction envers le soutien social perçu avec peu de variations interindividuelles (Yoo et al., 2017). Un tel profil de réponses pourrait aussi refléter un effet plafond (Chyung et al., 2020). Ce phénomène limite la détection de variations interindividuelles et peut être amplifié par des biais de désirabilité sociale ou de valorisation du soutien reçu (Chyung et al., 2020). Sur le plan statistique, cela pourrait avoir contribué à la faiblesse des corrélations observés entre le soutien social et la PRC.

Nos résultats reposent sur un large échantillon comprenant des survivants des cancers les plus fréquents au Canada, soit les cancers du sein, de la prostate, colorectal et du poumon (Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer et al.,

2022). Les caractéristiques sociodémographiques et médicales de notre échantillon sont globalement comparables à celles rapportées dans la littérature sur la PRC (Crist & Grunfeld, 2013; Simard et al., 2013). Les niveaux moyens de PRC observés sont également similaires à ceux rapportés dans des populations atteintes de cancers du sein, colorectal, du poumon ou de la prostate (Luigjes-Huizer, Tauber, et al., 2022). Les caractéristiques des personnes rapportant une PRC cliniquement significative dans notre échantillon, c'est-à-dire les femmes, les personnes plus jeunes, ayant un cancer du sein ou du poumon, présentant des métastases, ayant reçu de la chimiothérapie et/ou suivant actuellement un traitement, sont cohérentes avec celles recensés dans la littérature (Rha et al., 2022).

Par ailleurs, la prévalence de la détresse psychologique dans notre échantillon est similaire à celle rapportée par Mehnert et al. (2018), qui montrent qu'environ une personne sur deux atteinte de cancer présente un niveau de détresse psychologique cliniquement significatif. De même, la force des corrélations positives entre la PRC et la détresse psychologique mises en évidence dans des études antérieures ($r = 0,64, p < .001$) (Rha et al., 2022) se retrouvent aussi dans nos analyses (r entre 0,44 et 0,59 $p < .001$). Par ailleurs, comme documenté dans la littérature, les participants de notre étude ont recours à une diversité de stratégies d'adaptation (combinaisons de stratégies actives et passives) pour faire face à leur PRC (Mardani et al., 2025). Ces résultats appuient donc la pertinence d'inclure la détresse psychologique et les stratégies d'adaptation comme variables à contrôler dans l'examen de la contribution spécifique du soutien social à la variance de la PRC.

Concernant les relations entre les différentes dimensions du soutien social et la PRC, les résultats de notre étude s'inscrivent dans la continuité de la littérature existante tout en apportant des précisions quant à la compréhension de ces liens. En raison de l'approche adoptée reposant sur une évaluation multidimensionnelle du soutien social, les comparaisons avec les études antérieures demeurent toutefois limitées. En effet, les écrits scientifiques actuels révèlent une absence de consensus quant aux relations entre le soutien social et la PRC : certaines études montrent qu'un soutien social global perçu plus élevé est associé à une PRC plus faible (Hong et al., 2020; Hu et al., 2021; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Mehnert et al., 2013; X. Zhang et al., 2021), tandis que d'autres n'observent aucune relation significative entre les deux (Cessna Palas et al., 2021; Mellon et al., 2007). Cette hétérogénéité des résultats pourrait s'expliquer, en partie, par les différentes manières d'évaluer le soutien social, notamment par une distinction insuffisante entre ses dimensions. Dans ce contexte, notre étude offre l'occasion d'examiner plus finement ces relations en distinguant plusieurs dimensions du soutien social au sein d'un cadre théorique explicite.

Le soutien social structurel

La direction et la force de la relation entre le soutien social structurel et la PRC demeurent imprécis dans les quelques études antérieures abordant le sujet (Northouse, 1981; Thewes et al., 2012). Dans notre étude, le soutien social structurel, défini comme le nombre et la nature des relations sociales, ne s'est pas avéré associé à la sévérité de la PRC. Ces résultats suggèrent que ce ne serait pas tant la taille du réseau social ni le type de relation qui importerait, mais plutôt la perception de la qualité du soutien social reçu (Voskanyan et al., 2024).

Le soutien social fonctionnel

Dans notre étude, le score total du soutien social fonctionnel s'est avéré inversement, mais faiblement, associé à la présence de PRC cliniquement significative ($r = -0,08, p < 0,01$), alors qu'aucune association significative n'a été observée avec le score total de la PRC (score continu). Ces résultats suggèrent qu'un niveau plus élevé de soutien social fonctionnel pourrait être associé à une probabilité légèrement plus faible de présenter une PRC clinique, sans toutefois indiquer de lien avec la sévérité globale de la PRC. Nos résultats convergent partiellement avec ceux de la méta-analyse de Lu et al. (2023), bien que celle-ci repose principalement sur des populations asiatiques et sur des conceptualisations différentes du soutien social fonctionnel. Par ailleurs, l'absence de relation avec le score continu de la PRC observée dans notre étude pourrait s'expliquer, en partie, par un score moyen élevé de perception du soutien social fonctionnel (effet plafond ; $M = 4,02 \pm 0,9$).

En analysant plus finement les types de soutien social fonctionnel, nous observons que les types émotionnel, affectif et informationnel présentent un patron similaire, soit une faible association inverse significative avec la présence de PRC cliniquement significative ($r = -0,05$ à $-0,10, p < 0,01$), mais aucune association significative avec le score total de la PRC (score continu). À notre connaissance, peu d'études ont examiné simultanément ces différents types de soutien fonctionnel en lien avec la PRC, ce qui limite les comparaisons. Néanmoins, des travaux portant sur des concepts apparentés suggèrent que des contraintes sociales, un concept proche du manque de soutien fonctionnel émotionnel, ou des besoins informationnels non comblés sont associés à des niveaux plus élevés de PRC (Ellegaard et al., 2021; Manne

et al., 2017; Martin et al., 2020; Myers et al., 2013; Soriano et al., 2018; Yeung & Lu, 2021). Ainsi, un niveau plus élevé de soutien social fonctionnel pourrait être associé à un risque moindre de PRC clinique. Toutefois, la faible ampleur des corrélations invite à une interprétation prudente. Par ailleurs, le devis corrélationnel ne permet pas d'en inférer la direction. Il demeure plausible qu'une PRC cliniquement significative soit également associée à une diminution du recours au soutien social fonctionnel. Plusieurs mécanismes peuvent être envisagés pour expliquer cette relation. Une PRC élevée pourrait s'accompagner d'évitement, de retrait social, d'hypervigilance ou de perceptions négatives (p. ex., crainte d'inquiéter les proches) limitant ainsi la mobilisation du soutien disponible.

En ce qui concerne les relations entre le soutien social fonctionnel et les différentes dimensions de la PRC, la majorité des corrélations observées sont négligeables ($r < 0,10$), bien que statistiquement significatives en raison de la taille importante de l'échantillon, ce qui suggère des associations limitées sur le plan clinique. Des associations légèrement plus marquées sont toutefois observées pour les dimensions de perturbation du fonctionnement, d'autocritique et de stratégies d'adaptation (r variant de $-0,10$ à $-0,14$). Ces trois dimensions correspondent à des caractéristiques centrales des profils de PRC identifiés dans l'étude de Simard et al. (2010), en particulier du profil *High FCR–High Copers*. Ce profil se distingue non seulement par une sévérité élevée de la PRC, mais aussi par une altération du fonctionnement, une plus grande autocritique face à l'intensité de la peur et un recours accru à des stratégies d'adaptation pour gérer la peur. Cette convergence suggère que le soutien social fonctionnel pourrait être davantage associé aux manifestations plus

sévères de la PRC et ainsi jouer un rôle particulièrement pertinent chez les survivants présentant une PRC cliniquement significative.

Par ailleurs, une proximité conceptuelle existe entre les construits mesurés. La dimension « perturbation du fonctionnement » de la PRC, qui reflète l'impact de la PRC sur les activités quotidiennes, les relations sociales et la capacité à se projeter dans l'avenir, recoupe en partie le concept de fonctionnement social, soit la capacité d'un individu à assumer ses rôles et interactions dans différents contextes (Bosc, 2000). Or, le soutien social fonctionnel est susceptible de soutenir le maintien de ce fonctionnement. Des travaux antérieurs montrent d'ailleurs qu'un soutien social plus élevé est associé à un meilleur fonctionnement social chez les personnes atteintes de cancer (Bloom & Spiegel, 1984). Dans cette perspective, la relation inverse observée pourrait refléter à la fois que les personnes bénéficiant d'un soutien social fonctionnel plus élevé préservent davantage leur fonctionnement malgré la présence de PRC et un chevauchement conceptuel entre les construits.

Une interprétation similaire peut être proposée pour la dimension des stratégies d'adaptation, bien qu'elle soit la seule à présenter une corrélation positive avec le soutien social fonctionnel. Cette dimension renvoie aux stratégies mises en œuvre pour gérer ou contrôler les pensées associées à la PRC. L'association observée pourrait s'expliquer, en partie, par un chevauchement conceptuel, certaines stratégies (p.ex., se distraire, parler à quelqu'un) correspondant à des formes de soutien social fonctionnel. Elle pourrait également refléter le fait que les personnes mobilisant davantage de stratégies d'adaptation sont plus enclines à solliciter leur entourage. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés également à la lumière du fait que, dans certains

profils de PRC, un recours accru aux stratégies d'adaptation est associé à une PRC sévère. Cela suggère que certaines stratégies pourraient être mobilisées en réponse à la peur, sans nécessairement en réduire l'intensité, voire en contribuer à son maintien, notamment lorsqu'elles prennent la forme de recherche de réassurance.

La satisfaction du soutien social

Parmi les différentes dimensions du soutien social, la satisfaction est celle qui présente les corrélations les plus élevées avec la PRC (r variant de -0,15 à -0,16, $p < 0,001$), bien que ces associations demeurent de faible magnitude (Cohen, 1988). Nos résultats suggèrent que ce n'est pas uniquement le type de soutien reçu qui importe pour composer avec la PRC, mais surtout la manière dont ce soutien social est perçu comme satisfaisant et en adéquation avec les besoins spécifiques du survivant. Les besoins biopsychosociaux des survivants évoluent tout au long du parcours de soins (Fitch, 2008; Fletcher et al., 2017) nécessitant une adaptation continue du soutien social. Heureusement, Luijckes-Huizer, van der Lee, et al. (2022) montrent que 85 % des survivants présentant une PRC rapportent avoir reçu le soutien social qu'ils jugeaient nécessaire, et 91 % le considèrent comme satisfaisant. Ces observations sont cohérentes avec les niveaux élevés de satisfaction rapportés dans notre étude ($M = 4,12 \pm 0.9$ sur un score maximum possible de 5).

Toutefois, cette relation apparaît nuancée lorsque l'on examine les différentes dimensions de la PRC. Nos résultats montrent des associations inverses, faibles, pour la majorité des dimensions (r variant de -0,12 à -0,19) à l'exception des stratégies d'adaptation et de la recherche de réassurance ($r < 0,05$). Alors que la satisfaction du soutien social renvoie à une évaluation globale du soutien reçu, les stratégies

d'adaptation - incluant la recherche de réassurance - correspondent à des comportements spécifiques mobilisés pour gérer les pensées associées à la PRC. Ces stratégies impliquent souvent un recours direct à autrui (p. ex., parler à un proche, consulter un professionnel), ce qui les rapproche davantage du soutien social fonctionnel que de l'évaluation subjective du soutien. Ainsi, la satisfaction du soutien social semble surtout liée à l'expérience globale de la PRC, sans nécessairement être associée au recours à certaines stratégies d'adaptation. Ces résultats suggèrent que les dimensions du soutien social ne sont pas interchangeables et qu'elles pourraient intervenir différemment selon les processus impliqués dans la PRC.

Les prédicteurs de la PRC

Bien que les corrélations entre la PRC et les dimensions du soutien social soient faibles, elles demeurent présentes et statistiquement significatives, à l'exception du soutien social structurel. Dans cette perspective, nous avons souhaité évaluer la contribution spécifique du soutien social fonctionnel et de la satisfaction du soutien social à la variance de la sévérité de la PRC, en contrôlant celle expliquée par des déterminants reconnus dans la littérature, à l'aide de régressions multivariées par blocs (*hierarchical regression*). Le soutien social a été introduit en deuxième bloc afin d'en estimer la contribution spécifique après ajustement pour des caractéristiques sociodémographiques et médicales, généralement considérées comme relativement stables et peu modifiables sur le plan clinique. Étant donné les associations faibles observées, cette stratégie permettait également d'examiner si la contribution du soutien social se maintenait après l'ajout de déterminants reconnus de la PRC, tels que les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique. Cette approche permet aussi de

mieux comprendre l'importance relative des différents prédicteurs et d'évaluer leur contribution incrémentale.

Les deux modèles issus des analyses de régression, l'un portant sur la sévérité globale de la PRC (score continu) et l'autre sur la présence d'une PRC cliniquement significative (variable binaire), mettent en évidence des prédicteurs communs, notamment un plus jeune âge, un stade de cancer plus avancé, un traitement actif, un niveau plus élevé de détresse psychologique, un recours accru à des stratégies d'adaptation passives, un niveau plus élevé de soutien fonctionnel et une plus faible satisfaction à l'égard du soutien social. Ces résultats confirment l'importance des variables sociodémographiques, médicales et psychosociales déjà bien établies dans la littérature (Curran et al., 2020; Hodges & Humphris, 2009; Matulonis et al., 2008; McGinty et al., 2016). Au-delà de ces facteurs, notre étude montre que le soutien social contribue de manière significative, bien que modeste, à l'explication de la variance de la PRC. En effet, l'ajout des variables de soutien social (soutien fonctionnel et satisfaction) entraîne une augmentation de 3 % de la variance expliquée de la sévérité globale de la PRC ($\Delta R^2 = 0,032, p < .001$) et de 4 % de la variance expliquée de la présence d'une PRC cliniquement significative (ΔR^2 de Nagelkerke = 0,039, $p < .001$). Ces résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle le soutien social constitue un déterminant de la PRC et, à ce titre, un levier potentiel d'intervention.

Par ailleurs, les deux modèles de régression se distinguent aussi sur certains aspects. D'une part, le sexe est uniquement associé à la sévérité globale de la PRC. Plus précisément, le fait d'être une femme est associé à un score plus élevé de PRC sans toutefois prédire la présence de PRC cliniquement significative. Les études

antérieures montrent en effet que les femmes rapportent généralement des niveaux plus élevés de PRC que les hommes (Koch-Gallenkamp et al., 2016). Toutefois, il demeure difficile de distinguer l'effet du sexe de celui du type de cancer, les échantillons étant souvent surreprésentés par des femmes atteintes d'un cancer du sein et des hommes atteints d'un cancer de la prostate, ce qui limite l'interprétation spécifique de l'effet du sexe.

D'autre part, les résultats montrent que les stratégies d'adaptation actives et passives contribuent toutes deux à la variance de la PRC, mais selon des patterns distincts. Les stratégies passives présentent une contribution plus importante que les stratégies actives à la sévérité de la PRC ($\beta = 0,35$ vs $\beta = 0,05$). Dans le modèle logistique, les stratégies passives sont associées à une probabilité accrue de PRC cliniquement significative ($OR = 1,05$, $p < 0,001$), alors que les stratégies actives montrent un effet protecteur, bien que modeste ($OR = 0,98$, $p = 0,009$). Les stratégies actives renvoient aux efforts visant à faire face directement à la situation ou à en modifier l'impact (p. ex., recherche de solutions, mobilisation de ressources), alors que les stratégies passives impliquent davantage l'évitement ou la régulation indirecte de la détresse (p. ex., déni, distraction). Ces stratégies visent à permettre à l'individu de faire face au stress lié à la maladie (Endler et al., 1998).

Nos résultats suggèrent que le recours aux stratégies d'adaptation reflète, en partie, un besoin accru de faire face à la menace perçue. Ainsi, une PRC plus élevée pourrait entraîner une mobilisation plus importante de stratégies d'adaptation, ce qui est cohérent avec les modèles théoriques de la PRC (Lee-Jones et al., 1997; Fardell et al., 2016). Toutefois, la nature des stratégies d'adaptation utilisées semble jouer un

rôle différent. Les stratégies passives, plus fortement associées à la PRC, sont reconnues pour procurer un soulagement à court terme, mais aussi pour contribuer au maintien de l'anxiété à long terme (Deuning-Smit et al., 2022). À l'inverse, les stratégies actives pourraient jouer un rôle protecteur notamment en limitant l'évolution vers une PRC cliniquement significative. Enfin, plusieurs de ces stratégies reposent sur la mobilisation du soutien social, qu'il s'agisse de se distraire, de chercher de la réassurance, de recevoir du réconfort émotionnel ou d'obtenir de l'aide et de l'information. Cette imbrication suggère que le soutien social pourrait agir, en partie, à travers les stratégies d'adaptation mobilisées par les individus.

Dans cette perspective, il est intéressant de noter que le soutien social fonctionnel apparaît comme un prédicteur de la PRC dans notre étude, bien que dans une direction opposée à celle attendue. Plus les participants rapportaient recevoir de soutien émotionnel, affectif et informationnel, plus leur PRC était élevée ou plus elle était susceptible d'être cliniquement significative. Ce résultat peut sembler contre-intuitif, mais devient cohérent lorsqu'il est interprété à la lumière des stratégies d'adaptation mobilisées. En effet, les personnes présentant une PRC plus élevée pourraient être davantage en recherche de réassurance et mobiliser plus activement leur réseau social. Dans cette perspective, le soutien social fonctionnel pourrait être mobilisé comme une stratégie d'adaptation visant à réguler la PRC. La recherche de soutien social constitue d'ailleurs une stratégie d'adaptation fréquemment utilisée pour faire face à la PRC (Mardani et al., 2025), permettant aux survivants d'obtenir du réconfort, de l'information et de l'aide auprès de leur entourage (De Vries et al., 2014) ainsi que de réinterpréter la situation de manière plus réaliste (Stanton et al., 2002). Inversement, il est également possible que le soutien social fonctionnel reçu ne soit

pas perçu comme adéquat ou suffisant pour répondre aux besoins spécifiques liés à la PRC. Dans ce cas, il pourrait ne pas atténuer la détresse, voire contribuer à son maintien. Certains travaux suggèrent en effet qu'un soutien mal adapté ou insatisfaisant peut exacerber l'anxiété (Lepore & Revenson, 2007; Yan et al., 2025) ainsi que les symptômes dépressifs (Yan et al., 2025). Ces résultats suggèrent que le soutien social fonctionnel pourrait jouer un rôle ambivalent, à la fois comme ressource mobilisée en réponse à la détresse et comme facteur pouvant moduler son évolution selon son adéquation. Ce constat souligne l'importance de considérer non seulement la quantité de soutien reçu, mais aussi sa cohérence avec les besoins de la personne, rejoignant ainsi le concept de la satisfaction du soutien social.

À cet effet, notre étude met en évidence la contribution particulière de la satisfaction du soutien social comme facteur protecteur de la PRC. La satisfaction du soutien social s'est avérée associée à une plus faible intensité de PRC ($\beta = -0,90$) et à un risque réduit de présenter une PRC cliniquement significative ($OR = 0,779$). Ces résultats suggèrent que c'est avant tout la satisfaction à l'égard du soutien reçu, plutôt que sa fréquence ou sa structure, qui jouerait un rôle déterminant dans l'expérience de la PRC. Nos résultats font écho à ceux de Ruiz-Rodríguez et al. (2021), qui montrent que la satisfaction à l'égard du soutien reçu est plus fortement associée à une amélioration de la qualité de vie et à une réduction du stress chez les survivants d'un cancer que le type de soutien reçu (émotionnel ou informationnel). Sur le plan clinique, ces résultats soulignent l'importance d'évaluer non seulement la présence et les formes de soutien social, mais également le degré de satisfaction, et d'orienter les interventions vers une meilleure adéquation entre le soutien offert et les besoins spécifiques des survivants.

Forces et limites de l'étude

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de ses forces et de ses limites. Du côté des forces, il importe d'abord de souligner la taille de l'échantillon, qui a permis de réaliser l'ensemble des analyses avec une puissance statistique adéquate. La diversité des types de cancer représentés constitue également un atout, favorisant la généralisation des résultats. Par ailleurs, l'adoption d'un cadre théorique solide, reposant sur une conceptualisation multidimensionnelle des construits à l'étude, a permis d'enrichir la finesse des analyses et de mieux orienter les implications cliniques. De plus, la prise en compte de plusieurs déterminants sociodémographiques, médicaux et psychosociaux a permis d'éclaircir la contribution spécifique du soutien social. Enfin, la mesure des variables dépendantes - soit la sévérité globale de la PRC et la présence d'une PRC cliniquement significative – repose sur l'*IPRC* (Simard & Savard, 2009), un instrument reconnu et largement utilisé pour l'évaluation de la PRC.

En revanche, certaines limites doivent être considérées. Tout d'abord, la généralisation des résultats doit être faite avec prudence. Bien que l'échantillon inclue des survivants atteints de quatre types de cancer les plus prévalents, les personnes vivant avec un cancer colorectal sont proportionnellement sous-représentées par rapport aux données canadiennes (Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer en collaboration avec la Société canadienne du cancer, 2025). Bien qu'il ne soit pas attendu que le soutien social diffère substantiellement selon le type de cancer, cette distribution pourrait néanmoins influencer certains déterminants sociodémographiques, tels que le sexe. Par ailleurs, la notion de représentativité doit

être interprétée avec prudence en raison de possibles biais méthodologiques, tels que l'auto-sélection et la désirabilité sociale. Il est plausible que les personnes présentant une PRC élevée aient été moins enclines à participer afin d'éviter l'activation de contenus émotionnels reliés au cancer, ou encore que certains participants aient sous-déclaré des difficultés liées à leur soutien social. De plus, la taille importante de l'échantillon augmente la probabilité que des associations de très faible ampleur soient statistiquement significatives, ce qui invite à privilégier l'interprétation de la taille des effets.

Certaines limites liées aux mesures utilisées méritent également d'être soulignées. D'une part, le soutien social n'a pas été évalué spécifiquement en lien avec la PRC, alors que les besoins exprimés par les survivants concernent souvent des demandes ciblées d'information, de réassurance ou de validation quant aux risques de récurrence (Kotronoulas et al., 2017; Vickberg, 2003). Il est donc possible que des items plus spécifiques aient permis d'observer des associations plus fortes. Cette limite restreint la compréhension des dynamiques propres à la PRC. D'autre part, la sous-échelle du soutien fonctionnel tangible du *MOS-SSS* (aide matérielle ou logistique), n'a pas été incluse afin de réduire le fardeau des participants, ce qui empêche d'évaluer la contribution de cette dimension à la PRC. Un autre enjeu concerne les scores moyens élevés observés pour le soutien social, suggérant un effet plafond. Ce phénomène, documenté dans la littérature (Mallinckrodt et al., 2012; Thompson et al., 2013), limite la variance disponible et peut réduire la capacité à détecter des associations avec la PRC. À cet effet, certains auteurs proposent des approches alternatives, telles que des évaluations qualitatives du soutien social (Lau et al., 2024) ou des instruments ciblant plus spécifiquement la pertinence perçue du soutien social dans différents contextes

(Lakey & Cohen, 2000). Enfin, la nature transversale de cette étude ne permet pas d'établir la directionnalité des associations observées. Des études longitudinales seraient nécessaires pour mieux comprendre l'évolution des liens entre le soutien social et la PRC dans le temps.

Implications cliniques

Les résultats de cette étude encouragent l'ensemble des professionnels œuvrant auprès des survivants du cancer à porter une attention particulière à la contribution du soutien social dans l'expérience de la PRC. Plus que la simple présence de proches, la satisfaction à l'égard du soutien social reçu apparaît comme une composante à considérer. Dans une perspective de soins oncologiques centrés sur la personne, les travailleurs sociaux (Perlmutter et al., 2022; Zebrack et al., 2022), de même que les infirmières pivot (Katerenchuk & Salas, 2023) et les psychologues (Fekete & Fekete, 2012) occupent un rôle clé dans l'évaluation des besoins psychosociaux et dans l'identification des ressources disponibles.

Les pratiques actuelles (Fillion et al., 2012; Ramsey et al., 2026) reposent encore largement sur des indicateurs structurels du soutien social (p. ex., présence de proches, types de soutien disponibles, barrières perçues). Or, nos résultats suggèrent que ces indicateurs demeurent insuffisants s'ils ne tiennent pas compte de la manière dont le soutien social est perçu et évalué par la personne elle-même. À cet égard, l'intégration d'outils ou de routine d'évaluation permettant de documenter la satisfaction à l'égard du soutien social, ainsi que son adéquation aux besoins spécifiques liés à la PRC, pourrait représenter une avenue clinique pertinente.

Par ailleurs, les professionnels de la santé eux-mêmes peuvent constituer une source significative de soutien social, notamment en offrant de l'information claire, du réconfort émotionnel et un espace sécurisant pour exprimer les inquiétudes liées à la récurrence. La qualité de ces interactions pourrait contribuer à moduler la PRC, particulièrement lorsque les besoins d'information et de réassurance sont élevés. De même, les ressources communautaires représentent aussi des leviers importants pour diversifier le réseau de soutien des survivants et répondre à des besoins spécifiques qui ne sont pas toujours comblés dans les milieux de soins. L'orientation vers ces ressources pourrait favoriser un soutien social mieux adapté aux préférences individuelles. De plus, nos résultats mettent en lumière l'importance d'impliquer les proches aidants. Ceux-ci jouent un rôle central dans le soutien quotidien, mais ne disposent pas toujours des connaissances pour offrir un soutien perçu comme aidant. Des interventions visant à sensibiliser les proches aidants aux besoins spécifiques des survivants, à améliorer la communication et à favoriser des formes de soutien adaptées pourraient contribuer à accroître la satisfaction à l'égard du soutien social reçu et, ultimement, à atténuer la PRC. Enfin, considérant que les besoins évoluent au fil du parcours de soins, le soutien social offert devrait s'inscrire dans une approche dynamique et continue, ajusté en fonction des fluctuations de la PRC et des contextes de vie des survivants.

Dans l'ensemble, nos résultats suggèrent que les interventions ne devraient pas viser uniquement à augmenter la quantité de soutien disponible, mais plutôt à en améliorer la qualité, la pertinence et l'adéquation aux besoins du survivant, afin de favoriser un soutien social véritablement protecteur face à la PRC.

CONCLUSION

La peur de la récurrence du cancer constitue une expérience complexe influencée par des facteurs biopsychosociaux. Les résultats de cette étude suggèrent que la satisfaction à l'égard du soutien social, plutôt que sa simple présence ou sa structure, est associée à une PRC plus faible et à une probabilité réduite de présenter une PRC cliniquement significative. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'évaluer non seulement le soutien disponible, mais aussi la manière dont celui-ci est perçu et répond aux besoins du survivant. Ils suggèrent également que le soutien social agit en interaction avec les stratégies d'adaptation mobilisées face à la maladie. Sur le plan clinique, ces constats soulignent l'intérêt de privilégier des interventions visant à améliorer l'adéquation et la qualité du soutien social, plutôt qu'à en augmenter uniquement la quantité, afin de mieux soutenir les survivants confrontés à la PRC.

RÉFÉRENCES

- Anderson, D., Bilodeau, B., Deshaies, G., Gilbert, M., & Jobin, J. (2005). Validation canadienne-française du "MOS Social Support Survey". *The Canadian journal of cardiology*, 21(10), 867-873.
- Ashing, K. T., Cho, D., Lai, L., Yeung, S., Young, L., Yeon, C., & Fong, Y. (2017). Exploring characteristics, predictors, and consequences of fear of cancer recurrence among Asian-American breast cancer survivors. *Psychooncology*, 26(12), 2253-2260. <https://doi.org/10.1002/pon.4350>
- Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/706737ar>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Bloom, J. R., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science & Medicine*, 19(8), 831-837. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90400-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90400-3)
- Bosc, M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 63-69. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90133-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90133-0)
- Cessna Palas, J. M., Hyland, K. A., Nelson, A. M., Small, B. J., Jim, H. S. L., & Jacobsen, P. B. (2021). An examination of the relationship of patient modifiable and non-modifiable characteristics with fear of cancer recurrence among colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*, 29(2), 869-876. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05552-4>
- Chen, Z., Ni, P., Wu, B., Ko, E., Liao, J., Lin, H., & Ma, P. (2025). Fear of cancer recurrence among adolescent and young adult cancer survivors: a mixed-methods systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-025-01812-6>
- Chyung, S. Y., Hutchinson, D., & Shamsy, J. A. (2020). Evidence-Based Survey Design: Ceiling Effects Associated with Response Scales. *Performance Improvement*, 59(6), 6-13. <https://doi.org/10.1002/pfi.21920>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, Société canadienne du Cancer, Statistique Canada, & Agence de la santé publique du Canada. (2022). *Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2022 sur la prévalence du cancer*. Société canadienne du Cancer. https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2022-statistics/2022-special-report/2022_cancer_prevalence_report_final_fr.pdf
- Courtens, A. M., Stevens, F. C., Crebolder, H. F., & Philipsen, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing*, 19(3), 162-169. <https://doi.org/10.1097/00002820-199606000-00002>
- Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*, 22(5), 978-986. <https://doi.org/10.1002/pon.3114>
- Curran, L., Sharpe, L., MacCann, C., & Butow, P. (2020). Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(2), 225-236. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00129-x>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Éds.), *Social support : an interactional view* (pp. 319-366). John Wiley & Sons.
- De Vries, J., Den Ouden, B. L., Jacobs, P. M., & Roukema, J. A. (2014). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 705-712. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2025-y>
- Deuning-Smit, E., Custers, J. A. E., Mirošević, Š., Takes, R. P., Jansen, F., Langendijk, J. A., Terhaard, C. H. J., Baatenburg de Jong, R. J., Leemans, C. R., Smit, J. H., Kwakkenbos, L., Verdonck-de Leeuw, I. M., & Prins, J. B. (2022). Prospective longitudinal study on fear of cancer recurrence in patients newly diagnosed with head and neck cancer: Course, trajectories, and associated factors. *Head & Neck*, 44(4), 914-925. <https://doi.org/10.1002/hed.26985>
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x>

- Ellegaard, M. B. B., Grau, C., Zachariae, R., & Bonde Jensen, A. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study. *Acta oncologica*, 56(2), 314-320. <https://doi.org/10.1080/0284186x.2016.1268714>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.1.50>
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195-205. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.195>
- Eom, C.-S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., Kang, Y. S., Kim, J.-H., Cho, B.-L., & Park, J.-H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283-1290. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pon.3133>
- Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A., Girgis, A., & Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 10(4), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>
- Fekete, A., & Fekete, Z. (2012). The Psychologist Role in Oncology. *Journal of Radiotherapy & Medical Oncology*, 18(1), 27-29.
- Fillion, L., Cook, S., Veillette, A.-M., Aubin, M., de Serres, M., Rainville, F., Fitch, M., & Doll, R. (2012). Professional navigation framework: elaboration and validation in a Canadian context. *Oncology nursing forum*, 39(1), E58-69. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E58-E69>
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International journal of clinical and health psychology*, 18(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
- Fischer, G.-N., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). *Les bases de la psychologie de la santé. Concepts, applications et perspectives.* Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02>

- Fitch, M. (2008). Supportive care framework. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 18(1), 6-24. <https://doi.org/10.5737/1181912x181614>
- Fletcher, C., Flight, I., Chapman, J., Fennell, K., & Wilson, C. (2017). The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 383-410. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.008>
- Galica, J., Giroux, J., Francis, J. A., & Maheu, C. (2020). Coping with fear of cancer recurrence among ovarian cancer survivors living in small urban and rural settings: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*, 44, 101705. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101705>
- Guo, H. T., Wang, S. S., Zhang, C. F., Zhang, H. J., Wei, M. X., Wu, Y., & Su, C. X. (2022). Investigation of Factors Influencing the Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Patients Using Structural Equation Modeling: A Cross-Sectional Study. *International journal of clinical practice*, 2022, 2794408. <https://doi.org/10.1155/2022/2794408>
- Haviland, J., Sodergren, S., Calman, L., Corner, J., Din, A., Fenlon, D., Grimmett, C., Richardson, A., Smith, P. W., Winter, J., members of Study Advisory, C., & Foster, C. (2017). Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health-related quality of life: Results from the UK ColoRECTal Wellbeing (CREW) cohort study. *Psychooncology*, 26(12), 2276-2284. <https://doi.org/10.1002/pon.4556>
- Heidkamp, P., Breidenbach, C., Hiltrop, K., Kowalski, C., Enders, A., Pfaff, H., Weltermann, B., Geiser, F., & Ernstmann, N. (2021). Individual courses and determinants of fear of cancer recurrence in long-term breast cancer survivors with and without recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 29, 7647-7657. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06329-z>
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(S1), 25-31. <https://doi.org/10.1023/a:1023509117524>
- Hodges, L. J., & Humphris, G. M. (2009). Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psychooncology*, 18(8), 841-848. <https://doi.org/10.1002/pon.1346>
- Hofman, A., Zajdel, N., Klekowski, J., & Chabowski, M. (2021). Improving Social Support to Increase QoL in Lung Cancer Patients. *Cancer Management and Research*, 13, 2319-2327. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S278087>
- Hong, S. J., Shin, N. M., & Jung, S. (2020). A predictive model of fear of cancer recurrence for patients undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4173-4181. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05245-7>

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hu, X., Wang, W., Wang, Y., & Liu, K. (2021). Fear of cancer recurrence in patients with multiple myeloma: Prevalence and predictors based on a family model analysis. *Psychooncology*, 30(2), 176-184. <https://doi.org/10.1002/pon.5546>
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2009). Distinctions that Matter:: Received Social Support, Perceived Social Support, and Social Embeddedness after Disasters. Dans F. H. Norris, S. Galea, & Y. Neria (Éds.), *Mental Health and Disasters* (pp. 175-200). Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI:10.1017/CBO9780511730030.011>
- Katerenchuk, J., & Salas, A. S. (2023). Revue intégrative sur le rôle de l'infirmière pivot en oncologie dans le contexte canadien. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 33(4), 400-416. <https://doi.org/10.5737/23688076334400>
- Kim, S. J., Kang, D., Kim, I. R., Yoon, S. E., Kim, W. S., Butow, P. N., Guallar, E., & Cho, J. (2020). Impact of fear of cancer recurrence on survival among lymphoma patients. *Psychooncology*, 29(2), 364-372. <https://doi.org/10.1002/pon.5265>
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Hopfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H., & Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors-Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychology*, 35(12), 1329-1333. <https://doi.org/10.1037/hea0000374>
- Kolankiewicz, A. C., de Souza, M. M., Magnago, T. S., & de Domenico, E. B. (2014). Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics. *Revista gaúcha de enfermagem*, 35(1), 31-38. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42491>
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., Burns-Cunningham, K., Simpson, M., & Maguire, R. (2017). A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.004>
- Lahey, B., & Cohen, S. (2000). Social Support Theory and Measurement. Dans S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds.), *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Lau, N., Steineck, A., Walsh, C., Fladeboe, K. M., Yi-Frazier, J. P., Rosenberg, A. R., & Barton, K. (2024). Social support resources in adolescents and young adults

- with advanced cancer: a qualitative analysis. *BMC Palliative Care*, 23(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01527-y>
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P., & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium, a. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3265-3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Lebel, S., Simard, S., Harris, C., Feldstain, A., Beattie, S., McCallum, M., Lefebvre, M., Savard, J., & Devins, G. M. (2016). Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Quality of Life Research*, 25(2), 311-321. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1088-2>
- 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. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611)
- Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2007). Social Constraints on Disclosure and Adjustment to Cancer. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 313-333. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00013.x>
- Li, Y., Li, N., Wang, J., Shang, Q., Zhang, B., & Cao, M. (2023). Effects of Social Support, Family Resilience, and Individual Resilience on Fear of Cancer Recurrence Among Persons With Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Western Journal of Nursing Research*, 45(11), 993-1000. <https://doi.org/10.1177/01939459231200772>
- Liu, Y., Perez, M., Schootman, M., Aft, R. L., Gillanders, W. E., & Jeffe, D. B. (2011). Correlates of fear of cancer recurrence in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 130(1), 165-173. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1551-x>
- Lu, X., Wu, C., Bai, D., You, Q., Cai, M., Wang, W., Hou, C., & Gao, J. (2023). Relationship between social support and fear of cancer recurrence among Chinese cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1136013>
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W. T., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., Afiyanti, Y., Bell, K. J. L., Custers, J. A. E., de 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. *Psychooncology*, 31(6), 879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>

- Luigjes-Huizer, Y. L., van der Lee, M. L., Richel, C., Masselink, R. A., de Wit, N. J., & Helsper, C. W. (2022). Patient-reported needs for coping with worry or fear about cancer recurrence and the extent to which they are being met: a survey study. *Journal of Cancer Survivorship*, 18, 791-799. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01326-5>
- Mallinckrodt, B., Armer, J. M., & Heppner, P. P. (2012). *A threshold model of social support, adjustment, and distress after breast cancer treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/a0026549>
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kissane, D., Ozga, M. L., Kashy, D. A., Rubin, S. C., Rosenblum, N. G., & Heckman, C. J. (2017). Group-based trajectory modeling of fear of disease recurrence among women recently diagnosed with gynecological cancers. *Psychooncology*, 26(11), 1799-1809. <https://doi.org/10.1002/pon.4223>
- Mardani, A., Maleki, M., Hanifi, N., Turunen, H., & Vaismoradi, M. (2025). Coping strategies for fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Supportive Care in Cancer*, 33(6), 459. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09503-9>
- Martin, C. M., Greene, D., Harrell, J. P., Mwendwa, D. T., Williams, C. D., Horton, S., Cradle, M., Hudson, B. D., & Taylor, T. R. (2020). The impact of social constraints on insomnia among African-American breast cancer survivors: The mediating role of fear of recurrence. *Psychooncology*, 29(8), 1296-1302. <https://doi.org/10.1002/pon.5435>
- Matulonis, U. A., Kornblith, A., Lee, H., Bryan, J., Gibson, C., Wells, C., Lee, J., Sullivan, L., & Penson, R. (2008). Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18(6), 1183-1193. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2007.01167.x>
- McGinty, H. L., Small, B. J., Laronga, C., & Jacobsen, P. B. (2016). Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 35(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/hea0000238>
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75-82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>
- Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C., & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta oncologica*, 52(6), 1102-1109. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2013.765063>

- 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. *Psychooncology*, 16(3), 214-223. <https://doi.org/10.1002/pon.1074>
- 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), 120-131; quiz 132-123. <https://doi.org/10.1097/00002820-200603000-00007>
- Mirabeau-Beale, K. L., Kornblith, A. B., Penson, R. T., Lee, H., Goodman, A., Campos, S. M., Duska, L., Pereira, L., Bryan, J., & Matulonis, U. A. (2009). Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 114(2), 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2009.05.009>
- Mirošević, Š., Prins, J. B., Selič, P., Zaletel Kragelj, L., & Klemenc Ketiš, Z. (2019). Prevalence and factors associated with unmet needs in post-treatment cancer survivors: A systematic review. *European journal of cancer care*, 28(3), e13060. <https://doi.org/10.1111/ecc.13060>
- Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Seguin Leclair, C., Petricone-Westwood, D., Simard, S., & Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: a qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. *Supportive Care Cancer*, 24(10), 4207-4218. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3248-5>
- Myers, S. B., Manne, S. L., Kissane, D. W., Ozga, M., Kashy, D. A., Rubin, S., Heckman, C., Rosenblum, N., Morgan, M., & Graff, J. J. (2013). Social-cognitive processes associated with fear of recurrence among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Gynecologic oncology*, 128(1), 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.10.014>
- Niu, L., Liang, Y., & Niu, M. (2019). Factors influencing fear of cancer recurrence in patients with breast cancer: Evidence from a survey in Yancheng, China. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(7), 1319-1327. <https://doi.org/10.1111/jog.13978>
- Northouse, L. L. (1981). Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing*, 4(3), 213-220.
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: Meta-analysis of randomized trials. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 317-339. <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J., & Sacker, A. (2013). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A meta confirmatory factor analysis. *Journal of*

Psychosomatic Research, 74(1), 74-81.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.010>

Park, C. L., Cho, D., Blank, T. O., & Wortmann, J. H. (2013). Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychooncology*, 22(7), 1630-1638. <https://doi.org/10.1002/pon.3195>

Perlmutter, E. Y., Herron, F. B., Rohan, E. A., & Thomas, E. (2022). Oncology social work practice behaviors: a national survey of AOSW members. *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(2), 137-151. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1942386>

Qi, Z., Dai, Y., Hou, S., Zhu, B., & Wang, W. (2025). Latent profile analysis of fear of cancer recurrence in patients with prostate cancer: Insights into risk factors and psychological interventions. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100651>

Ramsey, I., Crawford-Williams, F., Thamm, C., Aubel, D., Bender, J. L., Chan, A., Chin, M., Fitch, M. I., Jefford, M., Mbanugo, E., Soto-Perez-de-Celis, E., Taylor, C., Chan, R. J., Takes, R. P., Leemans, C. R., Smit, J. H., Kwakkenbos, L., Verdonck-de Leeuw, I. M., Prins, J. B., Molenaar, J. M., Scott, J., Carty, R., Schoenberger, B., Yip, P. H., Munro, S., Jafari, A., Nyugen, M., Bowers, D., Davidson, M., Paas, M., & Sonogo, S. (2026). Developing a practice framework for patient navigation in cancer care: A Global Initiative to Advance Cancer Navigation for Better Outcomes (GINO) project. *EClinicalMedicine*, 93, 100975. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2023.100975>

Rha, S. Y., Park, J. S., Choi, Y. Y., Hong, B., & Lee, J. (2022). Fear of cancer recurrence and its predictors and outcomes among cancer survivors: A descriptive correlational study. *European Journal of Oncology Nursing*, 58, 102138. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102138>

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2021). The Association of Sources of Support, Types of Support and Satisfaction with Support Received on Perceived Stress and Quality of Life of Cancer Patients. *Integrative Cancer Therapies*, 20. <https://doi.org/10.1177/1534735421994905>

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)

Shin, J., Shin, D. W., Lee, J., Hwang, J., Lee, J. E., Cho, B., & Song, Y. M. (2022). Exploring socio-demographic, physical, psychological, and quality of life-related factors related with fear of cancer recurrence in stomach cancer

- survivors: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 22(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09507-2>
- Simard, S., Aubin, M., Fillion, L., Samson, A., Seay, D., & Tremblay, L. (2016). Fear of cancer recurrence in lung cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 25(Suppl.3), S83. 17th International Psycho-oncology Society Congress (IPOS), Dublin, Ireland.
- 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 Cancer*, 17(3), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
- Simard, S., & Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(3), 481-491. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0424-4>
- Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 361-371. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0136-8>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Soriano, E. C., Pasipanodya, E. C., LoSavio, S. T., Otto, A. K., Perndorfer, C., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2018). Social constraints and fear of recurrence in couples coping with early stage breast cancer. *Health Psychology*, 37(9), 874-884. <https://doi.org/10.1037/hea0000649>
- St-Jean-Trudel, E. (2009). *Le soutien social et l'anxiété : les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure*. [Thèse de doctorat]. Université du Québec à Montréal. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/1870>
- 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. *Psychooncology*, 11(2), 93-102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>
- Thewes, B., Butow, P., Zachariae, R., Christensen, S., Simard, S., & Gotay, C. (2012). Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psychooncology*, 21(6), 571-587. <https://doi.org/10.1002/pon.2070>
- Thompson, T., Perez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., & Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social science & medicine*, 192, 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>

- Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Pérez, M., Schootman, M., & Jeffe, D. B. (2013). *Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls* [doi:10.1037/a0031894]. (Vol. 32, pp. 886-895) American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/a0031894>
- van de Wal, M., van Oort, I., Schouten, J., Thewes, B., Gielissen, M., & Prins, J. (2016). Fear of cancer recurrence in prostate cancer survivors. *Acta oncologica*, 55(7), 821-827. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2016.1150607>
- Vickberg, S. M. J. (2003). Locating Breast Cancer in the Context of Women's Lives. *Journal of Psychosocial Oncology - J PSYCHOSOC ONCOL*, 21, 69-88. https://doi.org/10.1300/J077v21n02_05
- Voskanyan, V., Marzorati, C., Sala, D., Grasso, R., Pietrobon, R., van der Heide, I., Engelaar, M., Bos, N., Caraceni, A., Couspel, N., Ferrer, M., Groenvold, M., Kaasa, S., Lombardo, C., Sirven, A., Vachon, H., Velikova, G., Brunelli, C., Apolone, G., & Pravettoni, G. (2024). Psychosocial factors associated with quality of life in cancer survivors: umbrella review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 150(5), 249. <https://doi.org/10.1007/s00432-024-05749-8>
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. Dans A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Éds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). Erlbaum.
- Yan, Z., Xiao, L. D., Guo, X., Hu, Y., Wang, N., & Wang, Y. (2025). The impact of social support and social constraints on sleep disturbances in patients with lung cancer undergoing chemotherapy: Serial mediators of sleep cognition and anxiety-depression. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2025.100740>
- Yang, L., Li, Y., Wang, X., Xia, C., Yang, L., Li, X., Zou, Y., Wang, Q., Hou, Q., Duan, P., & Zhang, Z. (2024). Examining the role of resilience in the relationship between social support and fear of recurrence among patients with gastric cancer on chemotherapy: a cross-sectional study in Jiangsu, China. *BMJ Open*, 14(6), e078679. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078679>
- Yeung, N. C. Y., & Lu, Q. (2021). Social constraints and fear of recurrence among Chinese American breast cancer survivors: An exploration of psychosocial mediators. *Psychooncology*, 31, 98-106. <https://doi.org/10.1002/pon.5784>
- Yoo, H., Shin, D. W., Jeong, A., Kim, S. Y., Yang, H.-k., Kim, J. S., Lee, J. E., Oh, J. H., Park, E.-C., Park, K., & Park, J.-H. (2017). Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: a comparison between cancer patients and general population. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(8), 728-734. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyx064>

- Zebrack, B., Schapmire, T., Otis-Green, S., Nelson, K., Miller, N., Donna, D., & Grignon, M. (2022). Establishing core competencies, opportunities, roles and expertise for oncology social work. *Journal of Social Work*, 22(4), 1085-1104. <https://doi.org/10.1177/14680173211051983>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Medical science monitor*, 23, 5969-5979. <https://doi.org/10.12659/msm.907730>
- Zhang, L., Zhang, Y., Pu, J., & Li, Z. P. (2025). Factors influencing fear of disease recurrence in postoperative craniopharyngioma patients. *American Journal of Translational Research*, 17(1), 188-199. <https://doi.org/10.62347/uvvd7610>
- Zhang, X., Sun, D., Qin, N., Liu, M., Jiang, N., & Li, X. (2021). Factors Correlated With Fear of Cancer Recurrence in Cancer Survivors: A Meta-analysis. *Cancer Nursing*. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001020>
- Zheng, W., Hu, M., & Liu, Y. (2022). Social support can alleviate the fear of cancer recurrence in postoperative patients with lung carcinoma. *American Journal of Translational Research*, 14(7), 4804-4811.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques et médicales (N = 2 562)

Variables		n	%
Âge	Entre 31 et 50 ans	276	10,8 %
	Entre 51 et 70 ans	1632	63,7 %
	Plus de 71 ans	654	25,5 %
Sexe	Homme	1166	45,5 %
	Femme	1396	54,5 %
Statut civil	Marié/Union libre	1807	70,5 %
	Divorcé/séparé	310	12,1 %
	Célibataire	246	9,6 %
	Veuf	199	7,8 %
Scolarité complétée	Primaire	325	12,9 %
	Secondaire	1009	40,1 %
	Collégial/Cégep	562	22,3 %
	Universitaire	589	23,4 %
Occupation actuelle	Retraite	1561	61,0 %
	Travail à temps complet ou partiel	709	27,7 %
	Autre (congé maladie, travail familial, études, recherche d'emploi)	287	11,2 %
Revenu familial annuel	20 000\$ et moins	447	20,1 %
	20 001\$ - 40 000\$	781	35,1 %
	40 001\$ - 60 000\$	481	21,6 %
	60 001\$ - 80 000\$	212	9,4 %
	80 001\$ et plus	301	13,5 %
Type de cancer	Sein	965	37,7 %
	Prostate	713	27,8 %
	Poumon	698	27,2 %
	Colorectal	186	7,3 %
Temps depuis le diagnostic	Moins d'un an	266	10,4 %
	Entre 1 an et 5 ans	1528	59,7 %
	Entre 5 ans et 10 ans	665	26,0 %
	Entre 10 et 15 ans	99	3,9 %
Stade actuel	Local	1897	74,0 %
	Locorégional	322	12,6 %
	Métastatique	343	13,4 %
En traitement	Traitement actif	654	25,5 %
Type de traitement reçus ¹	Chirurgie	1608	62,8 %
	Radiothérapie ²	1772	69,2 %
	Chimiothérapie	981	38,3 %
	Hormonothérapie ³	664	25,9 %
Comorbidité physique	Présence de comorbidité	1452	56,7 %

Notes. ^a Les participants peuvent suivre plusieurs traitements à la fois. ^b Comprend la radiochirurgie, radiothérapie ou curiethérapie (la curiethérapie est indiquée pour le traitement du cancer du poumon). ^c L'hormonothérapie est indiquée pour le traitement des cancers du sein et de la prostate.

Tableau 2
Statistiques descriptives du soutien social (N=2 562)

	<i>n</i>	Fréquence				
<i>Soutien structurel</i>						
Nombre de relations proches ou de personnes significatives						
Aucune	64	2,5 %				
1	324	12,6 %				
2	458	17,9 %				
3	481	18,8 %				
4	370	14,4 %				
5	282	11,0 %				
6	192	7,5%				
7 et plus	391	15,3 %				
Type de liens ¹						
Conjoint.e	1664	64,9 % ^a				
Ami.e.s	1165	43,6 % ^a				
Enfants	818	31,9 % ^a				
Famille proche	1118	43,6 % ^a				
Famille éloignée	276	10,8 % ^a				
Collègues	249	9,7 % ^a				
Professionnel.le.s	194	7,6 % ^a				
	<i>n</i>	Moyenne	Ecart-type	Étendue	Min/Max	
<i>Soutien fonctionnel</i>						
Soutien affectif	2562	4,20	1,0	1-5	1-5	
Soutien émotionnel	2562	4,02	1,0			
Soutien informationnel	2562	3,90	1,0			
Score total	2562	4,02	0,9			
<i>Satisfaction du soutien social</i>						
Score total	2480	4,12	1,0	1-5	1-5	

Notes. ¹ Les % n'équivalent pas à 100%, car chaque participant pouvait citer plusieurs personnes significatives

Tableau 3*Statistiques descriptives de la PRC, des stratégies d'adaptation et de la détresse psychologique (N=2 562)*

Variables	Moyenne	Ecart-type	Étendue	Minimum et maximum
<i>Peur de la récurrence du cancer</i>				
Éléments déclencheurs	13,21	7,2	0-32	0-32
Sévérité	13,20	7,6	0-36	0-36
Détresse psychologique	4,60	4,0	0-16	0-16
Perturbations du fonctionnement	3,46	4,9	0-24	0-24
Autocritique	1,17	2,1	0-12	0-12
Réassurance	1,68	2,2	0-12	0-12
Stratégies d'adaptation	16,96	9,4	0-36	0-36
Score total	54,28	28,0	0-168	0-147
<i>Stratégies d'adaptation : Coping with Health Injuries and Problems (CHIP)</i>				
Actif ^a	52,79	11,7	16-80	16-80
Distraction	24,11	6,7	8-40	8-40
Instrumental	28,68	6,3	8-40	8-40
Passif ^b	43,59	11,4	16-80	16-73
Palliative	22,46	5,9	8-40	8-39
Émotionnelle	21,13	7,1	8-40	8-40
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>				
Détresse ^c	8,42	6,4	0-42	0-36
Anxiété	5,38	3,9	0-21	0-20
Dépression	3,04	3,3	0-21	0-18

Notes. ^a Ce score est obtenu en additionnant les scores des sous-échelles de stratégies d'adaptation de distraction et instrumental. ^b Ce score est obtenu en additionnant les scores des sous-échelles de stratégies d'adaptation de palliatif et émotionnel. ^c Ce score est obtenu en additionnant les scores des sous-échelles d'anxiété et dépression.

Tableau 4

Comparaison du soutien social et de la PRC selon les caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants (N=2 562)

Variables sociodémographiques		Soutien structurel		Soutien fonctionnel		Satisfaction du soutien		PRC score total		PRC ≥ 13	
		<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	%	<i>n</i>
Âge	Entre 31 et 50 ans	4,36	2,9	4,11	0,8	4,12	1,0	67,79 ^{a **}	23,8	67,8 **	187
	Entre 51 et 70 ans	4,06	2,7	4,03	0,9	4,10	1,0	56,75 ^{b **}	27,3	52,4 **	855
	Plus de 71 ans	3,99	2,9	3,97	1,0	4,19	1,0	42,42 ^{c **}	27,4	37,0 **	242
Sexe	Homme	3,73	2,8	3,98 ^{a **}	1,0	4,14	1,0	45,33 ^{a **}	28,3	41,9 **	488
	Femme	4,36	2,8	4,06 ^{b **}	0,9	4,11	1,0	61,76 ^{b **}	25,5	57,0 **	796
Statut civil	Célibataire	3,43 ^{a **}	2,3	3,59 ^{a **}	1,0	3,80 ^{a **}	1,1	56,57	25,6	52,4	129
	Marié/Union libre	4,10 ^{b **}	2,8	4,15 ^{b **}	0,9	4,24 ^{b **}	1,0	53,34	28,3	49,7	898
	Divorcé/séparé	4,11 ^{b **}	2,9	3,73 ^{a **}	1,0	3,75 ^{a **}	1,2	56,89	27,0	55,2	171
	Veuf	4,54 ^{b **}	3,1	3,85 ^{c **}	1,0	4,09 ^{b **}	1,0	55,94	29,1	43,2	86
Scolarité complétée	Primaire	4,12	2,9	3,90	1,0	4,08	1,0	48,81 ^{a **}	29,8	38,8 **	126
	Secondaire	4,08	2,8	4,03	0,9	4,17	1,0	56,81 ^{b **}	28,7	52,0 **	525
	Collégial/Cégep	4,23	2,9	4,05	0,9	4,07	1,0	55,36 ^{b **}	26,6	52,0 **	525
	Universitaire	3,98	2,6	4,08	0,9	4,15	1,0	51,51 ^{a **}	26,3	50,8 **	299
Occupation actuelle	Retraite	4,05	2,8	4,00	1,0	4,14	1,0	50,84 ^{a **}	28,2	45,4 **	709
	Travail temps complet/partiel	4,01	2,8	4,05	0,9	4,10	1,1	57,24 ^{b **}	26,2	54,9 **	389
		4,38	3,1	4,08	0,8	4,09	1,0	65,73 ^{c **}	27,6	64,5 **	185
Revenu familial annuel	20 000\$ et moins	3,98	2,9	3,80 ^{a **}	1,0	3,96 ^{a **}	1,1	55,62	30,6	48,3	216
	20 001\$ - 40 000\$	4,02	2,7	3,96 ^{b **}	1,0	4,05 ^{a **}	1,0	54,05	28,0	47,5	371
	40 001\$ - 60 000\$	4,07	2,8	4,11 ^{b **}	0,9	4,20 ^{b **}	1,0	54,15	27,0	51,4	247
	60 001\$ - 80 000\$	4,41	2,8	4,29 ^{c **}	0,8	4,33 ^{b **}	0,9	51,43	25,8	50,0	106
	80 001\$ et plus	4,11	2,6	4,24 ^{c **}	0,8	4,35 ^{b **}	0,9	53,67	26,6	56,1	169

Tableau 4 (suite)

		Soutien structurel		Soutien fonctionnel		Satisfaction du soutien		PRC score total		PRC ≥ 13	
Variables médicales		M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	%	n
Type de cancer	Sein	4,41 ^a **	2,7	4,07	0,8	4,10	1,0	62,10 ^a **	24,5	56,4 **	544
	Prostate	3,67 ^b **	2,7	3,92	1,0	4,07	1,0	41,18 ^b **	26,3	34,9 **	249
	Poumon	4,00 ^b **	2,9	4,06	1,0	4,24	0,9	55,64 ^c **	29,3	56,0 **	391
	Colorectal	4,15 ^b **	2,9	4,00	0,9	4,07	1,1	58,92 ^c **	29,0	53,8 **	100
Temps depuis le diagnostic	Moins d'un an	4,34	2,9	4,17	0,9	4,29	0,9	57,16	29,1	55,6	148
	Entre 1 an et 5 ans	4,15	2,8	4,03	0,9	4,13	1,0	53,86	27,5	49,3	754
	Entre 5 ans et 10 ans	8,81	2,7	3,95	1,0	4,06	1,1	53,60	28,7	48,0	319
	Entre 10 et 15 ans	3,99	2,8	4,00	1,0	4,10	1,1	58,36	26,9	59,6	59
Stade actuel	Local	3,98 ^a **	2,7	3,99 ^a **	0,9	4,11	1,0	51,91 ^a **	27,6	45,4 **	862
	Locorégional	4,14 ^a **	2,9	4,07 ^a **	1,0	4,13	1,0	57,68 ^b **	28,1	59,3 **	191
	Métastatique	4,51 ^b **	3,0	4,16 ^b **	0,8	4,19	0,9	64,21 ^c **	27,8	67,3 **	231
En traitement	Traitement actif	4,49	2,8	4,15 ^b **	0,8	4,20	1,0	62,49 ^b **	25,1	61,0 **	399
	Aucun	3,93	2,8	3,98 ^a **	1,0	4,10	1,0	51,47 ^a **	28,4	46,4 **	885
	Chirurgie	4,07	2,7	4,05	0,9	4,14	1,0	56,13	27,4	53,7 **	864
	Non	4,08	2,9	3,98	1,0	4,09	1,0	51,17	28,8	44,0 **	420
Type de traitement reçus	Radiothérapie	4,16	2,8	4,02	0,9	4,10	1,0	55,71	27,5	50,1	901
	Non	3,88	2,8	4,02	1,0	4,19	1,0	51,07	29,0	48,5	383
	Chimiothérapie	4,40 ^b **	2,9	4,11 ^b **	0,9	4,16	1,0	63,49	27,0	63,2 **	620
	Non	3,87 ^a **	2,7	3,97 ^a **	1,0	4,10	1,0	48,57	27,1	42,0 **	664
Comorbidité physique	Hormonothérapie	4,28	2,8	4,08 ^b **	0,8	4,10	1,0	59,73 ^b **	25,3	58,0 **	385
	Non	4,00	2,8	4,00 ^a **	1,0	4,13	1,0	52,38 ^a **	28,7	47,4 **	899
	Présence	4,00	2,8	3,99	0,9	4,09	1,0	54,48	7,7	50,4	732
	Absence	4,17	2,8	4,07	0,9	4,17	1,0	54,03	7,6	49,7	562

Notes. Des tests t , des ANOVA ou des χ^2 ont été utilisés pour les comparaisons. Après correction de Bonferroni, les seuils de signification ont été fixés à $\alpha = 0,008$ pour les variables sociodémographiques et à $\alpha = 0,006$ pour les variables médicales. Les lettres en exposant illustre les résultats des comparaisons post hoc.

Tableau 5

Corrélations entre les variables sociodémographiques, médicales, les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique et la peur de la récurrence du cancer (N = 2 562)

Variables	PRC score total	PRC ≥ 13
Sociodémographiques et médicales		
Âge	-0,29**	-0,18**
Sexe	0,30**	0,15**
Scolarité complétée	-0,01	0,05*
Revenu familial	-0,01	0,04
Type de cancer		
Sein	-0,23**	-0,10*
Prostate	0,30**	0,19**
Poumon	-0,03	-0,07**
Colorectal	-0,04	-0,02
Temps depuis le diagnostic	-0,04	0,00
Stade du cancer présentement	0,16**	0,16**
Traitement en cours	0,18**	0,13**
Radiothérapie (radiochirurgie, radiothérapie ou curiethérapie) reçue	0,08**	0,02
Chimiothérapie (oral et per us) reçue	0,26**	0,21**
Hormonothérapie	0,13**	0,09**
Présence d'une autre maladie physique	0,01	0,01
Stratégies d'adaptation et détresse psychologique		
Stratégie d'adaptation active	0,38**	0,15**
Stratégie d'adaptation passive	0,61**	0,36**
Détresse psychologique	0,58**	0,44**

Notes. Des corrélations de Pearson et de Spearman ont été utilisées pour examiner les relations entre les variables à l'étude. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (bilatéral).

Tableau 6

Matrice de corrélation du soutien social et de la PRC (N = 2 562)

Dimensions du soutien social		Dimensions de la PRC							Score total	PRC ≥ 13
		1	2	3	4	5	6	7		
Soutien structurel	Nombre de relations significatives	-0,03	-0,04*	-0,05*	-0,06**	-0,06**	0,06*	0,09**	-0,01	-0,04*
	Soutien fonctionnel total	-0,04*	-0,07**	-0,07**	-0,14**	-0,10*	0,02	0,12**	-0,03	-0,08**
Soutien fonctionnel	Soutien affectif	-0,03	-0,05**	-0,05*	-0,11**	-0,09*	0,01	0,11**	-0,02	-0,05**
	Soutien émotionnel	-0,04	-0,07**	-0,07**	-0,14**	-0,10**	0,02	0,11**	-0,03	-0,07**
	Soutien informationnel	-0,05*	-0,09**	-0,07**	-0,13**	-0,10**	0,03	0,12**	-0,04	-0,10*
Satisfaction	Satisfaction du soutien	-0,15**	-0,18**	-0,16**	-0,19**	-0,12**	-0,05**	-0,01	-0,16**	-0,15**

Notes. 1= Déclencheurs ; 2 = Sévérité ; 3 = Détresse psychologique ; 4 = Perturbation du fonctionnement ; 5 = Autocritique ; 6 = Réassurance ; 7 = Stratégies d'adaptation. Des corrélations de Pearson ont été utilisées entre les variables à l'étude. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (bilatéral).

Tableau 7*Modèle de régression linéaire par blocs (hiérarchique) pour la prédiction du score global de PRC*

		<i>B</i>	β	Erreur Standard	Sign.	<i>R</i> ² ajusté	Variation du <i>R</i> ²	Variation du <i>F</i>	Sign.
Bloc 1 : Démographiques et médicales	Âge	-0,435	-0,151	0,044	< 0,001				
	Sexe	4,903	0,870	1,329	< 0,001				
	Cancer du sein	-0,236	-0,004	1,216	0,846				
	Cancer de la prostate	-1,140	-0,018	1,271	0,370	0,160	0,160	79,368	< 0,001
	Stade du cancer	1,632	0,041	0,578	0,005				
	Traitement en cours	2,816	0,044	0,965	0,004				
Bloc 2 : Soutien social	Chimiothérapie	1,696	0,029	0,942	0,072				
	Soutien social fonctionnel	2,494	0,081	0,627	< 0,001	0,192	0,032	48,867	< 0,001
Bloc 3 : Stratégies d'adaptation	Satisfaction du soutien social	-2,467	-0,090	0,566	< 0,001				
	Stratégies actives	0,106	0,045	0,051	0,036	0,459	0,269	616,681	< 0,001
Bloc 4 : Détrresse	Stratégie passives	0,848	0,346	0,056	< 0,001				
	Détrresse psychologique	1,724	0,395	0,073	< 0,001	0,558	0,098	550,281	< 0,001

Notes. B = coefficient non standardisé ; β = coefficient standardisé

Tableau 8

Modèle de régression logistique par blocs (hiérarchique) pour la prédiction de la PRC cliniquement significative

		<i>B</i>	Odd ratio	Erreur Standard	Sign	<i>R</i> ² de Nagelkerke	χ^2	dl	Sign
Bloc 1 : Démographiques et médicales	Âge	-0,030	0,970	0,006	< 0,001	0,106	204,378	6	< 0,001
	Sexe	0,075	1,078	0,169	0,657				
	Cancer du sein	0,146	1,157	0,152	0,337				
	Cancer de la prostate	0,167	1,182	0,161	0,299				
	Stade du cancer	0,287	1,332	0,074	< 0,001				
	Traitement en cours	0,357	1,429	0,121	0,003				
Bloc 2 : Soutien social	Chimiothérapie	0,230	1,259	0,116	0,048	0,145	73,667	2	< 0,001
	Soutien social fonctionnel	0,204	1,226	0,081	0,012				
	Satisfaction du soutien social	-0,250	0,779	0,074	< 0,001				
Bloc 3 : Stratégies d'adaptation	Active	-0,017	0,983	0,006	0,009	0,270	280,803	2	< 0,001
	Passive	0,048	1,049	0,007	< 0,001				
Bloc 4 : Déresse	Déresse psychologique	0,144	1,154	0,011	< 0,001	0,357	213,271	1	< 0,001

Notes. *B* = coefficient non standardisé ; Odd ratio = Rapport de cote ; dl = degré de liberté

Chapitre 3 : Conclusion générale

La PRC constitue aujourd'hui une préoccupation centrale pour un grand nombre de survivants. Malgré une prévalence élevée et des conséquences bien documentées sur la qualité de vie et l'ajustement psychologique, ses déterminants sociaux demeurent encore partiellement compris. Le soutien social, souvent évoqué comme un facteur protecteur, apparaît à la fois incontournable et insuffisamment défini, tant sur le plan conceptuel que méthodologique. C'est dans cette tension entre reconnaissance clinique et imprécision scientifique que s'inscrit le présent essai doctoral.

Le premier chapitre a permis de poser les bases théoriques nécessaires à la compréhension de la PRC et de situer le soutien social dans ce cadre. L'analyse critique de la littérature a mis en évidence non seulement la complexité et la multidimensionnalité de la PRC, mais également l'absence de consensus quant à la manière de conceptualiser et de mesurer le soutien social dans ce contexte. En particulier, les différentes opérationnalisations de ses dimensions (structurelle, fonctionnelle et subjective) limitent la capacité à comprendre son rôle réel dans l'expérience de la PRC. Le soutien social s'y révèle ainsi à la fois prometteur et sous-théorisé, ce qui a conduit à formuler des objectifs visant à en préciser la contribution dans une perspective multidimensionnelle.

Le second chapitre, fondé sur une étude empirique menée auprès d'un large échantillon de survivants de cancers variés, a permis d'examiner ces objectifs. Les résultats montrent que le soutien social ne constitue pas un construit unitaire et que ses différentes dimensions ne contribuent pas de manière équivalente à l'expérience de la PRC. Plus précisément, ils suggèrent que ce n'est ni la simple présence d'un réseau

social ni la quantité de soutien reçu qui apparaissent les plus déterminantes, mais plutôt la manière dont ce soutien est perçu, évalué et jugé satisfaisant par la personne. À cet égard, la satisfaction à l'égard du soutien social se distingue comme la dimension la plus étroitement associée à une PRC plus faible et à une probabilité réduite de présenter une PRC cliniquement significative.

Ces résultats invitent à dépasser une conception essentiellement quantitative du soutien social pour en proposer une lecture plus subjective et relationnelle. Ils suggèrent que l'efficacité du soutien repose sur son adéquation aux besoins du survivant et sur sa capacité à s'inscrire dans une dynamique évolutive. À ce titre, la temporalité du soutien apparaît centrale. Comme l'ont montré Kaniasty et Norris (2009), la perception de la qualité du soutien dépend en grande partie de l'ajustement entre le moment où un besoin est ressenti et celui où le soutien est offert. Un soutien disponible mais inadéquatement synchronisé peut ainsi être perçu comme peu utile, voire insatisfaisant.

Par ailleurs, la source du soutien mérite également d'être nuancée. Bien que la littérature identifie fréquemment le conjoint comme principal soutien, nos résultats, et ceux rapportés dans d'autres travaux, suggèrent que cette association n'est pas systématique. Certains survivants en couple ne perçoivent pas leur conjoint comme une source de soutien significative, ce qui met en évidence l'importance de considérer la qualité et la pertinence du soutien, plutôt que sa simple présence. Cette observation rejoint les travaux de Pierce et al. (1991), qui montrent que le soutien perçu varie selon les relations spécifiques et contribue de manière différenciée au bien-être émotionnel.

Par ailleurs, cet essai doctoral s'inscrit dans la continuité des travaux antérieurs montrant que les déterminants déjà bien établis dans la littérature, tels que l'âge plus jeune, le stade avancé de la maladie, le traitement actif, la détresse psychologique et le recours à des stratégies d'adaptation passives, demeurent des prédicteurs importants de la PRC. Le soutien social ne remplace pas ces facteurs, mais s'y articule en contribuant, de manière modeste mais significative, à l'explication de la variabilité de la PRC. Il importe toutefois de distinguer, parmi ces déterminants, ceux qui sont modifiables de ceux qui ne le sont pas. Alors que certaines variables, comme l'âge ou le stade de la maladie, demeurent fixes, d'autres, notamment la détresse psychologique, les stratégies d'adaptation et le soutien social perçu, constituent des cibles potentielles d'intervention (Cessna Palas et al., 2021). Dans cette perspective, l'intérêt du soutien social ne résiderait pas uniquement dans son rôle explicatif, mais également dans son potentiel comme levier clinique, pouvant permettre d'agir de manière plus concrète sur l'expérience de la PRC.

Sur le plan clinique, ces résultats laissent penser qu'il pourrait être pertinent de reconsidérer la manière dont le soutien social est envisagé en oncologie. Les pratiques actuelles reposent encore largement sur des indicateurs structurels, tels que la présence de proches ou le type de soutien disponible, parfois à travers des outils comme le génogramme (Wright et Leahey, 2013), sans nécessairement tenir compte du rôle réel de chacun ni de la satisfaction du survivant. Or, nos résultats suggèrent qu'une telle approche demeure incomplète si elle ne considère pas la manière dont le soutien est vécu et évalué par la personne. Par ailleurs, plusieurs travaux (Thewes et al., 2013) soulignent le sentiment d'impuissance fréquemment rapporté par les professionnels de la santé face à la PRC, notamment en raison du manque d'outils et d'interventions

accessibles en dehors de cadres spécialisés. À ce jour, les interventions demeurent majoritairement centrées sur les survivants présentant des niveaux élevés de PRC, laissant peu de place à des approches préventives ou précoces (Bergerot et al., 2022).

Dans ce contexte, les résultats du présent essai doctoral suggèrent des pistes pour répondre à ces besoins cliniques. En mettant en évidence le rôle spécifique de la satisfaction à l'égard du soutien social, ils proposent une cible d'intervention accessible, transversale et potentiellement mobilisable dans différents contextes de soins. Le soutien social pourrait ainsi constituer une avenue pertinente pour intervenir en amont, notamment auprès des survivants présentant des niveaux modérés de PRC, afin de prévenir l'aggravation ou la chronicisation de cette peur. Une telle approche permettrait d'élargir le spectre des interventions au-delà des prises en charge spécialisées, en s'appuyant sur des ressources déjà présentes dans l'environnement des survivants.

Dans cette perspective, le soutien social pourrait être envisagé comme un levier d'intervention pertinent. Il ne se limite pas à l'entourage immédiat, mais inclut également les professionnels de la santé, les ressources communautaires et les groupes de soutien. Une mobilisation plus coordonnée de ces différentes sources permettrait de mieux répondre aux besoins spécifiques des survivants. Par ailleurs, les proches aidants jouent un rôle central, mais ne disposent pas toujours des repères nécessaires pour offrir un soutien perçu comme aidant (Reaum et al., 2021) puisqu'ils peuvent eux-mêmes ressentir de la PRC (Webb et al., 2023). Des interventions visant à mieux les accompagner, à clarifier les rôles au sein du réseau social et à favoriser une

meilleure adéquation du soutien pourraient contribuer à améliorer la satisfaction à l'égard du soutien et, ultimement, à atténuer la PRC.

Enfin, cet essai doctoral met en évidence la nécessité de considérer le soutien social comme un processus dynamique, évoluant au fil du parcours de soins. Une intégration plus précoce et continue de cette dimension dans les soins oncologiques pourrait contribuer à prévenir l'installation ou l'aggravation de la PRC, en complément des interventions centrées sur la gestion individuelle de la PRC.

À la lumière de ces constats, plusieurs pistes de recherche se dégagent. Il apparaît notamment essentiel d'examiner les relations entre le soutien social et la PRC dans une perspective longitudinale, afin de mieux comprendre leur évolution et leurs influences réciproques. L'étude de la temporalité du soutien, de ses sources spécifiques ainsi que de son adéquation aux besoins changeants des survivants représente également une avenue prometteuse. De même, le recours à des approches qualitatives ou mixtes permettrait d'approfondir la compréhension du vécu subjectif du soutien social et de mieux saisir sa signification dans le parcours de survivance. Enfin, le développement et l'évaluation d'interventions ciblant spécifiquement la qualité et la satisfaction du soutien social constituent une étape essentielle pour traduire ces connaissances en retombées cliniques concrètes.

En définitive, cet essai doctoral contribue à apporter un éclairage supplémentaire sur le rôle du soutien social dans l'expérience de la peur de la récurrence du cancer. Il met en évidence que, au-delà de sa disponibilité, c'est sa pertinence, son adéquation et sa signification pour le survivant qui semblent déterminantes. Dans le contexte des soins oncologiques, ces résultats rappellent que soutenir ne consiste pas

uniquement à être présent, mais à offrir un soutien qui fait sens pour la personne, au moment où elle en a besoin, et en cohérence avec les défis spécifiques que représente la PRC.

Références

- Akin, S., Can, G., Aydiner, A., Ozdilli, K., et Durna, Z. (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 400-409. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.01.003>
- Alfano, C. M., McGregor, B. A., Kuniyuki, A., Reeve, B. B., Bowen, D. J., Wilder Smith, A., Baumgartner, K. B., Bernstein, L., Ballard-Barbash, R., Malone, K. E., Ganz, P. A., et McTiernan, A. (2006). Psychometric evaluation of the Brief Cancer Impact Assessment among breast cancer survivors. *Oncology*, 70(3), 190-202. <https://doi.org/10.1159/000094320>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4^e éd.).
- Anderson, D., Bilodeau, B., Deshaies, G., Gilbert, M., et Jobin, J. (2005). Validation canadienne-française du "MOS Social Support Survey". *The Canadian journal of cardiology*, 21(10), 867-873.
- Arès, I., Lebel, S., et Bielajew, C. (2014). The impact of motherhood on perceived stress, illness intrusiveness and fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors over time. *Psychology et health*, 29(6), 651-670. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.881998>
- Ashing, K. T., Cho, D., Lai, L., Yeung, S., Young, L., Yeon, C., et Fong, Y. (2017). Exploring characteristics, predictors, and consequences of fear of cancer recurrence among Asian-American breast cancer survivors. *Psychooncology*, 26(12), 2253-2260. <https://doi.org/10.1002/pon.4350>
- Ashing-Giwa, K. T., et Lim, J. W. (2011). Examining emotional outcomes among a multiethnic cohort of breast cancer survivors. *Oncology nursing forum*, 38(3), 279-288. <https://doi.org/10.1188/11.Onf.279-288>
- Avis, N. E., Smith, K. W., McGraw, S., Smith, R. G., Petronis, V. M., et Carver, C. S. (2005). Assessing quality of life in adult cancer survivors (QLACS). *Quality of Life Research*, 14(4), 1007-1023. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2147-2>
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., et West, M. M. (2005). Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer*, 104(S11), 2565-2576. <https://doi.org/10.1002/cncr.21488>
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., Norris, S., & Guyatt, G. H. (2011).

- GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of clinical epidemiology*, 64(4), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- Ban, Y., Li, M., Yu, M., et Wu, H. (2021). The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01816-7>
- Beauregard, L., et Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/706737ar>
- Bergerot, C. D., Philip, E. J., Bergerot, P. G., Siddiq, N., Tinianov, S., & Lustberg, M. (2022). Fear of cancer recurrence or progression: what is it and what can we do about it?. In *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting* (Vol. 42, pp. 1-10).
- Blom, M., Guicherit, O. R., & Hoogwegt, M. T. (2023). Perfectionism, intolerance of uncertainty and coping in relation to fear of cancer recurrence in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 32(4), 581-588. <https://doi.org/10.1002/pon.6102>
- Bosc, M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 63-69. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90133-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90133-0)
- Bottomley, A. (2002). The cancer patient and quality of life. *The Oncologist*, 7(2), 120-125. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.7-2-120>
- Braun, S. E., Aslanzadeh, F. J., Thacker, L., et Loughan, A. R. (2021). Examining fear of cancer recurrence in primary brain tumor patients and their caregivers using the Actor-Partner Interdependence Model. *Psychooncology*, 30(7), 1120-1128. <https://doi.org/10.1002/pon.5659>
- Breuer, N., Sender, A., Daneck, L., Mentschke, L., Leuteritz, K., Friedrich, M., Nowe, E., Stobel-Richter, Y., et Geue, K. (2017). How do young adults with cancer perceive social support? A qualitative study. *Journal of psychosocial oncology*, 35(3), 292-308. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1289290>
- Burstein, H. J., Gelber, S., Guadagnoli, E., et Weeks, J. C. (1999). Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 340(22), 1733-1739. <https://doi.org/10.1056/nejm199906033402206>
- Butow, P., Shaw, J., Vaccaro, L., Sharpe, L., Dhillon, H., Smith, B., et PoCo, G. F. C. R. I. G. (2019). A research agenda for fear of cancer recurrence: A Delphi study conducted in Australia. *Psychooncology*, 28(5), 989-996. <https://doi.org/10.1002/pon.5048>

- Cannon, A. J., Darrington, D. L., Reed, E. C., et Loberiza, F. R., Jr. (2011). Spirituality, patients' worry, and follow-up health-care utilization among cancer survivors. *The journal of supportive oncology*, 9(4), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.03.001>
- Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/032403ar>
- Caruso, A., Vigna, C., et Gremigni, P. (2018). The Cancer Worry Scale Revised for Breast Cancer Genetic Counseling. *Cancer nursing*, 41(4), 311-319. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000511>
- Cessna Palas, J. M., Hyland, K. A., Nelson, A. M., Small, B. J., Jim, H. S. L., et Jacobsen, P. B. (2021). An examination of the relationship of patient modifiable and non-modifiable characteristics with fear of cancer recurrence among colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*, 29(2), 869-876. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05552-4>
- Champion, V. L., Wagner, L. I., Monahan, P. O., Daggy, J., Smith, L., Cohee, A., Ziner, K. W., Haase, J. E., Miller, K. D., Pradhan, K., Unverzagt, F. W., Cella, D., Ansari, B., et Sledge, G. W., Jr. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*, 120(15), 2237-2246. <https://doi.org/10.1002/cncr.28737>
- Chen, Z., Ni, P., Wu, B., Ko, E., Liao, J., Lin, H., et Ma, P. (2025). Fear of cancer recurrence among adolescent and young adult cancer survivors: a mixed-methods systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-025-01812-6>
- Chirico, A., Vizza, D., Valente, M., Iacono, M. L., Campagna, M. R., Palombi, T., Alivernini, F., Lucidi, F., et Bruno, F. (2022). Assessing the fear of recurrence using the Cancer Worry Scale in a sample of Italian breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2829-2837. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06718-4>
- Cho, D., et Lu, Q. (2017). The association between fear of cancer recurrence and quality of life among Chinese cancer survivors: main effect hypothesis and buffering hypothesis. *Quality of Life Research*, 26(9), 2375-2385. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1585-6>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé

- publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2023. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2023
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2022 sur la prévalence du cancer. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2022.
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2021. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2021.
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., et Roman, S. L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British journal of cancer*, 97(12), 1625-1631. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604091>
- Courtens, A. M., Stevens, F. C., Crebolder, H. F., et Philipsen, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing*, 19(3), 162-169. <https://doi.org/10.1097/00002820-199606000-00002>
- Creswell, J. W., et Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5^e éd.). SAGE.
- Crist, J. V., et Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*, 22(5), 978-986. <https://doi.org/10.1002/pon.3114>
- Curran, D., van Dongen, J. P., Aaronson, N. K., Kiebert, G., Fentiman, I. S., Mignolet, F., et Bartelink, H. (1998). Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: results of EORTC Trial 10801. *European Journal of Cancer Care*, 34(3), 307-314. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(97\)00312-2](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(97)00312-2)
- Curran, L., Sharpe, L., MacCann, C., et Butow, P. (2020). Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(2), 225-236. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00129-x>
- Custers, J. A. E., Kwakkenbos, L., van de Wal, M., Prins, J. B., et Thewes, B. (2018). Re-validation and screening capacity of the 6-item version of the Cancer Worry Scale. *Psychooncology*, 27(11), 2609-2615. <https://doi.org/10.1002/pon.4782>
- Custers, J. A. E., van den Berg, S. W., van Laarhoven, H. W. M., Bleiker, E. M. A., Gielissen, M. F. M., et Prins, J. B. (2014). The Cancer Worry Scale: Detecting

Fear of Recurrence in Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 37(1), E44-E50. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182813a17>

Cutrona, C. E., et Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason, et G. R. Pierce (Éds.), *Social support : an interactional view* (pp. 319-366). John Wiley et Sons.

Davey, C., White, V., Warne, C., Kitchen, P., Villanueva, E., et Erbas, B. (2011). Understanding a ductal carcinoma in situ diagnosis: patient views and surgeon descriptions. *European journal of cancer care*, 20(6), 776-784. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01265.x>

De Vries, J., Den Oudsten, B. L., Jacobs, P. M., et Roukema, J. A. (2014). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 705-712. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2025-y>

Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., et Kahana, B. (2006a). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psychooncology*, 15(4), 306-320. <https://doi.org/10.1002/pon.955>

Deimling, G. T., Wagner, L. J., Bowman, K. F., Sterns, S., Kercher, K., et Kahana, B. (2006b). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psychooncology*, 15(2), 143-159. <https://doi.org/10.1002/pon.931>

Devi, N., Surendran, V., Arvind, K., Sridevi, V., et Anandi, B. (2023). Fear of Cancer Recurrence and associated factors among breast cancer survivors in South India. *Psychooncology*, 32(1), 107-112. <https://doi.org/10.1002/pon.6056>

Dewi, S. K., Afiyanti, Y., et Rachmawati, I. N. (2021). Fear of recurrence among gynaecological cancer survivors: A qualitative study. *Enfermería Clínica*, 31(S2), S352-S355. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.039>

Diefenbach, M., Mohamed, N. E., Horwitz, E., et Pollack, A. (2008). Longitudinal associations among quality of life and its predictors in patients treated for prostate cancer: the moderating role of age. *Psychology, health et medicin*, 13(2), 146-161. <https://doi.org/10.1080/13548500701352008>

Dinkel, A., Marten-Mittag, B., et Kremsreiter, K. (2021). Association Between Daily Worry, Pathological Worry, and Fear of Progression in Patients With Cancer. *Frontiers in psychology*, 12, 648623. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648623>

- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x>
- Easterling, D. V., et 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. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.5.787>
- Ellegaard, M. B. B., Grau, C., Zachariae, R., et Bonde Jensen, A. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study. *Acta oncologica*, 56(2), 314-320. <https://doi.org/10.1080/0284186x.2016.1268714>
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., et Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195-205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.195>
- Endler, N. S., Courbasson, C. M. A. et Fillon, L. . (1998). Coping with cancer: the evidence for the temporal stability of the French-Canadian version of the Coping with Health Injuries and Problems (CHIP). *Personality and Individual Differences*, 25, 711-717.
- Engst-Hastreiter, U., Duran, G., Henrich, G., Keller, M., Waadt, S., Berg, P., et Herschbach, P. (2004). Fear of progression (FOP) in chronic diseases (Rheumatic diseases, cancer and diabetes mellitus) - Development of a psychological self-assessment instrument and a group therapy program. *Aktuelle Rheumatologie*, 29, 83-91. <https://doi.org/10.1055/s-2004-813066>
- Essers, B. A., Nieman, F. H., Prins, M. H., Krekels, G. A., Smeets, N. W., et Neumann, H. A. (2006). Determinants of satisfaction with the health state of the facial skin in patients undergoing surgery for facial basal cell carcinoma. *Patient Educ Couns*, 60(2), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.01.002>
- Fan, R., Wang, L., Bu, X., Wang, W., et Zhu, J. (2023). Unmet supportive care needs of breast cancer survivors: a systematic scoping review. *BMC Cancer*, 23(587). <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11087-8>
- Fillion, L., Cook, S., Veillette, A.-M., Aubin, M., de Serres, M., Rainville, F., Fitch, M., et Doll, R. (2012). Professional navigation framework: elaboration and validation in a Canadian context. *Oncology nursing forum*, 39(1), E58-69. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E58-E69>
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., et Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International journal*

of clinical and health psychology, 18(1), 27-34.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders SCID-I: Clinician Version, Administration Booklet*. American Psychiatric Press.

Fischer, G.-N., Tarquinio, C., et Dodeler, V. (2020). *Les bases de la psychologie de la santé. Concepts, applications et perspectives*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02>

Fitch, M. (2008). Supportive care framework. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 18(1), 6-24.
<https://doi.org/10.5737/1181912x181614>

Franssen, S. J., Lagarde, S. M., van Werven, J. R., Smets, E. M., Tran, K. T., Plukker, J. T., van Lanschot, J. J., et de Haes, H. C. (2009). Psychological factors and preferences for communicating prognosis in esophageal cancer patients. *Psychooncology*, 18(11), 1199-1207. <https://doi.org/10.1002/pon.1485>

Galica, J., Giroux, J., Francis, J. A., et Maheu, C. (2020). Coping with fear of cancer recurrence among ovarian cancer survivors living in small urban and rural settings: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*, 44, 101705.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101705>

Gormley, M., Ghazal, L., Fu, M. R., Van Cleave, J. H., Knobf, T., et Hammer, M. (2020). An Integrative Review on Factors Contributing to Fear of Cancer Recurrence Among Young Adult Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000858>

Gotay, C. C., et Pagano, I. S. (2007). Assessment of Survivor Concerns (ASC): a newly proposed brief questionnaire. *Health and quality of life outcomes*, 5, 15.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-15>

Glazer, S. (2006). Social support across cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(5), 605-622. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.01.013>

Grassi, L., Watson, M., et co-authors, o. b. o. t. I. F. o. P.-O. S. (2012). Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. *Psycho-Oncology*, 21(10), 1027-1033.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pon.3154>

Greenberg, D. B., Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Zuckerman, E., Schiffer, C. A., Weiss, R. B., Mayer, R. J., Wolchok, S. M., et Holland, J. C. (1997). Quality of life for adult leukemia survivors treated on clinical trials of Cancer and

- Leukemia Group B during the period 1971-1988: predictors for later psychologic distress. *Cancer*, 80(10), 1936-1944. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19971115\)80:10<1936::AID-CNCR10>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19971115)80:10<1936::AID-CNCR10>3.0.CO;2-Z)
- Gross, S. E., Nitzsche, A., Gloede, T. D., Ansmann, L., Street, R., Pfaff, H., Neumann, M., Wirtz, M., Baumann, W., Schmitz, S., et Ernstmann, N. (2015). The initial clinical interview--can it reduce cancer patients' fear? *Supportive Care in Cancer*, 23(4), 977-984. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2450-6>
- Guo, H. T., Wang, S. S., Zhang, C. F., Zhang, H. J., Wei, M. X., Wu, Y., et Su, C. X. (2022). Investigation of Factors Influencing the Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Patients Using Structural Equation Modeling: A Cross-Sectional Study. *International journal of clinical practice*, 2022, 2794408. <https://doi.org/10.1155/2022/2794408>
- Hall, D. L., Jimenez, R. B., Perez, G. K., Rabin, J., Quain, K., Yeh, G. Y., Park, E. R., et Peppercorn, J. M. (2019). Fear of Cancer Recurrence: A Model Examination of Physical Symptoms, Emotional Distress, and Health Behavior Change. *Journal of Oncology Practice*, 15(9), e787-e797. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00787>
- Hamid, N. A., Hamdan, N. A., et Iman Leong Bin Abdullah, M. F. (2021). Validation of the Malay Version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF-M) in Malaysian Cancer Patients. *Malaysian Journal of Medicine et Health Sciences*, (3), 16-21. https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2021062815293403_MJMHS_0824.pdf
- Hamrick, N., et Diefenbach, M. A. (2006). Religion and spirituality among patients with localized prostate cancer. *Palliative et Supportive Care*, 4(4), 345-355. <https://doi.org/10.1017/s1478951506060457>
- Hanprasertpong, J., Geater, A., Jiamset, I., Padungkul, L., Hirunkajonpan, P., et Songhong, N. (2017). Fear of cancer recurrence and its predictors among cervical cancer survivors. *Journal of gynecologic oncology*, 28(6), e72. <https://doi.org/10.3802/jgo.2017.28.e72>
- Hart, S. L., Latini, D. M., Cowan, J. E., et Carroll, P. R. (2008). Fear of recurrence, treatment satisfaction, and quality of life after radical prostatectomy for prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*, 16(2), 161-169. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0296-x>
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., et 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. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdg289>

- Haviland, J., Sodergren, S., Calman, L., Corner, J., Din, A., Fenlon, D., Grimmett, C., Richardson, A., Smith, P. W., Winter, J., members of Study Advisory, C., et Foster, C. (2017). Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health-related quality of life: Results from the UK ColoREctal Wellbeing (CREW) cohort study. *Psychooncology*, 26(12), 2276-2284. <https://doi.org/10.1002/pon.4556>
- Heidkamp, P., Breidenbach, C., Hiltrop, K., Kowalski, C., Enders, A., Pfaff, H., Weltermann, B., Geiser, F., et Ernstmann, N. (2021). Individual courses and determinants of fear of cancer recurrence in long-term breast cancer survivors with and without recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 29, 7647-7657. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06329-z>
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(S1), 25-31. <https://doi.org/10.1023/a:1023509117524>
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., et Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 58(6), 505-511. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007>
- Hilton, B. A. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *J Behav Med*, 12(1), 39-54. <https://doi.org/10.1007/bf00844748>
- Hinz, A., Schulte, T., Mehnert-Theuerkauf, A., Richter, D., Sender, A., Brock, H., Friedrich, M., et Briest, S. (2024). Fear of Cancer Progression: A Comparison between the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-12) and the Concerns about Recurrence Questionnaire (CARQ-4). *Healthcare*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare12040435>
- Hodges, L. J., et Humphris, G. M. (2009). Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psychooncology*, 18(8), 841-848. <https://doi.org/10.1002/pon.1346>
- Hofman, A., Zajdel, N., Klekowski, J., et Chabowski, M. (2021). Improving Social Support to Increase QoL in Lung Cancer Patients. *Cancer Management and Research*, 13, 2319-2327. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S278087>
- Hong, S. J., Shin, N. M., et Jung, S. (2020). A predictive model of fear of cancer recurrence for patients undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4173-4181. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05245-7>

- Howsepian, B. A., et Merluzzi, T. V. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psychooncology*, 18(10), 1069-1079. <https://doi.org/10.1002/pon.1442>
- Hu, X., Wang, W., Wang, Y., et Liu, K. (2021). Fear of cancer recurrence in patients with multiple myeloma: Prevalence and predictors based on a family model analysis. *Psychooncology*, 30(2), 176-184. <https://doi.org/10.1002/pon.5546>
- Hughes, S., Jaremka, L. M., Alfano, C. M., Glaser, R., Povoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Farrar, W. B., Yee, L. D., Carson, W. E., 3rd, Malarkey, W. B., et Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.016>
- Humphris, G. M., Rogers, S., McNally, D., Lee-Jones, C., Brown, J., et Vaughan, D. (2003). Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 32(5), 486-491.
- Ikeda, A., Kawachi, I., Iso, H., Iwasaki, M., Inoue, M., et Tsugane, S. (2013). Social support and cancer incidence and mortality: the JPHC study cohort II. *Cancer Causes et Control*, 24(5), 847-860. <https://doi.org/10.1007/s10552-013-0147-7>
- Jan, M., Bonn, S. E., Sjölander, A., Wiklund, F., Stattin, P., Holmberg, E., Grönberg, H., et Bälter, K. (2016). The roles of stress and social support in prostate cancer mortality. *Scandinavian journal of urology*, 50(1), 47-55. <https://doi.org/10.3109/21681805.2015.1079796>
- Janz, N. K., Hawley, S. T., Mujahid, M. S., Griggs, J. J., Alderman, A., Hamilton, A. S., Graff, J. J., Jagsi, R., et Katz, S. J. (2011). Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer*, 117(9), 1827-1836. <https://doi.org/10.1002/cncr.25740>
- Kaniasty, K., et Norris, F. H. (2009). Distinctions that Matter:: Received Social Support, Perceived Social Support, and Social Embeddedness after Disasters. Dans F. H. Norris, S. Galea, et Y. Neria (Éds.), *Mental Health and Disasters* (pp. 175-200). Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI:10.1017/CBO9780511730030.011>
- Kelada, L., Wakefield, C. E., Heathcote, L. C., Jaaniste, T., Signorelli, C., Fardell, J. E., Donoghoe, M., McCarthy, M. C., Gabriel, M., et Cohn, R. J. (2019). Perceived cancer-related pain and fatigue, information needs, and fear of cancer recurrence among adult survivors of childhood cancer. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2270-2278. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.022>

- Khajoei, R., Ilkhani, M., Azadeh, P., Zohari Anboohi, S., et Heshmati Nabavi, F. (2023). Breast cancer survivors-supportive care needs: systematic review. *BMJ Supportive et Palliative Care*, 13(2), 143-153. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003931>
- Kim, S. J., Kang, D., Kim, I. R., Yoon, S. E., Kim, W. S., Butow, P. N., Guallar, E., et Cho, J. (2020). Impact of fear of cancer recurrence on survival among lymphoma patients. *Psychooncology*, 29(2), 364-372. <https://doi.org/10.1002/pon.5265>
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Hopfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H., et Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors-Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychology*, 35(12), 1329-1333. <https://doi.org/10.1037/hea0000374>
- Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., Younger, J., Goodman, A., Berkowitz, R., et Winer, E. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psychooncology*, 16(10), 895-903. <https://doi.org/10.1002/pon.1146>
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., Burns-Cunningham, K., Simpson, M., et Maguire, R. (2017). A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.004>
- Lasry, J. C., et Margolese, R. G. (1992). Fear of recurrence, breast-conserving surgery, and the trade-off hypothesis. *Cancer*, 69(8), 2111-2115. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19920415\)69:8<2111::aid-cnrcr2820690817>3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19920415)69:8<2111::aid-cnrcr2820690817>3.0.co;2-t)
- Leake, R. L., Gurrin, L. C., et Hammond, I. G. (2001). Quality of life in patients attending a low-risk gynaecological oncology follow-up clinic. *Psychooncology*, 10(5), 428-435. <https://doi.org/10.1002/pon.539>
- Lebel, S., Beattie, S., Arès, I., et Bielajew, C. (2013). Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 32(6), 695-705. <https://doi.org/10.1037/a0030186>
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P., et University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium, a. (2016a). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3265-3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>

- Lebel, S., Simard, S., Harris, C., Feldstain, A., Beattie, S., McCallum, M., Lefebvre, M., Savard, J., et Devins, G. M. (2016b). Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Quality of Life Research*, 25(2), 311-321. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1088-2>
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., et Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 271-282.
- Li, H., Sun, Y., Yang, T., Yin, X., Zhu, Z., Shi, J., Tong, L., Yang, J., et Ren, H. (2024). Dyadic effects of financial toxicity and social support on the fear of cancer recurrence in breast cancer patients and caregivers: an actor-partner interdependence mediation model. *BMC Nursing*, 23(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02046-0>
- Li, Y., Li, N., Wang, J., Shang, Q., Zhang, B., et Cao, M. (2023). Effects of Social Support, Family Resilience, and Individual Resilience on Fear of Cancer Recurrence Among Persons With Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Western Journal of Nursing Research*, 45(11), 993-1000. <https://doi.org/10.1177/01939459231200772>
- Lin, C. R., Chen, S. C., Simard, S., Chang, J. T., et Lai, Y. H. (2018). Psychometric testing of the Fear of Cancer Recurrence Inventory-caregiver Chinese version in cancer family caregivers in Taiwan. *Psychooncology*, 27(6), 1580-1588. <https://doi.org/10.1002/pon.4697>
- Liu, M., Liu, L., Lv, Z., Mao, Y., et Liu, Y. (2024). Investigating the determinants of fear of cancer recurrence in patients with early-stage non-small cell lung cancer: Insights from a restricted cubic spline model. *Cancer Medicine*, 13(12), e7406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cam4.7406>
- Liu, M., Liu, L., Zhang, S., Li, T., Ma, F., et Liu, Y. (2022). Fear of cancer recurrence and hope level in patients receiving surgery for non-small cell lung cancer: a study on the mediating role of social support. *Supportive Care in Cancer*, 30(11), 9453-9460. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07318-6>
- Liu, Y., Perez, M., Schootman, M., Aft, R. L., Gillanders, W. E., et Jeffe, D. B. (2011). Correlates of fear of cancer recurrence in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 130(1), 165-173. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1551-x>
- Llewellyn, C. D., Weinman, J., McGurk, M., et Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence? *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 525-532. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.03.014>

- Lu, X., Wu, C., Bai, D., You, Q., Cai, M., Wang, W., Hou, C., et Gao, J. (2023). Relationship between social support and fear of cancer recurrence among Chinese cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1136013>
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W. T., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., Afiyanti, Y., Bell, K. J. L., Custers, J. A. E., de Wit, N. J., Fisher, P. L., Galica, J., Garland, S. N., Helsper, C. W., Jeppesen, M. M., Liu, J., ... van der Lee, M. L. (2022b). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology*, 31(6), 879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
- Luigjes-Huizer, Y. L., van der Lee, M. L., Richel, C., Masselink, R. A., de Wit, N. J., et Helsper, C. W. (2022a). Patient-reported needs for coping with worry or fear about cancer recurrence and the extent to which they are being met: a survey study. *Journal of Cancer Survivorship*, 18, 791-799. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01326-5>
- Mahendran, R., Liu, J., Kuparasundram, S., et Griva, K. (2020). Validation of the English and simplified Mandarin versions of the Fear of Progression Questionnaire - Short Form in Chinese cancer survivors. *BMC psychology*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0374-0>
- Maheu, C., Hébert, M., Louli, J., Yao, T. R., Lambert, S., Cooke, A., Black, A., et Kyriacou, J. (2019). Revision of the fear of cancer recurrence cognitive and emotional model by Lee-Jones et al with women with breast cancer. *Cancer Rep (Hoboken)*, 2(4), e1172. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1172>
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kissane, D., Ozga, M. L., Kashy, D. A., Rubin, S. C., Rosenblum, N. G., et Heckman, C. J. (2017). Group-based trajectory modeling of fear of disease recurrence among women recently diagnosed with gynecological cancers. *Psychooncology*, 26(11), 1799-1809. <https://doi.org/10.1002/pon.4223>
- Martin, C. M., Greene, D., Harrell, J. P., Mwendwa, D. T., Williams, C. D., Horton, S., Cradle, M., Hudson, B. D., et Taylor, T. R. (2020). The impact of social constraints on insomnia among African-American breast cancer survivors: The mediating role of fear of recurrence. *Psychooncology*, 29(8), 1296-1302. <https://doi.org/10.1002/pon.5435>
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology nursing forum*, 25(3), 555-562.
- Matulonis, U. A., Kornblith, A., Lee, H., Bryan, J., Gibson, C., Wells, C., Lee, J., Sullivan, L., et Penson, R. (2008). Long-term adjustment of early-stage ovarian

- cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18(6), 1183-1193. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2007.01167.x>
- McGinty, H. L., Small, B. J., Laronga, C., et Jacobsen, P. B. (2016). Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 35(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/hea0000238>
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G., et Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology*, 18(12), 1273-1280. <https://doi.org/10.1002/pon.1481>
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G., et Koch, U. (2006). Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen - Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF/ Fear of progression in breast cancer patients - validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 274-288. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.3.274>
- Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C., et Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta oncologica*, 52(6), 1102-1109. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2013.765063>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., et Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melia, M., Moy, C. S., Reynolds, S. M., Cella, D., Murray, T. G., Hovland, K. R., Hayman, J. A., et Mangione, C. M. (2003). Development and validation of disease-specific measures for choroidal melanoma: COMS-QOLS report No. 2. *Archives of Ophthalmology*, 121(7), 1010-1020. <https://doi.org/10.1001/archophth.121.7.1010>
- Mellon, S., Kershaw, T. S., Northouse, L. L., et Freeman-Gibb, L. (2007). A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psychooncology*, 16(3), 214-223. <https://doi.org/10.1002/pon.1074>
- Mellon, S., et Northouse, L. L. (2001). Family survivorship and quality of life following a cancer diagnosis. *Research in nursing et health*, 24(6), 446-459. <https://doi.org/10.1002/nur.10004>
- Mellon, S., Northouse, L. L., et Weiss, L. K. (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*,

29(2), 120-131; quiz 132-123. <https://doi.org/10.1097/00002820-200603000-00007>

Mikkelsen, T., Sondergaard, J., Sokolowski, I., Jensen, A., et Olesen, F. (2009). Cancer survivors' rehabilitation needs in a primary health care context. *Family Practice*, 26(3), 221-230. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp004>

Mikkonen, J., et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. <http://www.thecanadianfacts.org/fre.html>

Mirabeau-Beale, K. L., Kornblith, A. B., Penson, R. T., Lee, H., Goodman, A., Campos, S. M., Duska, L., Pereira, L., Bryan, J., et Matulonis, U. A. (2009). Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 114(2), 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2009.05.009>

Mirošević, Š., Prins, J. B., Selič, P., Zaletel Kragelj, L., et Klemenc Ketiš, Z. (2019). Prevalence and factors associated with unmet needs in post-treatment cancer survivors: A systematic review. *European journal of cancer care*, 28(3), e13060. <https://doi.org/10.1111/ecc.13060>

Momino, K., Akechi, T., Yamashita, T., Fujita, T., Hayahi, H., Tsunoda, N., Miyashita, M., et Iwata, H. (2014). Psychometric properties of the Japanese version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). *Japanese journal of clinical oncology*, 44(5), 456-462. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyu032>

Montazeri, A., Sajadian, A., Ebrahimi, M., Haghighat, S., et 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00722.x>

Moyer, A., et Salovey, P. (1998). Patient participation in treatment decision making and the psychological consequences of breast cancer surgery. *Womens Health*, 4(2), 103-116.

Muldbücker, P., Steinmann, D., Christiansen, H., de Zwaan, M. et Zimmermann, T. (2021). Are women more afraid than men? Fear of recurrence in couples with cancer - predictors and sex-role-specific differences. *J Psychosoc Oncol*, 39(1), 89-104. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1762823>

Mullens, A. B., McCaul, K. D., Erickson, S. C., et Sandgren, A. K. (2004). Coping after cancer: risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psychooncology*, 13(6), 367-376. <https://doi.org/10.1002/pon.751>

- Mutsaers, B., Butow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Thewes, B., et Lebel, S. (2020). Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. *Psychooncology*, 29(2), 430-436. <https://doi.org/10.1002/pon.5283>
- Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Seguin Leclair, C., Petricone-Westwood, D., Simard, S., et Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: a qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. *Supportive Care Cancer*, 24(10), 4207-4218. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3248-5>
- Myers, S. B., Manne, S. L., Kissane, D. W., Ozga, M., Kashy, D. A., Rubin, S., Heckman, C., Rosenblum, N., Morgan, M., et Graff, J. J. (2013). Social-cognitive processes associated with fear of recurrence among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Gynecologic oncology*, 128(1), 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.10.014>
- Niu, L., Liang, Y., et Niu, M. (2019). Factors influencing fear of cancer recurrence in patients with breast cancer: Evidence from a survey in Yancheng, China. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(7), 1319-1327. <https://doi.org/10.1111/jog.13978>
- Noorda, E. M., van Kreijl, R. H., Vrouenraets, B. C., Nieweg, O. E., Muller, M., Kroon, B. B., et Aaronson, N. K. (2007). The health-related quality of life of long-term survivors of melanoma treated with isolated limb perfusion. *European Journal of Surgical Oncology*, 33(6), 776-782. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.024>
- Northouse, L. L. (1981). Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing*, 4(3), 213-220.
- Park, C. L., Cho, D., Blank, T. O., et Wortmann, J. H. (2013). Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychooncology*, 22(7), 1630-1638. <https://doi.org/10.1002/pon.3195>
- Park, S.-Y., et Park, A. (2023). Fear of Cancer Recurrence and Associated Factors among Cancer Survivors. *Health and Social Welfare Review*, 43, 282-298. <https://doi.org/10.15709/hswr.2023.43.1.282>
- Pasek, M., Suchocka, L., et Gąsior, K. (2021). Model of Social Support for Patients Treated for Cancer. *Cancers*, 13(19), 4786. <https://doi.org/10.3390/cancers13194786>
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., et Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of*

Personality and Social Psychology, 61(6), 1028-1039.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.6.1028>

- Qi, Z., Dai, Y., Hou, S., Zhu, B., et Wang, W. (2025). Latent profile analysis of fear of cancer recurrence in patients with prostate cancer: Insights into risk factors and psychological interventions. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100651>
- Ream, E., Richardson, A., Lucas, G., Marcu, A., Foster, R., Fuller, G., & Oakley, C. (2021). Understanding the support needs of family members of people undergoing chemotherapy: A longitudinal qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101861.
- Rha, S. Y., Park, J. S., Choi, Y. Y., Hong, B., et Lee, J. (2022). Fear of cancer recurrence and its predictors and outcomes among cancer survivors: A descriptive correlational study. *European Journal of Oncology Nursing*, 58, 102138. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102138>
- Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Buchmann, L. O., Clark, M. M., Collins, M., Corbett, C., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, R. G. F., Hoofring, L., Huang, C. H., Lally, R., Martin, S., McGuffey, L.,...Darlow, S. D. (2019). Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 17(10), 1229-1249. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0048>
- Robitaille, A., Orpana, H., et McIntosh, C. N. (2011). Psychometric properties, factorial structure, and measurement invariance of the English and French versions of the Medical Outcomes Study social support scale. *Health Reports*, 22(2), 33-40. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2011002/article/11437-eng.pdf?st=uruZ-SPB>
- Rogers, S. N., Scott, B., Lowe, D., Ozakinci, G., et Humphris, G. M. (2010). Fear of recurrence following head and neck cancer in the outpatient clinic. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 267(12), 1943-1949. <https://doi.org/10.1007/s00405-010-1307-y>
- Roth, A., Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Warshowski, A., O'Shea, N., Scher, H., Holland, J. C., Slovin, S., Curley-Smart, T., Reynolds, T., et Breitbart, W. (2006). Assessing anxiety in men with prostate cancer: further data on the reliability and validity of the Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer (MAX-PC). *Psychosomatics*, 47(4), 340-347. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.4.340>
- Roth, A. J., Rosenfeld, B., Kornblith, A. B., Gibson, C., Scher, H. I., Curley-Smart, T., Holland, J. C., et Breitbart, W. (2003). The memorial anxiety scale for prostate cancer: validation of a new scale to measure anxiety in men with prostate cancer. *Cancer*, 97(11), 2910-2918. <https://doi.org/10.1002/cncr.11386>

- Safdari-Molan, M., Mehrabi, E., Nourizadeh, R., et Eghdam-Zamiri, R. (2023). Predictors of the worry about cancer recurrence among women with breast cancer. *BMC Women's Health*, 23(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02296-1>
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., et Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813-832. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.813>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., et Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Schlairet, M. C. (2011). Needs of older cancer survivors in a community cancer care setting. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(1), 36-41. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100730-05>
- Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on Coping and Psychospiritual Outcomes in Early Breast Cancer Survivors. *Oncology nursing forum*, 38, 293-301. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.293-301>
- Sherbourne, C. D., et Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science et Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Shin, J., Goo, A., Ko, H., Kim, J. H., Lim, S. U., Lee, H. K., Simard, S., et Song, Y. M. (2017). Validation Study for the Korean Version of Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Journal of Korean Medical Science*, 32(11), 1792-1799. <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.11.1792>
- Shin, J., Shin, D. W., Lee, J., Hwang, J., Lee, J. E., Cho, B., et Song, Y. M. (2022). Exploring socio-demographic, physical, psychological, and quality of life-related factors related with fear of cancer recurrence in stomach cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 22(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09507-2>
- Shim, E. J., Shin, Y. W., Oh, D. Y., et Hahm, B. J. (2010). Increased fear of progression in cancer patients with recurrence. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(2), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.11.017>
- Silva, S., Bártolo, A., Santos, I. M., Paiva, D., et Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese Version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) in Portuguese Cancer Survivors. *Healthcare*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>

- Simard, S., et Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care Cancer*, 17(3), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
- Simard, S., et Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(3), 481-491. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0424-4>
- Simard, S., Savard, J., et Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 361-371. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0136-8>
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., et 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. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Skaali, T., Fosså, S. D., Bremnes, R., Dahl, O., Haaland, C. F., Hauge, E. R., Klepp, O., Oldenburg, J., Wist, E., et Dahl, A. A. (2009). Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psychooncology*, 18(6), 580-588. <https://doi.org/10.1002/pon.1437>
- Söllner, W., Zingg-Schir, M., Rumpold, G., Mairinger, G., et Fritsch, P. (1998). Need for supportive counselling--the professionals' versus the patients' perspective. A survey in a representative sample of 236 melanoma patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(2), 94-104. <https://doi.org/10.1159/000012266>
- Soriano, E. C., Pasipanodya, E. C., LoSavio, S. T., Otto, A. K., Perndorfer, C., Siegel, S. D., et Laurenceau, J. P. (2018). Social constraints and fear of recurrence in couples coping with early stage breast cancer. *Health Psychology*, 37(9), 874-884. <https://doi.org/10.1037/hea0000649>
- St-Jean-Trudel, E. (2009). *Le soutien social et l'anxiété : les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure*. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/1870>
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., et Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology*, 11(2), 93-102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>
- Starreveld, D. E. J., Markovitz, S. E., van Breukelen, G., et Peters, M. L. (2018). The course of fear of cancer recurrence: Different patterns by age in breast cancer survivors. *Psychooncology*, 27(1), 295-301. <https://doi.org/10.1002/pon.4505>
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189-214). Oxford University Press.

- Thewes, B., Bell, M. L., Butow, P., Beith, J., Boyle, F., Friedlander, M., McLachlan, S. A., et Members of the, F. C. R. S. A. C. (2013). Psychological morbidity and stress but not social factors influence level of fear of cancer recurrence in young women with early breast cancer: results of a cross-sectional study. *Psychooncology*, 22(12), 2797-2806. <https://doi.org/10.1002/pon.3348>
- Thewes, B., Butow, P., Zachariae, R., Christensen, S., Simard, S., et Gotay, C. (2012). Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psychooncology*, 21(6), 571-587. <https://doi.org/10.1002/pon.2070>
- Thompson, T., Perez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., et Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social science et medicine*, 192, 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>
- Tutelman, P. R., Chambers, C. T., Heathcote, L. C., Fernandez, C. V., Flanders, A., Patton, M., Schulte, F. S. M., Guilcher, G. M. T., Simard, S., MacLeod, J., et Stern, M. (2022). Measuring fear of cancer recurrence in survivors of childhood cancer: Development and preliminary validation of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)-Child and Parent versions. *Psychooncology*, 31(6), 911-919. <https://doi.org/10.1002/pon.5879>
- Tzeng, J. P., Mayer, D., Richman, A. R., Lipkus, I., Han, P. K., Valle, C. G., Carey, L. A., et Brewer, N. T. (2010). Women's experiences with genomic testing for breast cancer recurrence risk. *Cancer*, 116(8), 1992-2000. <https://doi.org/10.1002/cncr.24990>
- Utley, M., Adeyanju, T., Bernardo, B., Paskett, E. D., et Krok-Schoen, J. L. (2022). The association between mental health, social support and physical health outcomes among older female cancer survivors. *Journal of Geriatric Oncology*, 13(6), 834-838. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2022.04.001>
- van de Wal, M., van Oort, I., Schouten, J., Thewes, B., Gielissen, M., et Prins, J. (2016). Fear of cancer recurrence in prostate cancer survivors. *Acta oncologica*, 55(7), 821-827. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2016.1150607>
- van den Beuken-van Everdingen, M. H., Peters, M. L., de Rijke, J. M., Schouten, H. C., van Kleef, M., et Patijn, J. (2008). Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence: a validation and prevalence study. *Psychooncology*, 17(11), 1137-1145. <https://doi.org/10.1002/pon.1340>
- van Helmondt, S. J., van der Lee, M. L., et de Vries, J. (2017). Translation and validation of the Dutch version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI-NL). *Journal of Psychosomatic Research*, 102, 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.001>

- Vickberg, S. M. J. (2003). The Concerns 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. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_03
- Waljee, J. F., Hu, E. S., Ubel, P. A., Smith, D. M., Newman, L. A., et Alderman, A. K. (2008). Effect of esthetic outcome after breast-conserving surgery on psychosocial functioning and quality of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(20), 3331-3337. <https://doi.org/10.1200/jco.2007.13.1375>
- Waroquier, P., Delevallez, F., Razavi, D., & Merckaert, I. (2022). Psychological factors associated with clinical fear of cancer recurrence in breast cancer patients in the early survivorship period. *Psycho-oncology*, 31(11), 1877-1885. <https://doi.org/10.1002/pon.5976>
- Waters, E. A., Arora, N. K., Klein, W. M., et Han, P. K. (2010). Perceived risk, trust and health-related quality of life among cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 91-97. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9163-y>
- Webb, K., Sharpe, L., Butow, P., Dhillon, H., Zachariae, R., Tauber, N. M., ... & Shaw, J. (2023). Caregiver fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, 32(8), 1173-1191.
- Williams, J. T. W., Pearce, A., et Smith, A. B. (2021). A systematic review of fear of cancer recurrence related healthcare use and intervention cost-effectiveness. *Psychooncology*, 30(8), 1185-1195. <https://doi.org/10.1002/pon.5673>
- Wills, T. A., et Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. Dans A. Baum, T. A. Revenson, et J. E. Singer (Éds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). Erlbaum.
- Wills, T. A., et Shinar, O. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. Dans S. Cohen, L. G. Underwood, et B. H. Gottlieb (Éds.), *Social Support Measurement and Intervention : A Guide for Health and Social Scientists* (pp. 86-135). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0004>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis Company.
- Yang, L., Li, Y., Wang, X., Xia, C., Yang, L., Li, X., Zou, Y., Wang, Q., Hou, Q., Duan, P., et Zhang, Z. (2024). Examining the role of resilience in the relationship between social support and fear of recurrence among patients with gastric cancer on chemotherapy: a cross-sectional study in Jiangsu, China. *BMJ Open*, 14(6), e078679. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078679>

- Yeung, N. C. Y., et Lu, Q. (2021). Social constraints and fear of recurrence among Chinese American breast cancer survivors: An exploration of psychosocial mediators. *Psychooncology*, 31, 98-106. <https://doi.org/10.1002/pon.5784>
- Youssef, Y., Mehnert-Theuerkauf, A., Götze, H., Friedrich, M., et Esser, P. (2021). Rapid screener for the assessment of fear of progression in cancer survivors: The Fear of progression-Questionnaire Rapid Screener. *European Journal of Cancer Care*, 30(3). <https://doi.org/10.1111/ecc.13400>
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., et Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10(1), 19-28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6)
- Zarei, M., Sharif-Nia, H., Lehto, R. H., Goudarzian, A. H., et Ashghali-Farahani, M. (2024). Relationship Between Fear of Cancer Recurrence and Quality of Life in Patients Undergoing Active Cancer Treatment: The Mediating Role of Social Support. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 25(5), 1787-1793. <https://doi.org/10.31557/apjcp.2024.25.5.1787>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., et Ren, G. (2017). Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Medical science monitor*, 23, 5969-5979. <https://doi.org/10.12659/msm.907730>
- Zhang, L., Zhang, Y., Pu, J., et Li, Z. P. (2025). Factors influencing fear of disease recurrence in postoperative craniopharyngioma patients. *American Journal of Translational Research*, 17(1), 188-199. <https://doi.org/10.62347/uvvd7610>
- Zhang, X., Sun, D., Qin, N., Liu, M., Jiang, N., et Li, X. (2021). Factors Correlated With Fear of Cancer Recurrence in Cancer Survivors: A Meta-analysis. *Cancer Nursing*. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001020>
- Zhao, L., Portier, K., Stein, K., Baker, F., et Smith, T. (2009). Exploratory factor analysis of the Cancer Problems in Living Scale: a report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. *Journal of pain and symptom management*, 37(4), 676-686. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.011>
- Zheng, W., Hu, M., et Liu, Y. (2022). Social support can alleviate the fear of cancer recurrence in postoperative patients with lung carcinoma. *American Journal of Translational Research*, 14(7), 4804-4811.

Appendice A

Approbation éthique

Cet essai doctoral a fait l'objet d'une certification éthique. Le numéro du
certificat est 2024-1110.

Appendice B

Questionnaire évaluant le soutien social

Parfois, nous avons besoin de compagnie, d'aide ou du soutien d'autres personnes. Utilisez l'échelle ci-dessous pour indiquer si quelqu'un de votre entourage est disponible pour vous aider dans chacune des situations présentées.					
0	1	2	3	4	
Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Tout le temps	
Si vous en avez besoin, y a-t-il quelqu'un :					
1.	Sur qui vous pouvez compter quand vous avez besoin de parler?	0	1	2	3 4
2.	Qui est de bon conseil lorsque vous éprouvez une difficulté?	0	1	2	3 4
3.	Qui vous manifeste de l'amour et de l'affection?	0	1	2	3 4
4.	Qui vous donne de l'information pour vous aider à comprendre ce qui vous arrive?	0	1	2	3 4
5.	À qui vous pouvez vous confier ou parler de vous-même ou de vos problèmes?	0	1	2	3 4
6.	Qui vous serre dans ses bras?	0	1	2	3 4
7.	Dont les conseils vous sont précieux?	0	1	2	3 4
8.	Avec qui vous partagez vos craintes et vos inquiétudes les plus intimes?	0	1	2	3 4
9.	À qui vous pourriez vous adresser pour vous aider à trouver une solution à un problème personnel?	0	1	2	3 4
10.	Qui comprend vos problèmes?	0	1	2	3 4
11.	À aimer et qui vous fait sentir que vous êtes important à ses yeux?	0	1	2	3 4
12.	Globalement, êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez?				
0	1	2	3	4	
Pas du tout satisfait	Un peu	Assez	Très	Tout à fait satisfait	
13. Combien de relations intimes ou de personnes significatives avez-vous (c'est-à-dire des personnes avec qui vous vous sentez à l'aise et avec qui vous pouvez parler ouvertement de ce qui vous préoccupe)? : _____ personnes					
Précisez le lien que vous avez avec chacune de ces personnes (p. ex : partenaire, membre de la famille, collègue) :					

