

# PERCEPTION PAR L'ONCOLOGUE DE LA DÉTRESSE DES PARENTS D'UN ENFANT EN RÉMISSION DE CANCER

M. VANDER HAEGEN (1), C. STASSART (1), A.-M. ETIENNE (1)

**RÉSUMÉ :** L'objectif de l'étude est de mesurer le degré de concordance entre la détresse exprimée par les parents d'un enfant en rémission de cancer et la détresse perçue par l'oncologue. Au total, 61 parents d'un enfant en rémission de cancer (de 4 années à 6 années de rémission) sont recrutés dans les hôpitaux belges (Province de Liège). Les parents remplissent des questionnaires relatifs à l'intolérance à l'incertitude (II), aux croyances positives à l'égard de l'inquiétude (PSI-II), aux inquiétudes relatives à l'évolution de la santé de l'enfant (QIPS-R15), à l'orientation de l'attitude face à un problème (QAP), à l'évitement cognitif (QEC), aux ruminations (Mini-CERTS) et à l'anxiété/dépression (HADS). Huit oncologues ayant pris en charge l'enfant répondent au questionnaire « OncoMed » évaluant leur perception de la détresse du parent (e.g. anxiété, inquiétudes). Les parents souffrent d'anxiété, d'inquiétudes relatives à la santé de leur enfant et ont une faible tolérance à l'incertitude. Les oncologues perçoivent en moyenne, une détresse moins élevée que celle rapportée par les parents. L'étude souligne l'importance de détecter, dès la prise en charge de l'enfant, le facteur d'intolérance à l'incertitude chez le parent afin de lui proposer un suivi psychologique adéquat. Cette étude souligne enfin la nécessité de développer des outils de perception médicale de la détresse afin de renforcer la communication médicale et le suivi de ces familles.  
**MOTS-CLÉS :** *Oncologue - Parents d'enfant en rémission de cancer - Intolérance à l'incertitude - Perception médicale*

## PERCEPTION BY THE ONCOLOGIST OF THE PARENTAL DISTRESS IN CHILDHOOD CANCER SURVIVOR

**SUMMARY :** The aim of the study was to assess the degree of similarity between the distress expressed by parents of a child cancer survivor and the distress perceived by the oncologist. Overall, 61 parents of a child cancer survivor (between 4 and 6 years of cancer remission) were recruited in Belgian hospitals (Province of Liège). Parents filled out questionnaires about the intolerance of uncertainty (IUS), positive beliefs about worry (WW-II), parental worries about the evolution of their child's health (QIPS-R15), problem orientation (NPOQ), cognitive avoidance (CAQ), ruminations (Mini-CERTS), and anxiety/depression (HADS). Eight oncologists who having taken care of the child filled out the « OncoMed » questionnaire that examines their perception of the parental distress (e.g. anxiety, worries). Parents suffered from anxiety, worries about their child's health and showed a low level of tolerance of uncertainty. Overall, oncologists demonstrated a low perceived distress compared to the level of parental distress. The study highlights the need to detect early parents who are intolerant of uncertainty in order to offer them an efficient psychological follow-up. This study underlines finally the necessity to develop medical perception tools about the distress in order to strengthen the medical communication and the follow-up of these families.

**KEYWORDS :** *Oncologist - Parents of child cancer survivor - Intolerance of uncertainty - Medical perception*

## INTRODUCTION

Les bases de données belges d'oncologie pédiatrique de 2013 recensent environ 2.033 enfants et 1.002 adolescents survivants de cancer. Une amélioration du pronostic des cancers de l'enfant se constate ces dernières décennies, avec un taux de survie globale, en Belgique, de 83 % à 85 %. Aujourd'hui, on considère qu'un adulte sur 640, âgé entre 20 et 39 ans, a survécu au cancer en Belgique. La littérature médicale s'accorde sur le chiffre étalon de 5 ans (sans rechute depuis la fin des traitements) pour qualifier la rémission de l'enfant (1). Le terme de « guérison » doit cependant être utilisé avec circonspection en raison d'un taux accru de second cancer, de mortalité, de complications physiques et psychosociales responsables

de handicap(s) plus ou moins sévère(s) pour l'enfant et sa famille. La littérature psychoncologique a publié de nombreux travaux qui rapportent des manifestations cliniques chez l'enfant survivant d'un cancer tel qu'un stress post-traumatique, des idéations suicidaires et de l'anxiété. Cependant, les travaux menés sur les parents d'un enfant en rémission de cancer restent moins développés. Les résultats révèlent la présence de symptômes de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression majoritairement observés chez les mères (2, 3). Les complications tardives chez l'enfant en rémission de cancer rendent compte du spectre de l'incertitude quant à l'évolution de la santé pour le parent. Bien que l'incertitude et les inquiétudes soient normales, celles-ci peuvent devenir dysfonctionnelles si le parent présente une faible tolérance à l'incertitude.

L'intolérance à l'incertitude (II) est largement étudiée en clinique où elle se décrit comme un trait de la personnalité caractérisée par des

(1) Université de Liège, Département de Psychologie, Unité de Psychologie de la Santé, Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation, Université de Liège, 4000 Liège, Belgique.

inquiétudes excessives et une tendance exagérée chez l'individu à considérer inacceptable la possibilité, si faible soit-elle, qu'un événement incertain se produise. Ce trait de personnalité pousse l'individu à des réactions cognitives, émotionnelles et psychologiques inefficaces au travers desquelles il interprète plus négativement les stimuli de son environnement. Le modèle de l'II circonscrit quatre difficultés : (1) des croyances positives à l'égard de l'inquiétude («je m'inquiète à propos de la santé de mon enfant, car je suis une bonne mère»), (2) de l'évitement cognitif («j'évite certaines situations qui me font penser au cancer de mon enfant»), (3) des pensées répétitives («je rumine à l'idée que mon enfant puisse rechuter») et (4) une efficacité dans la résolution de problèmes (4) («je perçois un problème comme une menace»). Ces quatre difficultés renforcent, à leur tour, les symptômes anxieux et conduisent progressivement l'individu à un épuisement psychologique. Les travaux sur la maladie chronique en pédiatrie démontrent que le facteur d'incertitude est activement impliqué dans le stress chronique chez le parent (5). Le facteur d'incertitude dans la maladie chronique contribue à une perte du sens de contrôle, à une difficulté dans la prise de décision et conduit le «caregiver» à un ajustement dysfonctionnel et une faible qualité de vie (6). Dès lors, l'II peut devenir un facteur problématique dans l'ajustement des parents d'un enfant en rémission de cancer.

Enfin, les travaux qui intègrent l'oncologue et les parents d'un enfant en rémission de cancer demeurent inexistant dans la littérature (3). Quelques travaux (e.g. (7)) ont décrit des obstacles dans la communication entre le patient, sa famille et le médecin (e.g. peur de la stigmatisation pour le patient/sa famille) et une difficulté pour le médecin à explorer cette détresse au même titre qu'un signe clinique (8). Les travaux soulignent que l'ensemble des difficultés de communication entre le patient/sa famille et le corps médical entraînent un décalage dans la détresse exprimée par le patient/sa famille et la détresse perçue par le praticien médical. Or ce décalage peut devenir une source de stress pour le patient/sa famille et conduire à une difficulté d'observance thérapeutique (9).

De ces différents constats empiriques, notre recherche poursuit quatre objectifs généraux :

1. Évaluer le degré d'inquiétudes et de l'II ainsi que l'état émotionnel (anxiété/dépression)

du parent d'un enfant en rémission de cancer (de 4 à 6 années de rémission);

2. Questionner l'oncologue sur sa perception de l'état psycho-émotionnel du parent dont l'enfant est en rémission de cancer;

3. Mesurer la concordance entre la perception médicale et l'état psychologique réel du parent;

4. Examiner quelles variables sociomédicales peuvent influencer la perception de l'oncologue de l'état psycho-émotionnel du parent.

## MÉTHODES

### PARTICIPANTS

Au total, 61 parents (45 mères et 16 pères) d'un enfant en rémission de cancer (de 4 à 6 années de rémission) ont été recrutés dans les hôpitaux francophones belges. Les critères d'inclusion sont : père et/ou mère d'enfant en rémission de cancer, francophone, enfant en rémission (de 4 à 6 années sans rechute avec chimiothérapie néo-adjuvante) et ne présenter aucune pathologie mentale sévère. Les critères d'exclusion sont : grands-parents, fratrie, tuteurs, non-francophones, enfant diagnostiqué en rémission avant 4 ans et après 6 ans et 11 mois, pathologie bénigne et sans chimiothérapie néo-adjuvante, présence d'une pathologie psychiatrique envahissante chez le parent (e.g. psychose).

Les parents sont en moyenne âgés de 44 ans (mères : moyenne - M - = 43,8; écart-type - ET - = 7,1 et pères : M = 46,25; ET = 9,0). L'enfant en rémission est âgé en moyenne de 13 ans (ET = 5,9) et au moment du diagnostic du cancer de 7 ans (ET = 5,5). Concernant l'enfant en rémission d'un cancer, une majorité a été traitée pour une leucémie (n = 17), un lymphome (n = 10) ou un sarcome (n = 13). La portion restante concerne des cas de tumeur cérébrale (n = 5), de neuroblastome (n = 2), de tumeur rénale (n = 5), de tumeur osseuse (n = 5) et de tumeurs plus rares (n = 4).

Par ailleurs, 8 oncologues de deux centres hospitaliers participent à l'étude. Le critère d'inclusion concerne l'oncologue qui a diagnostiqué l'enfant, l'a suivi durant ses traitements et son diagnostic de rémission. Il faut noter que 12 questionnaires ont été exclus, car le médecin n'avait pas vu le parent dans le processus de soins.

L'ensemble des comités d'éthique des hôpitaux (étude multicentrique) approuva le projet et la procédure de l'étude.

## QUESTIONNAIRES

Les parents remplissent des questionnaires au sein de l'hôpital où l'enfant a été traité :

Le questionnaire *Socio-Démographique* se compose de questions relatives à l'historique du cancer de l'enfant, à la situation professionnelle et familiale du parent et se clôture par un questionnaire de symptômes somatiques (e.g. migraines, insomnies).

Le *Questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude (QII)* comprend 27 items gradués (de 1, pas du tout correspondant à 5, extrêmement correspondant) (le terme «correspondant» est relatif au degré de correspondance de l'item pour le parent. Exemple : l'incertitude m'empêche de bien dormir (item 24); cela ne me correspond pas du tout (1); un peu (2); assez (3); très (4); extrêmement (5)). Ce questionnaire mesure les réactions cognitives et comportementales face aux situations incertaines. Un score au-delà de 47 témoigne d'une faible tolérance à l'incertitude et un score compris entre 48,5 et 78,1 révèle un profil de trouble de l'anxiété généralisée (TAG). Cette échelle présente une bonne consistance interne ( $\alpha = 0,91$ ) (10).

Le *Questionnaire «Pourquoi S'inquiéter», version 2 (PSI-II)* se compose de 25 items gradués (de 1, pas du tout vrai, à 5, extrêmement vrai) et examine cinq catégories de croyances positives à l'égard de l'inquiétude (i.e. résolution, motivation, personnalité, émotion et pensée magique). Un score au-delà de  $M = 59,21$  ( $M = 44,66 \pm ET = 14,55$ ) témoigne de la présence de croyances positives à l'égard de l'inquiétude, «M» concernant la moyenne et «ET» l'écart-type des normes du questionnaire. Cette échelle présente une excellente consistance interne ( $\alpha = 0,93$ ) (11).

Le *Questionnaire d'Attitudes face aux Problèmes (QAP)* comporte 12 items gradués (de 1, pas du tout correspondant, à 5, extrêmement correspondant) et évalue la tendance chez l'individu à percevoir un problème comme menaçant pour son bien-être. Un score au-delà  $M = 32,83$  ( $M = 25,03 \pm ET = 7,80$ ) révèle une attitude négative face aux problèmes. Cette échelle présente une bonne consistance interne ( $\alpha = 0,72$  à  $0,93$ ) (12).

Le *Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC)* comporte 25 items gradués (de 1, pas du tout correspondant à 5, extrêmement correspondant) et mesure les différentes stratégies d'évitement cognitif (i.e. suppression de pensées, distraction, substitution, transformation et évitement cognitif) chez l'individu pour contrer l'exposition à des pensées dérangeantes. Un score au-delà de  $M = 69,84$  ( $M = 52,15 \pm ET = 17,69$ ) témoigne de l'utilisation excessive d'évitement cognitif. Le coefficient de Cronbach est de 0,92 et oscille entre 0,66 à 0,83 pour les cinq facteurs sus-mentionnés (13).

Le *Questionnaire «Mini-Cambridge Exeter Repetitive Thought Scale» (Mini CERTS)* est une échelle comportant 16 items gradués qui évalue les pensées répétitives (ruminations) constructives (pensées concrètes expérimentielles/PCE) et les pensées répétitives non constructives (pensées abstraites analytiques/PAA). Un score au-delà de  $M = 23,56$  ( $M = 18,93 \pm 4,63 ET$ ) pour les PAA et un score de  $M = 20,77$  ( $M = 17,06 \pm 3,71$ ) pour les PCE décrivent une utilisation significative de pensées répétitives (ruminations). Les coefficients de consistance interne oscillent entre 0,72 (PAA) et 0,74 (PCE) (14).

Le *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* est une échelle de 14 items gradués à 4 points qui examine les symptômes d'anxiété (7 items) et de dépression (7 items). Un score avec une moyenne  $< 7$  correspond à un niveau normal (et non clinique), une moyenne  $> 7$  témoigne d'une symptomatologie réelle et, une moyenne  $> 10$  correspond à une symptomatologie sévère. Ces trois seuils s'appliquent tant pour les symptômes anxieux que pour les symptômes dépressifs. Le coefficient alpha de Cronbach oscille entre 0,79 et 0,90 pour les facteurs d'anxiété et de dépression, respectivement (15).

Le *Questionnaire sur les Inquiétudes des Parents d'un enfant en rémission de cancer (QIPS-R15)* comprend 10 items gradués (de 1, pas du tout correspondant, à 5, extrêmement correspondant) et se base sur le questionnaire du Penn State (16). L'analyse exploratoire de l'échelle démontre une bonne consistance interne ( $\alpha = 0,765$ ). Les résultats exploratoires de la validité de notre outil restent dans les normes établies par les auteurs ( $\alpha = 0,93$ ) (17).

*L'oncologue remplit un questionnaire développé pour l'étude :*

Le *Questionnaire OncoMed* comprend 9 items gradués (de 1, pas du tout correspondant, à 5, extrêmement correspondant) et sonde les perceptions globales de l'oncologue sur neuf dimensions (anxiété, dépression, intolérance à l'incertitude, inquiétudes, irritabilité, tristesse, ralentissement cognitif, anticipation et résolution de problèmes). Exemple : le parent me semble... anxieux; cela correspond : pas du tout (1), un peu (2), assez (3), très (4) ou extrêmement (5) au parent de l'enfant en rémission de cancer (18).

## RÉSULTATS

### DÉTRESSE DU PARENT D'UN ENFANT EN RÉMISSION DE CANCER

En moyenne, les parents souffrent de symptômes anxieux ( $M = 9,32$ ;  $ET = 4,34$ ) et dans une moindre mesure de symptômes dépressifs ( $M = 5,85$ ;  $ET = 4,47$ ). Concernant le niveau d'inquiétudes relatives à l'évolution de la santé de leur enfant, les parents présentent des inquiétudes modérées à sévères, avec des résultats oscillant entre 11 à 46 sur l'échelle ( $M = 25,26$ ;  $ET = 7,96$ ).

### MODÈLE D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Au regard du modèle de l'II, en moyenne les parents ont une faible tolérance à l'incertitude (QII :  $M = 60,50$ ;  $ET = 21,46$ ) et se profilent vers un trouble de l'anxiété généralisée (TAG ; normes auteurs : (48,5 – 78,1)). Concernant les croyances positives à l'égard de l'inquiétude (PSI-II), les parents restent dans les normes. Les résultats relatifs aux pensées répétitives (Mini-CERTS) ne démontrent pas l'utilisation «significative» de ruminations. Cependant, un score plus élevé ( $M = 20,44$ ;  $ET = 4,83$ ) pour les «pensées-concrètes expérientielles» (PCE) s'observe en comparaison aux pensées abstraites-analytiques (PAA) ( $M = 16,40$ ;  $ET = 4,40$ ). Au regard de l'évitement cognitif (QEC), les parents manifestent une relative propension à l'évitement (QEC :  $M = 53,75$ ;  $ET = 20,20$ ) avec, pour stratégies principales, de la suppression de pensées et de la distraction. Enfin, les résultats relatifs au questionnaire de l'attitude négative aux problèmes (QAP) démontrent que les parents ont une tendance à diriger de façon «efficace» leur attitude lorsqu'ils se confrontent à un problème.

### PERCEPTION DE LA DÉTRESSE DU PARENT PAR L'ONCOLOGUE

Il est à noter que l'analyse exploratoire de la validité du questionnaire «OncoMed» démontre une bonne consistance interne ( $\alpha = 0,927$ ). En ce qui concerne, l'analyse descriptive des neuf dimensions celle-ci révèle un score relativement peu élevé de détresse des parents observée par l'oncologue ( $M = 1,39$ ;  $ET = 0,85$ ) (entre «pas du tout» (1) et «un peu» (2)). En moyenne, l'anxiété est observée comme relativement faible ( $M = 2,01$ ;  $ET = 1,38$ ) et pour les huit autres dimensions (i.e. dépression, inquiétudes, intolérance à l'incertitude, anticipation, résolution d'un problème, ralentissement cognitif, irritabilité et tristesse) comme peu présentes (score oscillant pour les huit dimensions, autres que l'anxiété, entre Minimum = 0,93 et Maximum = 1,59) (Tableau I).

Une analyse de régression linéaire «stepwise» (procédure exploratoire) est réalisée en vue d'examiner quelles variables sociomédicales pourraient prédire le score de détresse des parents perçu par l'oncologue. La variable dépendante est le score moyen de détresse perçu par l'oncologue et les variables sociomédicales introduites dans le modèle sont le temps de rémission, le couple, le sexe du parent, le sexe de l'enfant, l'âge lors du diagnostic de cancer, l'âge lors du diagnostic de la rémission, l'âge de l'enfant en rémission de cancer, le type de cancer, la prise d'antidépresseurs, d'anxioly-

TABLEAU I. DESCRIPTION DES COMPOSANTES DE L'ÉCHELLE ONCO-MED ET RÉSULTATS OBTENUS DANS NOTRE ÉCHANTILLON DE MÉDECINS ONCOLOGUES

Dimensions (N=8)	Moyenne	Écart-type
Anxiété	2,01	1,38
Dépression	1,19	0,92
Inquiétudes relatives à l'évolution de la santé de l'enfant	1,40	1,24
Intolérant à l'incertitude	1,59	1,08
Anticipation	1,50	1,16
Résolution d'un problème	1,50	1,13
Ralentissement cognitif	1,06	0,72
Irritabilité	0,93	0,60
Tristesse	1,32	0,96
Score total au questionnaire «OncoMed»	1,39	0,85

\*Note : pour le questionnaire destiné aux oncologues :  
1 = pas du tout; 2 = un peu; 3 = assez; 4 = très; 5 = extrêmement

tiques et d'antiépileptiques. D'un point de vue neuropharmacologique, il est à noter que quatre parents ( $n = 4/61$ ) prennent des antiépileptiques, onze parents prennent des antidépresseurs ( $n = 11/61$ ; principalement des inhibiteurs sélectifs de la recapture à la sérotonine) et treize parents sont sous anxiolytiques ( $n = 13/61$ ; principalement des benzodiazépines). Au regard des résultats issus de l'analyse de régression, ceux-ci montrent que la prise d'antiépileptiques et le sexe féminin donnent lieu à un score de détresse perçue par l'oncologue plus élevé ( $R^2 = 0,210$ ;  $p = 0,001$ ).

#### CONCORDANCE ENTRE LA DÉTRESSE DU PARENT ET LA PERCEPTION DE L'ONCOLOGUE

Par la suite, une analyse des corrélations (Rho de Spearman;  $r_s$ ) est effectuée entre le questionnaire «OncoMed» et les questionnaires remplis par le parent (QII, PSII-II, QAP, QEC, Mini-CERTS, HADS, QIPS-R15). Aucune corrélation significative n'apparaît entre le questionnaire complété par l'oncologue et ceux remplis par le parent. Il est à noter que l'ensemble des corrélations se révèlent extrêmement basses avec un  $r_s$  minimum = 0,36 et  $r_s$  maximum = 0,135 ( $p > 0,05$ ).

#### DISCUSSION

Notre étude a mis à jour l'existence du facteur d'intolérance à l'incertitude chez les parents d'un enfant en rémission de cancer. Ce facteur semble influencer négativement l'ajustement parental et facilite le développement de symptômes de détresse (e.g. anxiété, inquiétudes). Ces symptômes sont d'ailleurs régulièrement décrits dans les travaux déjà publiés dans le domaine (5, 6).

Concernant le questionnaire «OncoMed», les résultats semblent être différents de ce que les parents rapportent. Les résultats tendent à indiquer une certaine «sous-estimation de la détresse» des parents par l'oncologue. Dès lors, un écart semble exister entre la détresse perçue par l'oncologue et la détresse exprimée par le parent. Cet écart pourrait être expliqué, notamment, par une méconnaissance de l'oncologue du facteur d'II et de ses mécanismes associés (e.g. évitement cognitif, ruminations). De plus, l'oncologue semble fournir un score de détresse plus élevé pour les mères sous antiépileptiques. Ce résultat pourrait être expliqué par l'identification «*a priori*» d'individus plus «fragiles» par l'oncologue. Cependant, nous restons pru-

denents quant à nos résultats. En effet, notre outil «OncoMed» devrait sans doute inclure d'autres items. Aussi, n'ayant que quatre parents sous antiépileptiques, nous ne pouvons pas à ce stade généraliser ce résultat.

Deux analyses complémentaires mériteraient d'être effectuées ultérieurement : (1) évaluer la détresse parentale perçue par l'oncologue au cours du temps (annonce de diagnostic, traitements et rémission) et (2) mesurer chez le parent la perception qu'il se fait de l'oncologue sur sa détresse.

#### CONCLUSION

L'étude souligne deux éléments centraux. Tout d'abord, elle met en exergue l'importance d'un suivi psychologique continu des parents d'un enfant en rémission de cancer. Il est nécessaire de construire un outil de suivi du parent (du diagnostic à la rémission du cancer de l'enfant) qui mesure sa détresse et son niveau d'II. Cet outil permettrait de détecter au début des soins de l'enfant, les parents plus intolérants à l'incertitude et de nature anxieuse. Ensuite, l'étude plaide pour le développement d'outils de détection de la détresse des parents pour les oncologues. Il n'existe que très peu d'outils qui examinent la perception médicale dans le cadre de la santé. En général, ces outils sont relatifs à la qualité de la communication médicale et concernent le moment de l'annonce de la maladie (19, 20). Il serait pertinent d'inclure plus régulièrement le médecin dans les études en oncologie pédiatrique et d'y intégrer des variables de perception de la détresse tant du patient que de son entourage (famille) afin de mettre en place des régulations cliniques entre le médecin, le patient et ses proches et soutenir un partenariat étroit entre les protagonistes.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Belgian Cancer Registry.— Cancer incidence in Belgium, special issues: Cancer in children and adolescents, 2013. En ligne: <http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/CancerIncBel2010-ChildrenAdolescents.pdf> consulté le 10 février 2017.
2. Vander Haegen M, Luminet O.— Stress, psychosocial mediators and cognitive mediators in parents of child cancer patients and cancer survivors : attention and working memory pathway perspectives. *J Psychosoc Oncol*, 2015, 33, 504-550.
3. Wakefield C.E, McLoone JK, Butow P, et al.— Parental adjustment to the completion of their child's cancer treatment. *Ped Blood*, 2011, 56, 524-531.

4. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R et al.— Generalized anxiety disorder : a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*, 1998, **36**, 215-226.
5. Berenbaum H, Bredemeier K, Thompson RJ.— Intolerance of uncertainty : exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *J Anxiety Disord*, 2008, **22**, 117-125.
6. Szulczewski L, Mullins LL, Bidwell SL, et al.— Meta-Analysis : caregiver and youth uncertainty in pediatric chronic illness. *J Pediatr Psychol*, 2017, **42**, 395-421.
7. Fitzpatrick TR, Remmer J.— Needs, expectations and attendance among participants of a cancer wellness centre in Montreal, Quebec. *J Cancer Surviv*, 2011, **5**, 235-246.
8. Bultz BD, Johansen C.— Screening for distress, the 6th vital sign: Where are we, and where are we going? *Psychooncology*, 2011, **20**, 569-571.
9. Söllner W, DeVries A, Steixner E et al.— How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer*, 2001, **84**, 179-185.
10. Freeston M H, Rhéaume J, Letarte J, et al.— Why do people worry? *Pers and Ind Dif*, 1994, **17**, 791-802.
11. Gosselin P, Ladouceur R, Langlois F, et al.— Développement et validation d'un nouvel instrument mesurant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Rev Europ de Psych Appl*, 2003, **53**, 199-211.
12. Gosselin P, Ladouceur R, Pelletier O.— Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : le questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *J Ther Comport Cogn*, 2005, **15**, 141-153.
13. Gosselin P, Langlois F, Freeston MH, et al.— Le questionnaire d'évitement cognitif (QEC): développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *J Ther Comport Cogn*, 2002, **12**, 24-37.
14. Douillez C, Heeren A, Lefèvre N, et al.— Validation de la version française d'un questionnaire évaluant les pensées répétitives constructives et non constructives. *Can J Behav Sci*, 2014, **46**, 185-192.
15. Sigmond AS, Snaith RP.— The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, **67**, 361-370.
16. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, et al.— Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*, 1990, **28**, 487-495.
17. Vander Haegen M, Etienne AM.— Revised Penn State Questionnaire. 2015a (unpublished data).
18. Vander Haegen M, Etienne AM.— OncoMed questionnaire. 2015b (unpublished data).
19. Ha JF, Longnecker N.— Doctor-Patient communication : a review. *Ochsner J*, 2010, **10**, 38-43.
20. Zill JM, Christalle E, Müller E et al.— Measurement of physician-patient communication : a systematic review. *PLoS ONE*, 2014, **9**, 1-20.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr M. Vander Haegen, Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation, Université de Liège, Rue de L'auaie, 30, 4000 Liège, Belgique.  
Email : mvanderhaegen@doct.ulg.ac.be