

Détresse psychologique: Prévalence, facteurs associés et stratégies d'adaptation chez les patientes en rémission de cancer du sein en Wallonie: cas de deux hôpitaux de la ville de Liège

Auteur : Fagna Mbiada, Priscille

Promoteur(s) : JERUSALEM, Guy; Pétré, Benoît

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27046>

Avertissement à l'attention des usagers :

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

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

**DETRESSE PSYCHOLOGIQUE : PRÉVALENCE, FACTEURS ASSOCIÉS ET
STRATÉGIES D'ADAPTATION CHEZ LES PATIENTES EN RÉMISSION DE CANCER
DU SEIN EN WALLONIE : CAS DE DEUX HÔPITAUX DE LA VILLE DE LIÈGE**

Mémoire présenté par **FAGNA MBIADA PRISCILLE**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Praticien spécialisé en Santé publique
Année académique 2025-2026

**DETRESSE PSYCHOLOGIQUE : PRÉVALENCE, FACTEURS ASSOCIES ET
STRATEGIES D'ADAPTATION CHEZ LES PATIENTES EN RÉMISSION DE CANCER
DU SEIN EN WALLONIE : CAS DE DEUX HÔPITAUX DE LA VILLE DE LIÈGE**

Mémoire présenté par **FAGNA MBIADA PRISCILLE**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé en Santé publique

Année académique 2025-2026

Promoteur : Pr JERUSALEM GUY

Co-Promoteur : Pr PETRE BENOIT

REMERCIEMENTS

Merci à mon promoteur, Professeur JERUSALEM Guy, pour son suivi rigoureux, sa patience, sa bienveillance, son implication et sa disponibilité tout au long de la création de ce mémoire.

-

Merci à mon co-promoteur, Professeur PETRE Benoit, pour ses conseils et sa guidance.

-

Merci à Mesdames Deschamps et Streel pour leurs disponibilités et conseils dans les tests statistiques de ce mémoire.

-

Merci aux Oncologues de sénologie du CHU de Liège et de la Citadelle et en particulier les Drs Elodie Gonne et Jean Paul Salmon, respectivement coordinateurs de la Clinique du sein au CHU et au CHR de Liège pour leur précieuse aide lors de la collecte des données utiles à la réalisation de ce mémoire

-

Merci à mes parents : Mr Mbiada Maurice et son épouse Editte Nana pour leur soutien indéfectible

-

Merci à ma fratrie : Phalone, Daniel, Merveille et Steve pour leurs prières et encouragements

-

Merci à mes collègues de travail et de master pour leur soutien durant ces deux années de master.

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	1
1. INTRODUCTION	2
2. MATERIELS ET METHODES	9
2.1 Objectifs et design	9
2.2 Population étudiée et échantillonnage.....	9
2.3 Paramètres étudiés	9
2.4 Collecte des données	10
2.5 Traitement des données et Méthode d'analyse	10
2.6 Considérations éthiques :.....	13
3. RESULTATS :.....	14
3.1 Caractéristiques de l'échantillon	14
3.2 Scores des échelles et profil de coping	16
3.3 Prévalence de l'anxiété et de la dépression.....	17
3.4 Liens entre croissance post-traumatique, coping et détresse.....	18
3.5 Facteurs associés à l'anxiété et à la dépression	19
4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES, FORCES ET LIMITES	23
4.1 Discussion et perspectives	23
4.2 Forces et limites	29
5. CONCLUSION	31

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1 : Statistiques descriptives de l'échantillon	14
Tableau 2 : Scores des échelles psychométriques	16
Tableau 3 : Analyse univariée des facteurs associés à l'anxiété	20
Tableau 4 : Analyse univariée des facteurs associés à la dépression.....	21
Tableau 5 : Régressions logistiques multivariées des facteurs associés à l'anxiété et à la dépression	22

Liste des figures

Figure 1 : Profil d'utilisation des quatorze stratégies de coping du Brief COPE	17
Figure 2 : Prévalence de la dépression et de l'anxiété	18
Figure 3 : Coefficients de corrélation (Spearman) entre la croissance post-traumatique, les stratégies de coping et la détresse.....	19

RESUME

INTRODUCTION : Grâce aux progrès du dépistage et des traitements, le nombre de survivantes du cancer du sein ne cesse de croître. La phase de rémission, longtemps perçue comme un simple retour à la normale, peut néanmoins s'accompagner d'une détresse psychologique persistante. Ce mémoire s'intéresse à la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patientes en rémission, aux stratégies d'adaptation mobilisées, leur croissance post-traumatique, et les facteurs associés à cette détresse, en lien avec le cadre du modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman.

OBJECTIFS : Notre objectif principal était d'évaluer la prévalence, les facteurs associés et les stratégies d'adaptation face à la dépression et à l'anxiété chez les patientes en rémission de cancer du sein suivies au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège et au Centre Hospitalier Régional (CHR) de la Citadelle. Trois hypothèses étaient testées : une prévalence élevée de la détresse ; une association entre une croissance post-traumatique élevée et une moindre détresse ; et une association entre coping mal adaptatif et détresse accrue.

METHODES : Une étude observationnelle, analytique et transversale a été menée auprès de 110 femmes en rémission, selon un échantillonnage non probabiliste de commodité. La symptomatologie a été évaluée par le BDI-FS-Fr (dépression), le STAI (anxiété), le PTGI (croissance post-traumatique) et le Brief COPE (stratégies d'adaptation). Les analyses, non paramétriques, comprenaient des corrélations de Spearman et des régressions logistiques binaires univariées et multivariées.

RESULTATS : La prévalence de l'anxiété (41,8 %) dépassait nettement celle de la dépression (14,5 %). Une croissance post-traumatique élevée était associée à une moindre détresse, de façon significative pour l'anxiété et, après ajustement, pour la dépression. Le coping mal adaptatif était associé à une détresse accrue, contrairement au coping adaptatif. En analyse multivariée, la croissance post-traumatique ressortait comme facteur protecteur commun aux deux issues ; le statut sans emploi et la chimiothérapie pesaient spécifiquement sur l'anxiété, la comorbidité psychiatrique et le coping mal adaptatif sur la dépression.

CONCLUSION : L'anxiété constitue, davantage que la dépression, le principal fardeau psychologique des femmes en rémission d'un cancer du sein, et la croissance post-traumatique un facteur protecteur robuste. Ces résultats plaident pour un dépistage systématique de la détresse en rémission et pour des interventions psychosociales ciblant davantage le coping mal adaptatif tout en favorisant la croissance post-traumatique. Des études longitudinales et multicentriques restent nécessaires pour confirmer ces relations.

MOTS CLES : Détresse psychologique ; Cancer du sein ; Rémission ; Croissance post-traumatique ; Stratégies d'adaptation.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Owing to advances in screening and treatment, the number of breast cancer survivors continues to rise. The remission phase, long regarded as a mere return to normal life, may nonetheless be accompanied by persistent psychological distress. This thesis examines the prevalence of anxiety and depression among women in remission, the coping strategies they mobilise, their post-traumatic growth, and the factors associated with this distress, within the framework of Lazarus and Folkman's transactional model of stress and coping.

OBJECTIVES: The main objective was to assess the prevalence, associated factors and coping strategies relating to depression and anxiety among female breast cancer survivors followed at Liège University Hospital (CHU) and the Citadelle Regional Hospital (CHR). Three hypotheses were tested: a high prevalence of distress; an association between high post-traumatic growth and lower distress; and an association between maladaptive coping and greater distress.

METHODS: An observational, analytical and cross-sectional study was conducted among 110 female survivors using non-probabilistic convenience sampling. Symptoms were assessed using the BDI-FS-Fr (depression), the STAI (anxiety), the PTGI (post-traumatic growth) and the Brief COPE (coping). Non-parametric analyses included Spearman correlations, univariate and multivariate binary logistic regression.

RESULTS: The prevalence of anxiety (41.8%) clearly exceeded that of depression (14.5%). Higher post-traumatic growth was associated with lower distress, significantly for anxiety and, after adjustment, for depression. Maladaptive coping was associated with greater distress, unlike adaptive coping. In multivariate analysis, post-traumatic growth emerged as a protective factor shared by both outcomes; unemployment and chemotherapy weighed specifically on anxiety, whereas psychiatric comorbidity and maladaptive coping weighed on depression.

CONCLUSION: Anxiety represents, more than depression, the main psychological burden among women in remission from breast cancer, and post-traumatic growth a robust protective factor. These findings support systematic distress screening during remission follow-up and psychosocial interventions targeting maladaptive coping while fostering post-traumatic growth. Longitudinal and multicentre studies are needed to confirm these relationships.

KEYWORDS: Psychological distress; Breast cancer; Remission; Post-traumatic growth; Coping strategies.

PREAMBULE

Les progrès de l'oncologie ont profondément transformé le visage du cancer du sein : ce qui fut longtemps synonyme d'issue fatale est aujourd'hui, pour une majorité de femmes, une maladie dont on peut guérir. Le nombre de survivantes ne cesse de croître, et avec lui une question trop souvent reléguée au second plan : que reste-t-il, une fois la rémission annoncée, de l'épreuve traversée ? Car si le corps guérit, l'esprit, lui, peut parfois garder la mémoire de la peur, de l'incertitude et de la confrontation à sa propre vulnérabilité. En tant que médecin, j'ai appris à diagnostiquer la maladie, à évaluer la réponse aux traitements et à accueillir la rémission comme une victoire. Mais j'ai aussi pris conscience, au cours de ma pratique, à quel point cette victoire pouvait être silencieusement habitée par la détresse. Trop souvent, l'attention se concentre sur la tumeur et ses marqueurs, tandis que la souffrance psychologique ou alors l'anxiété qui resurgit à l'approche des examens de suivi, très espacés, semble parfois oubliée. Comprendre ce que vivent les femmes en rémission m'est donc apparu essentiel.

C'est cette conviction qui a guidé ce mémoire. En choisissant d'étudier la prévalence de la détresse psychologique, ses facteurs associés et les stratégies d'adaptation chez les femmes en rémission d'un cancer du sein, j'ai souhaité donner une place, et une voix, à cette dimension parfois discrète du parcours de soins. M'intéresser non seulement à la souffrance, mais aussi à la croissance post-traumatique, ces transformations positives qui peuvent émerger de l'épreuve, m'a permis de regarder ces femmes non comme des anciennes malades uniquement, mais comme des personnes également capables de se reconstruire.

Mon double regard de clinicienne et d'étudiante en santé publique a nourri ce travail. Le premier m'a constamment rappelé que, derrière chaque score, se tient une histoire singulière ; le second m'a appris à penser au-delà du cas individuel, en termes de populations, de déterminants et de prévention. Car identifier qui souffre, pourquoi, et comment ces femmes font face, c'est se donner les moyens d'un repérage plus systématique de la détresse et d'un accompagnement mieux adapté à leurs besoins. Cette réflexion me semble donc essentielle afin de contribuer, modestement, à ce que la rémission ne soit plus seulement perçue comme la fin d'une maladie, mais comme le début d'une attention renouvelée à celles qui s'en sortent.

1. INTRODUCTION

En 2020, on estimait à 19,3 millions le nombre de nouveaux cas de cancer dans le monde entraînant près de 10 millions de décès. Selon les projections, la charge mondiale du cancer atteindra 28,4 millions de cas d'ici 2040, soit une augmentation de 47 % par rapport à 2020. Parmi ces cancers, le cancer du sein (CS) occupe une place centrale : avec une incidence mondiale de 2,3 millions de cas annuels, il constitue le cancer le plus fréquent chez la femme et représente aujourd'hui la première préoccupation oncologique féminine mondiale (1). Son incidence a en effet augmenté de 24,3 % entre 2012 et 2020 selon le Centre international de recherche sur le cancer (2).

En Europe, il demeure la tumeur invasive la plus fréquente chez les femmes, représentant environ 30 % des nouveaux cas de cancer féminin en 2022, soit près de 375 000 cas estimés dans l'Union européenne. Il est également la première cause de mortalité par cancer féminin, responsable d'environ 95 800 décès, soit 16,7 % des décès féminins liés au cancer (3).

En Belgique, la situation reflète cette tendance mondiale et européenne. En moyenne 4 Belges sur 100 vivent avec un cancer (4). Le cancer du sein représente 30 % de tous les cancers féminins avec environ 11 000 nouveaux cas par an, dont près de 3 000 en Wallonie (5). L'incidence standardisée selon l'âge (population mondiale) s'élève à environ 148 pour 100 000 femmes, la Belgique figurant parmi les pays présentant les taux les plus élevés au sein de l'Union européenne (6).

Compte tenu de la gravité de ce fléau, plusieurs pays, dont la Belgique, ont orienté leurs politiques de santé vers des programmes visant l'information, la sensibilisation et le dépistage précoce. Conjugués aux progrès thérapeutiques, ces efforts ont porté le taux de survie à cinq ans à près de 89%, générant ainsi une proportion croissante de survivantes (7). Selon la National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS), une personne est considérée comme survivante du cancer dès le diagnostic et pour le reste de sa vie, indépendamment de l'évolution de la maladie ou du pronostic (8). En Belgique, ce nombre atteint 87 à 90 % selon le stade au diagnostic, illustrant davantage les progrès considérables réalisés ces dernières décennies (4). Cette transition épidémiologique transforme donc fondamentalement la perception du cancer du sein, qui évolue d'une maladie souvent fatale vers une pathologie chronique nécessitant un suivi prolongé. Définie comme l'absence de signe clinique d'appel en faveur d'une récurrence ou de signe suspect lors des examens

complémentaires non obligatoires, la rémission concerne un nombre croissant de femmes, générant dès lors de nouveaux défis de santé publique, au premier rang desquels la qualité de vie post-traitement et les répercussions psychologiques à long terme.

Le cancer du sein constitue en effet un bouleversement dans la vie d'une femme, d'une part par les changements qui vont survenir, et d'autre part par l'atteinte d'un organe fortement impliqué dans la représentation socio-culturelle de la féminité. En effet, le retentissement de ce cancer prendra plusieurs dimensions : outre le lourd fardeau économique et la douleur physique, les patientes atteintes de cancer subissent souvent de nombreux facteurs de stress, le diagnostic du cancer et les traitements multimodaux étant associés à un risque accru de détresse émotionnelle et de comorbidité mentale, la dépression et l'anxiété étant les deux symptômes les plus courants (9). Wang et al ont ainsi révélé de manière précise que la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patientes atteintes d'un cancer du sein atteignait respectivement 32,2 % et 41,9 % (10).

La détresse psychologique, terme faisant référence à un ensemble de symptômes dont la dépression ou l'anxiété, touche entre 30 et 55 % de femmes en rémission de cancer du sein (11). Cette phase, traditionnellement considérée comme une période de soulagement, s'avère paradoxalement source de nouvelles vulnérabilités psychologiques. La peur de la récurrence, majorée par une détresse psychologique existante, constitue la préoccupation majeure, touchant en moyenne 73 % des survivantes (12). Cette problématique est particulièrement préoccupante car la détresse psychologique non traitée est associée à une augmentation de la mortalité, une altération de la qualité de vie et une diminution de l'adhésion au suivi médical (13).

La transition entre la période intensive de soins et la rémission constitue une difficulté à part entière. La diminution logique de la surveillance médicale, justifiée par l'évolution favorable de la pathologie, peut être vécue comme un désengagement institutionnel prématuré. Cette transition, souvent qualifiée de *transitional survivorship*, est identifiée dans la littérature comme une période particulièrement vulnérable émotionnellement, durant laquelle la peur de la récurrence, l'anxiété et la détresse psychologique peuvent persister voire s'intensifier après la fin des soins actifs (14). En plus de ces multiples défis, la période post-traitement est souvent aussi marquée par une crise identitaire constituant une dimension fréquemment négligée de cette problématique. Les femmes en rémission se trouvent

confrontées à la nécessité de reconstruire leur identité personnelle et sociale, après avoir été longtemps définies par leur statut de patientes en traitement. Ce processus de réappropriation identitaire s'accompagne de profonds questionnements existentiels touchant aux relations interpersonnelles, aux projets futurs, aux priorités de la vie, à la vie en elle-même majorant ainsi leur détresse existentielle (15).

Aguiar-Fernandez et al lors d'une étude menée en Espagne en 2021 révélaient trois groupes de problèmes liés à l'adaptation psychosociale des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein : la détresse émotionnelle, qui conduit principalement à des problèmes d'anxiété et de dépression, les séquelles qui affectent l'image corporelle et l'estime de soi, et les problèmes liés à l'adaptation sociale, notamment en ce qui concerne les relations interpersonnelles et d'autres facteurs socio-économiques ou professionnels.

Le retour au travail après un cancer illustre bien cette dernière dimension. Il s'agit d'un processus complexe qui implique souvent des changements ou la perte de son emploi. Les personnes qui ont survécu au cancer expriment généralement un désir et un besoin de retourner au travail, liés à la restauration de l'identité et de l'estime de soi, le maintien des relations sociales et des sentiments de rétablissement et de retour à la normale. Cependant, entre 26 et 56 % des survivantes du cancer perdent leur emploi ou cessent de travailler pendant ou après le traitement et on estime qu'elles ont un risque de chômage 1,4 fois plus élevé (16). Une méta-analyse de 36 études internationales menées aux États-Unis, en Europe et dans d'autres pays a montré que le taux de chômage est plus élevé après un cancer du sein par rapport à d'autres tumeurs. De plus, une étude française révèle que 21 % des patientes n'étaient pas retournées au travail deux ans après le diagnostic, avec des symptômes physiques (fatigue, troubles du bras) et psychologiques (anxiété, dépression) comme facteurs associés à la non-réintégration professionnelle (17). Ces études mettent donc en emphase les répercussions socio-professionnelles du cancer ainsi que celles jouées par l'anxiété et la dépression chez les femmes porteuses ou survivantes du cancer du sein.

Au-delà de ces répercussions fonctionnelles et sociales, plusieurs travaux établissent un lien entre détresse psychologique et survie. Une étude de cohorte menée en 2014 au Canada par Vodermaier et al a démontré un effet principal de la dépression sur la mortalité, de sorte que la dépression augmentait les risques de mortalité de 50 % par rapport aux patientes non déprimées (rapport de risque HR = 1,54 ,intervalle de confiance IC à 95% : 1,06-2,25, $p = 0,024$) (18). Shim EJ et al en Corée en 2020 ont montré que la dépression et le trouble

anxieux étaient associés à un risque accru de mortalité (HR = 1,26, IC à 95 % : 1,18–1,36 ; HR 1,14, IC à 95 % : 1,08–1,22, respectivement) et leur cooccurrence augmentait encore le risque. Comparé aux patientes sans comorbidité psychiatrique ni traitement antidépresseur, le risque augmentait chez les patientes présentant une comorbidité psychiatrique ; des taux plus élevés de comorbidité psychiatrique étant par ailleurs observés chez les patientes ayant reçu une thérapie anticancéreuse (19). Une étude menée au Danemark montrait également que l'absence d'anxiété était significativement associée à une survie sans récurrence (p = 0,0281 ; IC à 95% : 1,02-1,39) (20).

Philips *et al* en Australie montraient une survie sans événement plus mauvaise chez les femmes ayant des scores élevés (> 12) plutôt que faibles sur la sous-échelle d'impuissance/désespoir de l'échelle MAC (HR = 1,55 ; IC à 95 % : 1,07-2,25 ; P < 0,01). De plus, des scores plus élevés de préoccupation anxieuse étaient associés à un âge plus jeune au moment du diagnostic (p = 0,03) et à un grade tumoral plus élevé (p = 0,02) (21). Une étude menée à San Francisco démontrait en outre qu'une diminution du score de dépression sur un an était significativement associée à une survie plus longue sur 14 ans (n = 101 ; HR= 1,68 ; IC à 95 % : 1,16-2,45 ; P = 0,007) soulignant ainsi davantage le lien entre dépression et survie (10). Enfin, l'étude menée en 2017 en Finlande par Eskelinen *et al* a montré que le score *Beck Depression Inventory* (BDI) prédisait de manière significative la survie sans récurrence et la survie globale à 25 ans chez les femmes atteintes du cancer du sein avec un HR= 1,87, p = 0,039 et HR= 1,98, p = 0,048, respectivement ; mettant en exergue le rôle prédictif significatif que joue la dépression dans les résultats à long terme chez les patientes admises à l'unité de diagnostic du cancer du sein (22).

L'anxiété et la dépression persistantes chez les survivantes du cancer du sein apparaissent ainsi comme un véritable problème de santé publique, aux répercussions cliniques, sociales et pronostiques documentées. En Belgique, malgré l'arrêté royal de 1991 fixant les normes des programmes de soins oncologiques de base (5), il existe des inégalités en matière de dépistage, de diagnostic, d'accès au traitement et de survie (4). Ces inégalités se déclinent notamment à travers des disparités régionales et pèsent davantage plus lourdement sur les groupes déjà marginalisés et vulnérables (5). En Belgique, il n'existe pas encore de directives réelles dédiées à la survie, thème encore peu présent dans les projets d'organisation des soins en oncologie. Pourtant, l'ignorer crée une occasion manquée d'intégrer les soins de survie dans des parcours de soins standardisés (4).

En Wallonie, bien que plusieurs dispositifs existent pour soutenir les patientes atteintes de cancer, la détresse psychologique post-traitement reste sous-diagnostiquée et inégalement prise en charge selon les établissements (6). Dans la province de Liège, les parcours de soins intègrent rarement une évaluation systématique de la santé mentale des patientes en rémission. De plus, l'impact de la pandémie COVID-19 sur la santé mentale des survivantes de cancer demeure peu documenté, malgré des signalements d'augmentation des troubles anxieux dans cette population vulnérable (23). Ce manque de preuves dans de nombreux domaines de la survie a motivé nos efforts de recherche et d'échanges de connaissances. Peu d'études locales ayant documenté la prévalence réelle de cette détresse, ce manque de données contextuelles pourrait générer une difficulté à adapter les politiques institutionnelles de suivi psycho-oncologique et empêcher une allocation optimale des ressources de santé mentale. Il nous paraît donc essentiel d'accorder une attention particulière à la survie.

Pour se saisir de cet objet, plusieurs cadres théoriques peuvent être mobilisés. Parmi eux, le modèle transactionnel du stress et du coping développé par Lazarus et Folkman (24) constitue le socle théorique privilégié dans notre étude. Ce modèle postule que le stress résulte d'une évaluation cognitive de la situation par l'individu, suivie d'un choix de stratégies d'adaptation (coping) visant soit à modifier la situation, soit à réguler les émotions qui y sont liées. Les stratégies d'adaptation sont des stratégies cognitivo-comportementales utilisées par les individus pour gérer les défis que les situations stressantes créent dans les environnements internes et externes ; elles comprennent la confrontation, l'évitement et l'acceptation-résignation (25). Il existe différentes façons de catégoriser les stratégies d'adaptation, par exemple, en stratégies axées sur les problèmes, axées sur les émotions et moins utiles; cependant, il n'existe pas de consensus (26). Ce modèle permet donc d'articuler de manière dynamique l'expérience subjective de la détresse psychologique et les stratégies d'ajustement mobilisées.

D'autres cadres existent à l'instar du modèle de la conservation des ressources de Hobfoll, centré sur la perte ou le gain de ressources matérielles, sociales ou psychologiques (27) et le modèle de Leventhal des représentations de la maladie qui insiste quant à lui, sur la perception cognitive et émotionnelle de la maladie comme déterminant de l'adaptation (28). Ceux-ci peuvent donc être envisagés comme des approches complémentaires, mais non fondamentales dans notre perspective.

Si le cadre retenu décrit la manière dont l'individu fait face au stress, il ouvre aussi la voie à un concept qui lui est étroitement lié : au terme de l'effort d'adaptation, les changements de vie radicaux imposés par la maladie peuvent en effet avoir un retentissement non seulement négatif, mais aussi positif, un phénomène désigné sous le terme de croissance post-traumatique (CPT). Le philosophe Nietzsche avait déjà transmis cette idée avec sa célèbre citation « ce qui ne me tue pas me rend plus fort ». Le concept de CPT, défini comme les changements positifs ressentis à la suite d'un événement traumatique a été utilisé à l'origine pour les victimes de traumatismes, mais a depuis longtemps été étendu à d'autres maladies graves comme le cancer (29). Il implique cinq domaines extraits par l'analyse factorielle de données qualitatives de personnes ayant vécu des événements stressants ou des crises (30). Le modèle de croissance décrit également les stratégies d'adaptation comme jouant un rôle clé dans le développement de la croissance post traumatique. Cela a été montré notamment dans certains types de cancer comme celui du sein ou le cancer de la cavité buccale via les efforts mis en place par les patientes pour traiter et reconstruire leurs croyances et leur vision de la vie (25). Les patientes ayant des niveaux plus élevés de CPT auraient une plus grande capacité d'adaptation psychologique, une meilleure qualité de vie et des niveaux plus faibles d'émotions négatives, telles que l'anxiété et la dépression (31). La CPT peut donc avoir un effet tampon sur les effets causés par la détresse et la dépression (29). Ainsi, comme le propose le modèle de Malhotra *et al*, la CPT pourrait être décrite comme stratégie d'adaptation (32).

Ces différents éléments dessinent ainsi les quatre dimensions au cœur de notre travail et la manière dont elles s'articulent : l'anxiété et la dépression traduisent la détresse psychologique des femmes en rémission ; les stratégies de coping décrivent la façon dont elles y font face ; et la croissance post-traumatique constitue une ressource susceptible d'en atténuer le poids, tout en étant elle-même nourrie par certaines de ces stratégies. Notre recherche retient donc le modèle de Folkman comme cadre principal, car il permet d'intégrer à la fois l'expérience émotionnelle (anxiété, dépression) et les stratégies de coping mobilisées. Ce choix théorique se justifie par la pertinence de ses applications empiriques en psycho-oncologie (33).

C'est à la lumière de ce cadre théorique et des instruments qui en découlent que se formule la question de recherche structurant l'ensemble de ce travail : quels sont la prévalence, les facteurs associés et les stratégies d'adaptation face à la dépression et à l'anxiété chez les patientes en rémission du cancer du sein suivies au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de

Liège et au Centre Hospitalier Régional (CHR) de la Citadelle ? Pour y répondre, nous la déclinons en quatre objectifs spécifiques : décrire les niveaux de symptomatologie anxieuse et dépressive, de croissance post-traumatique ainsi que le profil des stratégies d'adaptation mobilisées ; déterminer la prévalence de la dépression et de l'anxiété au sein de notre population ; analyser les associations entre la croissance post-traumatique, les stratégies d'adaptation, l'anxiété et la dépression ; et identifier les facteurs sociodémographiques, cliniques et psychosociaux associés à l'anxiété et à la dépression. Sur cette base, l'étude met à l'épreuve une hypothèse principale et deux hypothèses secondaires :

- **Hypothèse 1 (H1)** : la prévalence de l'anxiété et de la dépression est significativement élevée au sein de la population étudiée.
- **Hypothèse secondaire 1 (SH1)** : Il existe une association négative entre la croissance post-traumatique et les niveaux d'anxiété et de dépression.
- **Hypothèse secondaire 2 (SH2)** : Un recours plus important aux stratégies de coping mal adaptatives est associé à des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression, tandis qu'un recours plus important aux stratégies adaptatives est associé à des niveaux plus faibles.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1 Objectifs et design

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence, les facteurs associés et les stratégies d'adaptation face à la dépression et l'anxiété chez les patientes en rémission du cancer du sein suivies au Centre Hospitalier Universitaire de Liège et à la Citadelle. Pour ce faire, nous avons mené une étude observationnelle-analytique et transversale selon une approche quantitative afin de permettre une compréhension approfondie de la question de recherche. L'analyse quantitative était basée à la fois sur des données récoltées via les questionnaires sociodémographiques et cliniques distribués aux patientes mais aussi sur plusieurs autres indicateurs notamment l'anxiété, la dépression, la croissance post-traumatique et les stratégies d'adaptation évaluées à travers des échelles reconnues dans la littérature scientifique.

2.2 Population étudiée et échantillonnage

Etaient incluses, les sujets de sexe féminin de tous âges suivis au CHU de Liège et au CHR de la Citadelle, déclarés en rémission de cancer du sein par un médecin, s'exprimant en langue française et ayant consenti librement à participer à l'étude. Les sujets de sexe masculin étaient exclus.

La méthode d'échantillonnage était non-probabiliste de commodité. En l'absence d'un registre institutionnel recensant les patientes en rémission d'un cancer du sein, l'identification des participantes a reposé sur la collaboration avec les médecins du service assurant leur suivi et ayant accepté de prendre part à l'étude. Ces médecins, ayant été éclairés sur les critères d'inclusion, nous tenaient informés de leurs jours de consultation et de si les patientes prévues y correspondaient, toutefois sans transmission d'information médicale aucune.

Par la suite, nous entrions en contact direct avec les patientes concernées afin de leur proposer, à l'issue de leur consultation, de manière volontaire et non contraignante, de participer à l'étude en complétant le questionnaire conjointement.

2.3 Paramètres étudiés

Les variables étudiées étaient les suivantes :

- variables socio-démographiques et cliniques : âge, domicile, délai depuis la rémission, profession, statut matrimonial, revenus mensuels nets du ménage, antécédents familiaux de cancer du sein, niveau de scolarisation, stade du cancer au diagnostic, type de traitement

reçu, présence d'un handicap, existence d'une comorbidité psychiatrique antérieure

- variables liées à la dépression : échelle de dépression
- variables liées à l'anxiété : échelle d'anxiété
- variables liées aux stratégies d'adaptation et CPT : échelles BRIEF COPE et PTGI

2.4 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire épidémiologique (annexe II) et psychosocial comprenant l'échelle de dépression (annexe III), d'anxiété-trait (annexe IV), de croissance post traumatique (annexe V) et d'évaluation des stratégies d'adaptation (annexe VI).

Le *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* comporte 20 items cotés de 1 (« presque jamais ») à 4 (« presque toujours »), avec inversion de cotation pour les items reflétant l'absence d'anxiété. Le score total varie de 20 à 80 : **20-37** = anxiété absente/légère ; **38-44** = modérée ; **45-80** = sévère (34).

Le *Beck Depression Index–Fast Screen (BDI-FS-Fr)* comprend 7 items cotés de 0 à 3 : **0-3** = pas ou dépression minimale ; **4-6** = légère ; **7-9** = modérée ; **10-21** = sévère(35).

La version française validée du *Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)* évalue la croissance post-traumatique via 21 items cotés chacun de 0 à 5 pour un score total compris entre 0 à 105 (30).

L'échelle **BRIEF COPE** utilisée pour évaluer les stratégies d'adaptation comprend 28 items repartis en 14 sous-échelles distribuées selon qu'elles soient un mode de coping adaptatif ou mal adaptatif (26). Chaque item est coté sur **une échelle de Likert en 4 points**. Le nombre de points pour chaque sous-échelle varie alors de 2 à 8. Plus le score est élevé sur une sous-échelle, plus la stratégie correspondante est utilisée par le sujet. L'interprétation se fait donc en profil : il s'agit ici d'identifier les stratégies privilégiées plutôt que d'établir un score "bon" ou "mauvais". Chaque sous-échelle reflète l'intensité d'utilisation d'une stratégie de coping.

La collecte des données s'est effectuée entre Mars et Mai 2026.

2.5 Traitement des données et Méthode d'analyse

Un tableau Excel a été créé et les informations délivrées par les participantes ont été codées et classées dans ce tableau.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel R (version 4.3.3). Le seuil de signification a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$) et les tests d'hypothèses ont été interprétés de manière bilatérale. Les estimations d'association sont accompagnées de leur p value.

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon ont fait l'objet d'une analyse descriptive. La normalité des variables quantitatives a été examinée par le test de Shapiro-Wilk, complété par l'inspection des histogrammes et des diagrammes quantile-quantile. Les variables compatibles avec une distribution normale ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type, et celles s'en écartant par leur médiane et leur intervalle interquartile IQR. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages, calculés sur l'effectif total ($N = 110$). Par souci de lisibilité, les modalités d'effectif nul (notamment le stade IV au diagnostic et le niveau de dépression sévère) n'ont pas été reportées dans les tableaux.

Deux modalités de non-réponse, notamment le code « pas de réponse » des revenus et « ne sait pas » du stade au diagnostic, ont été traitées comme des catégories qualitatives distinctes dans les statistiques descriptives, afin d'en documenter explicitement la fréquence.

Le score du BDI a été utilisé sous deux formes complémentaires. D'une part, sous forme continue, afin de préserver l'information et de permettre la comparaison avec les moyennes rapportées dans la littérature. D'autre part, sous forme dichotomique pour les analyses univariées et multivariées mais aussi pour l'estimation de la prévalence : une symptomatologie dépressive a été définie par un score ≥ 4 , seuil de dépistage validé chez les patients atteints d'une affection médicale (36).

Le score total d'anxiété a été analysé sous forme continue et dichotomique. Pour l'estimation catégorielle, la classification conventionnelle en trois niveaux (absente/faible : 20–37 ; modérée : 38–44 ; élevée : 45–80) a été retenue. La prévalence a été rapportée au seuil ≥ 38 (34).

La croissance post-traumatique a été traitée exclusivement comme une variable continue. En l'absence de seuil clinique validé dans la littérature distinguant une croissance « élevée » d'une croissance « faible », le score n'a pas été dichotomisé, préservant ainsi la puissance statistique et la comparabilité avec la littérature.

L'instrument explorant les stratégies d'adaptation a été exploité à deux niveaux. À des fins descriptives, les quatorze sous-échelles ont été calculées afin de dresser le profil des

stratégies mobilisées. À des fins analytiques, les sous-échelles ont été regroupées en deux classes, adaptatives et mal adaptatives (37). La fidélité des échelles a été estimée par le coefficient alpha de Cronbach, en retenant le seuil usuel de 0,70 (38).

La prévalence de la symptomatologie anxieuse et dépressive a été estimée sous forme de proportions accompagnées de leur IC à 95 %. Une comparaison n'a pas pu être réalisée étant donné l'absence d'une valeur de référence dû à la multiplicité des instruments de mesure dans la littérature.

Le choix de chaque test a été subordonné à la vérification préalable de ses conditions d'application. Les hypothèses relatives aux associations entre la croissance post-traumatique, les stratégies d'adaptation d'une part et la détresse d'autre part (anxiété, dépression) ont été éprouvées en traitant l'ensemble des variables concernées comme quantitatives continues. Ces associations ont été examinées exclusivement par le coefficient de corrélation de Spearman étant donné que les conditions de normalité n'étaient pas réunies. Chaque coefficient a été rapporté avec sa valeur p.

Étant donné la nature binaire des variables, une régression logistique binaire, adaptée à la modélisation a donc été réalisée. Les variables dépendantes étaient : présence d'une symptomatologie anxieuse ($STAI \geq 38$) ou dépressive ($BDI-FS \geq 4$). Le nombre de variables explicatives a été limité en fonction du nombre d'événements observés. Pour la dépression, dont le faible nombre de cas exposait à un risque de séparation, une régression logistique pénalisée selon la méthode de Firth a été employée. Les résultats sont exprimés en OR ajustés assortis de leur IC à 95 %.

Une analyse univariée de chaque variable quantitative a été initialement réalisée, afin d'en estimer l'odds ratio (OR) brut, son IC et sa valeur p. Pour les variables qualitatives à plusieurs modalités, une valeur p globale a été utilisée. À l'issue de cette analyse, une sélection manuelle des variables ayant $p < 0,05$ a été faite pour le modèle multivarié. Pour l'ensemble des analyses, la modalité « non » a été définie comme catégorie de référence pour les variables binaires.

Le modèle relatif à l'anxiété s'avérait globalement robuste tandis que celui relatif à la dépression demeure interprété comme exploratoire en raison du faible nombre d'événements, à l'origine d'estimations peu précises. Une intelligence artificielle a été utilisée en appui à la reformulation du texte et à certaines analyses.

2.6 Considérations éthiques :

Le protocole de mémoire a été soumis au mois d'octobre 2024 au comité éthique hospitalo-universitaire du CHU de Liège ainsi qu'au comité éthique du CHR de la Citadelle. Le comité central a rendu un accord favorable (2025/525, annexe VII) au mois de janvier 2025. Le consentement écrit des participantes était également requis avant le remplissage conjoint du questionnaire (annexe I). Les questionnaires ont été pseudo-anonymisés et toutes les données collectées ont été gardées respectivement sur les sites concernés.

Une convention de collaboration a été signée entre le CHU de Liège, le CHR de la Citadelle et l'Université de Liège dans le cadre de cette étude. Par ailleurs, un contrat a également été établi entre l'Université de Liège et le CHU. Compte tenu du fait que l'évocation de la maladie aurait pu susciter une charge émotionnelle importante, une mesure d'atténuation a été prévue : un dispositif de soutien psychologique, accessible sur demande, a été mis à la disposition des participantes tout au long de l'étude.

3. RESULTATS :

Cette partie présente l'ensemble des résultats issus de cette étude : caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon ; niveaux de détresse, de croissance post-traumatique et le profil des stratégies d'adaptation. Par la suite, la prévalence de l'anxiété et de la dépression, éprouvant la première hypothèse (H1) est présentée sous forme de figure. Sont ensuite analysées les associations entre CPT, coping et détresse, mettant à l'épreuve la première sous-hypothèse (SH1), ainsi que la seconde (SH2). Enfin, les facteurs indépendamment associés à l'anxiété et à la dépression sont identifiés.

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon réunissait 110 survivantes d'un cancer du sein en rémission ; d'un âge moyen de 61 ans et présentant un délai médian depuis la rémission de trois ans. Sur le plan clinique, la quasi-totalité avait bénéficié d'une chirurgie et la plupart avaient reçu plusieurs modalités thérapeutiques associées.

Tableau 1 : Statistiques descriptives de l'échantillon (N = 110)

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques	Valeur (N = 110)
Âge (années), Moyenne $\pm$ écart-type	61,1 $\pm$ 12,2
Délai depuis la rémission (années), médiane [IQR]	3,0 [2,0–6,0]
Domicile à Liège, n (%)	40 (36,4)
Profession, n (%)	
Secteur public	28 (25,5)
Secteur privé	20 (18,2)
Retraitée	50 (45,5)
Sans emploi	12 (10,9)
Statut matrimonial, n (%)	
Célibataire	9 (8,2)
Mariée	61 (55,5)
Divorcée	16 (14,5)
Veuve	8 (7,3)

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques	Valeur (N = 110)
Cohabitation légale	16 (14,5)
Niveau de scolarisation, n (%)	
Primaire	3 (2,7)
Secondaire	45 (40,9)
Supérieur	62 (56,4)
Revenus mensuels nets (€), n (%)	
< 1 500	3 (2,7)
1 500 – 2 499	19 (17,3)
2 500 – 3 500	20 (18,2)
3 500 – 4 500	11 (10,0)
> 4 500	14 (12,7)
Pas de réponse	43 (39,1)
Stade au diagnostic, n (%)	
Stade 1	15 (13,6)
Stade 2	28 (25,5)
Stade 3	25 (22,7)
Ne sait pas	42 (38,2)
Traitements reçus, n (%)	
Chirurgie	108 (98,2)
Chimiothérapie	75 (68,2)
Radiothérapie	83 (75,5)
Hormonothérapie	76 (69,1)
Immunothérapie	23 (20,9)
Nombre de traitements par patiente : médiane [IQR]	3,5 [3,0–4,0]
Handicap, n (%)	15 (13,6)
Comorbidité psychiatrique, n (%)	5 (4,5)
Antécédents familiaux de cancer du sein, n (%)	45 (40,9)

3.2 Scores des échelles et profil de coping

Les scores de détresse étaient globalement faibles à modérés. La dépression présentait une forte asymétrie (effet plancher), tandis que l'anxiété montrait une dispersion plus large.

Tableau 2 : Scores des échelles psychométriques (N = 110)

Variable	n (%) ou médiane [IQR]
Symptomatologie dépressive — BDI-FS	
Score total (0–21)	
Médiane [IQR]	1,0 [0,0–3,0]
Niveau de dépression, n (%)	
Minimale (0–3)	94 (85,5)
Légère (4–6)	12 (10,9)
Modérée (7–9)	4 (3,6)
Anxiété-trait — STAI	
Score total (20–80)	
Médiane [IQR]	34,5 [27,0–44,0]
Niveau d'anxiété, n (%)	
Absente / faible (20–37)	64 (58,2)
Modérée (38–44)	20 (18,2)
Élevée (45–80)	26 (23,6)
Croissance post-traumatique — PTGI	
Score total (0–105)	
Médiane [IQR]	73,5 [58,5–86,0]
Stratégies d'adaptation — Brief COPE	
Coping adaptatif (score moyen par item, 1–4) : Médiane [IQR]	2,4 [2,1–2,6]
Coping mal adaptatif : Médiane [IQR]	1,7 [1,4–1,9]

S'agissant des stratégies d'adaptation, le profil par sous-échelle fait apparaître une nette prédominance des stratégies adaptatives (acceptation, soutien émotionnel et réinterprétation positive en tête) sur les stratégies mal adaptatives, globalement peu mobilisées hormis l'auto-distraktion et l'expression des sentiments.

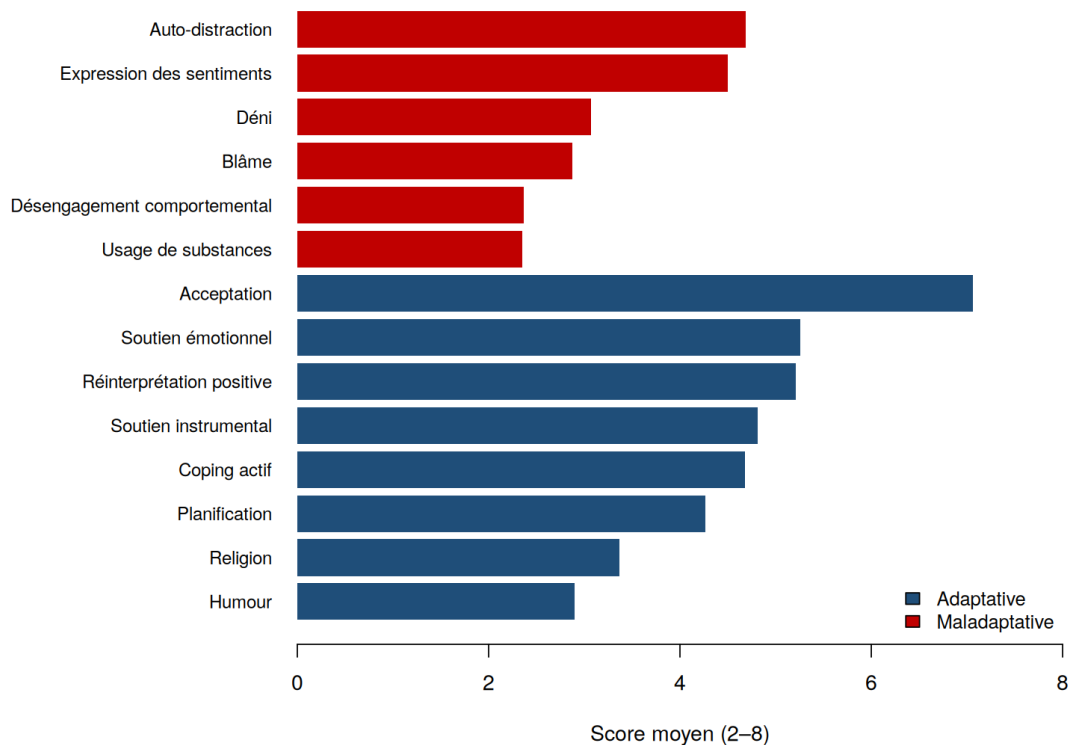


Figure 1 : Profil d'utilisation des quatorze stratégies de coping du Brief COPE chez nos patientes

3.3 Prévalence de l'anxiété et de la dépression

Selon les seuils cliniques retenus, l'anxiété s'avère nettement plus fréquente que la dépression ; près d'une survivante sur deux présentait une symptomatologie anxieuse, contre environ une sur dix pour la dépression. La prévalence de la dépression dans la population des femmes en rémission se situe, avec une confiance de 95 % entre [8,5-22,5] et l'IC à 95 % de l'anxiété quant à lui est compris entre [32,5-51,6].

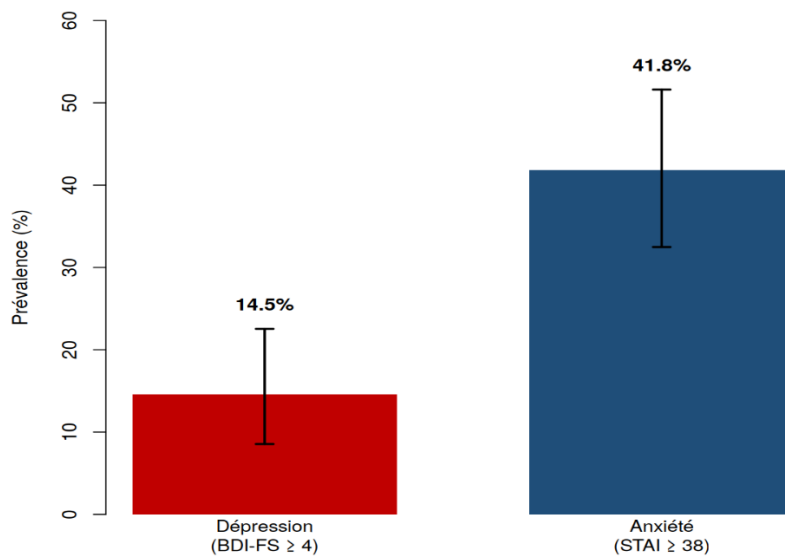


Figure 2 : Prévalence de la dépression (BDI-FS ≥ 4) et de l'anxiété (STAI ≥ 38)

3.4 Liens entre croissance post-traumatique, coping et détresse

Un niveau plus élevé de croissance post-traumatique s'accompagne donc d'un niveau plus faible d'anxiété. La corrélation entre la croissance post-traumatique et la dépression est également négative, mais non significative au seuil de 5 %.

Un recours plus marqué aux stratégies mal adaptatives s'accompagne de niveaux plus élevés de détresse. À l'inverse, le versant adaptatif n'entretient aucun lien significatif ni avec l'anxiété, ni avec la dépression.

Par ailleurs, une analyse complémentaire a montré que plus une survivante a recourt à des stratégies adaptatives, plus son niveau de croissance post-traumatique est élevé.

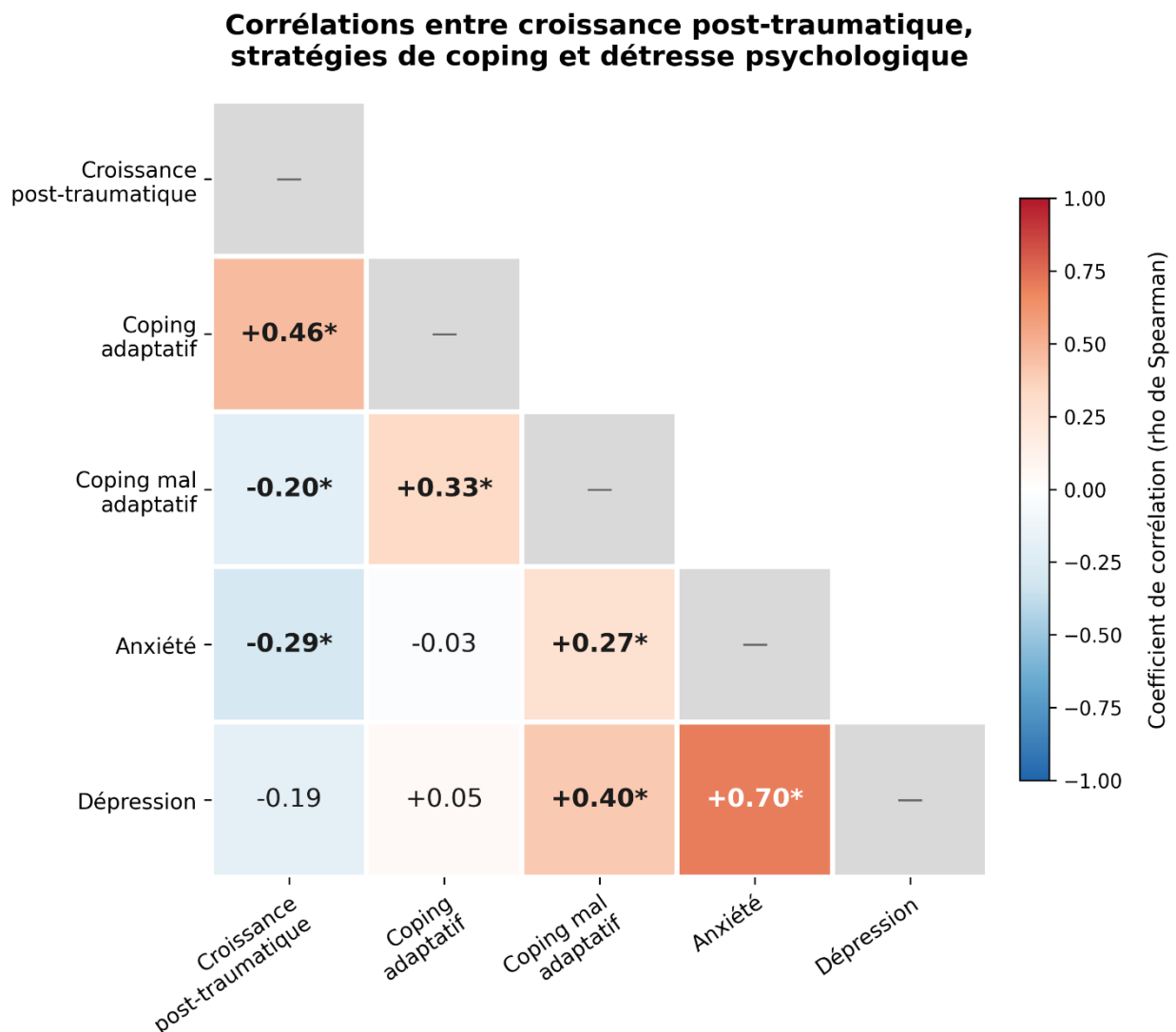


Figure 3 : Coefficients de corrélation (Spearman) entre la croissance post-traumatique, les stratégies de coping et la détresse

3.5 Facteurs associés à l'anxiété et à la dépression

En ce qui concerne l'anxiété, la croissance post-traumatique se distingue par l'association la plus forte et la plus significative, traduisant un effet protecteur. Parmi les variables cliniques examinées, seul l'usage de la chimiothérapie est associé à cette issue, tandis que les autres modalités thérapeutiques ne présentent pas d'association significative. De même, le délai depuis la rémission influence positivement le niveau d'anxiété. Enfin, parmi les caractéristiques sociodémographiques, seule la profession est significativement associée à cette variable ; les femmes sans emploi présentant un risque d'anxiété environ dix fois supérieur à celui des retraitées (catégorie de référence), cette différence étant statistiquement

significative (OR = 10,6 ; IC à 95 % : 2,1–54,3). La significativité de cette association est certes établie, mais sa magnitude exacte demeure imprécise, la largeur de l'intervalle reflétant le nombre limité de femmes sans emploi dans l'échantillon (n = 12).

Tableau 3 : Analyse univariée des facteurs associés à l'anxiété (STAI ≥ 38)

Variable	OR brut [IC 95 %]	P value
Variables continues		
Âge (année)	0,97 [0,94–1,00]	0,068
Délai depuis la rémission (année)	0,89 [0,79–1,00]	0,046
Croissance post-traumatique	0,72 [0,58–0,90]	0,003
Coping adaptatif	0,51 [0,22–1,18]	0,115
Coping mal adaptatif	1,57 [0,56–4,42]	0,390
Variables binaires		
Domicile à Liège	1,44 [0,66–3,16]	0,362
Chimiothérapie (Ref = non)	2,81 [1,16–6,80]	0,022
Radiothérapie	1,30 [0,53–3,18]	0,563
Hormonothérapie	0,87 [0,39–1,98]	0,744
Immunothérapie	1,09 [0,43–2,76]	0,856
Handicap	1,26 [0,42–3,75]	0,682
Comorbidité psychiatrique	6,00 [0,65–55,6]	0,115
Antécédents familiaux	1,40 [0,65–3,02]	0,392
Variables qualitatives multi niveaux (p global)		
Profession (Ref* = retraitée)		0,012
Statut matrimonial		0,452
Niveau de scolarisation		0,166
Revenus		0,074
Stade au diagnostic		0,080

*=référence

En ce qui concerne la dépression, plusieurs variables franchissent le seuil de significativité. Au premier rang desquelles la présence d'une comorbidité psychiatrique, dont l'association est la plus marquée, mais aussi la croissance post-traumatique, et l'âge. À la différence de l'anxiété, le coping mal adaptatif y est ici significativement associé, dessinant une première asymétrie entre les deux formes de détresse.

Tableau 4: Analyse univariée des facteurs associés à la dépression (BDI-FS ≥ 4)

Variable	OR brut [IC 95 %]	P value
Variables continues		
Âge (année)	0,95 [0,91–0,99]	0,019
Délai depuis la rémission (année)	0,79 [0,62–1,02]	0,067
Croissance post-traumatique	0,69 [0,52–0,90]	0,007
Coping adaptatif	0,40 [0,13–1,21]	0,105
Coping mal adaptatif	7,36 [1,66–32,6]	0,009
Variables binaires		
Domicile à Liège	0,54 [0,16–1,79]	0,312
Chimiothérapie	3,79 [0,81–17,7]	0,090
Radiothérapie	2,54 [0,54–12,0]	0,239
Hormonothérapie	0,98 [0,31–3,08]	0,975
Immunothérapie	1,92 [0,59–6,22]	0,277
Handicap	2,52 [0,69–9,18]	0,163
Comorbidité psychiatrique (Ref = non)	31,0 [3,20–301]	0,003
Antécédents familiaux	1,15 [0,39–3,34]	0,803
Variables qualitatives multi niveaux (p global)		
Profession	—	0,115
Statut matrimonial	—	0,309
Niveau de scolarisation	—	0,190
Revenus	—	0,314
Stade au diagnostic	—	0,135

Après ajustement mutuel (tableau 5), la croissance post-traumatique demeure le seul facteur protecteur indépendant commun aux deux formes de détresse. L'anxiété reste par ailleurs associée au statut sans emploi et à l'usage de la chimiothérapie ; la dépression, au coping mal adaptatif et à la présence d'une comorbidité psychiatrique. Toutefois, le faible nombre de cas de dépression limite la puissance et accroît l'imprécision des estimations, comme en témoignent les IC très larges de certaines de ces variables.

Tableau 5 : Régressions logistiques binaires multivariées des facteurs associés à l'anxiété et à la dépression

Variable (unité)	OR ajusté [IC 95 %]	P value (p global)
Anxiété (STAI ≥ 38) : 45 cas		
Croissance post-traumatique	0,72 [0,55–0,91]	0,008
Profession : sans emploi (réf. retraitée)	9,51 [2,01–71,3]	0,010 (0,024)
Chimiothérapie : Ref = non	3,45 [1,30–10,0]	0,016
Délai depuis la rémission (année)	0,90 [0,79–1,01]	0,104
Dépression (BDI-FS ≥ 4) : 16 cas		
Croissance post-traumatique	0,65 [0,46–0,90]	0,010
Coping mal adaptatif	15,5 [1,97–122]	0,009
Comorbidité psychiatrique : Ref = non	30,4 [1,82–506]	0,017
Âge (année)	0,96 [0,92–1,01]	0,146

4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES, FORCES ET LIMITES

4.1 Discussion et perspectives

Cette étude transversale visait à estimer la prévalence de la symptomatologie anxieuse et dépressive chez les survivantes d'un cancer du sein en rémission, puis à examiner les liens unissant la croissance post-traumatique, les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique, et enfin d'identifier les facteurs associés y compris sociodémographiques et cliniques. Le cancer du sein étant la tumeur maligne la plus fréquente chez la femme à l'échelle mondiale (1), et le nombre de survivantes ne cessant de croître sous l'effet conjugué des progrès du dépistage et des thérapeutiques (15), la compréhension du vécu psychologique propre à la phase de rémission constitue donc en notre sens un enjeu de santé publique de premier plan.

Le premier constat de notre étude est la nette prédominance de l'anxiété (41,8 %) sur la dépression (14,5 %). Toutefois, la difficulté d'obtention d'une référence de comparaison n'a permis de répondre à cette hypothèse que partiellement. La fréquence élevée de la détresse s'inscrit dans un constat largement partagé en psycho-oncologie, où l'on estime qu'environ une personne atteinte de cancer sur deux présente une détresse cliniquement significative (9), les survivantes du cancer du sein étant particulièrement exposées (11). La prédominance de l'anxiété par rapport à la dépression observée dans notre échantillon s'inscrit dans la continuité des travaux de Wang et al., lesquels rapportaient une prévalence de l'anxiété environ 1,5 fois plus élevée que celle de la dépression, corroborant ainsi le profil mis en évidence dans notre étude (10). De plus, chez les survivantes, l'anxiété est fréquemment entretenue par la peur de la récurrence, phénomène quasi universel et persistant dont une revue systématique a montré qu'il touche une majorité de patientes et demeure stable dans le temps (12). La prévalence dépressive rapportée quant à elle apparaît toutefois sensiblement inférieure à celle décrite par Breidenbach et al. chez des survivantes allemandes à long terme, où 34,9 % présentaient une symptomatologie dépressive cinq à six ans après le diagnostic (39). Plusieurs éléments pourraient converger pour expliquer cet écart et invitent à le relativiser. D'abord, le délai de rémission de notre population était très étendu: la détresse tend à décroître à mesure que s'éloigne la phase aiguë du diagnostic et des traitements (40). Ensuite, l'instrument employé, le BDI-FS-Fr, échelle de dépistage brève pourrait capter moins de cas que la Hospital Anxiety and Depression Scale utilisée dans l'étude allemande ; l'hétérogénéité des outils rendant difficile toute comparaison directe. Enfin, la distribution des scores dépressifs de notre échantillon

présentait un net effet plancher, signe d'une symptomatologie globalement faible. Au-delà de sa fréquence, la détresse des survivantes revêt une portée pronostique qui en souligne l'importance en santé publique. Plusieurs travaux de cohorte et une méta-analyse portant sur plus de 280 000 patientes ont mis en évidence une association entre dépression ou anxiété et un risque accru de récurrence et de mortalité dans le cancer du sein (10,18,19) ; d'autres études confirmant le rôle prédictif de la détresse psychologique sur la survie (20,21). Repérer et prendre en charge la détresse, anxiété au premier chef, ne relève donc pas seulement du confort psychique, mais s'inscrit pleinement dans une démarche de soins susceptible d'influencer le parcours oncologique. Cette portée pronostique déplace d'ailleurs l'enjeu du seul registre clinique vers celui de la santé publique : si la détresse influence le pronostic, son repérage ne peut rester tributaire de la vigilance individuelle de chaque praticien, mais gagnerait à être organisé de façon systématique à l'échelle des parcours de soins oncologiques.

La première sous-hypothèse de notre travail évoquait qu'il existe une association négative entre la croissance post-traumatique et les niveaux d'anxiété et de dépression chez les femmes en rémission de cancer du sein. Conformément à cette dernière, la croissance post-traumatique s'est révélée inversement associée à l'anxiété, cette association étant significative. Le lien avec la dépression, orienté dans le même sens, n'atteignait pas le seuil de signification en analyse univariée mais redevenait significatif et protecteur dans le modèle multivarié, faisant de la croissance post-traumatique le seul facteur protecteur indépendant commun aux deux formes de détresse. Le niveau de croissance observé dans notre échantillon était globalement élevé (médiane PTGI = 73,5/105). Sans être directement comparable (notre étude ayant traité la croissance comme une variable continue sans seuil de catégorisation), ce constat va dans le même sens que la méta-analyse de Wu et al., qui rapporte qu'une proportion substantielle de patients atteints de cancer atteint des niveaux de croissance modérés à élevés (29). Ce résultat converge avec la revue de portée de Nisyrariou et al., qui, sur un large échantillon, conclut que la détresse psychologique est généralement inversement associée à la croissance post-traumatique chez les survivants du cancer (41), ainsi qu'avec la méta-analyse de Gahane et al. consacrée aux corrélats de la croissance dans le cancer du sein (42). Ces résultats concordent également avec les travaux de Li et al qui montraient que les patientes ayant des niveaux plus élevés de CPT auraient une plus grande capacité d'adaptation psychologique, une meilleure qualité de vie et des niveaux plus faibles d'émotions négatives, telles que l'anxiété et la dépression (31). Toutefois, la nuance qu'apportent nos données fait écho à l'hétérogénéité

documentée des résultats de la littérature à ce sujet. La méta-analyse de Marziliano et al. montre en effet que la relation entre détresse et croissance post traumatique n'est ni linéaire ni univoque, croissance et souffrance pouvant coexister chez une même personne (43). D'autres études, comme celle de Groarke et al, n'ont pas trouvé de corrélation significative entre les deux variables (44).

Nos résultats, en confirmant l'effet protecteur de la croissance tout en révélant sa moindre portée sur la dépression, s'accordent avec cette lecture nuancée. Ils invitent à envisager, au-delà de la seule réduction de la détresse, la place que peuvent occuper les processus de croissance susceptibles d'émerger de l'épreuve. Considérer la détresse et la croissance comme des dynamiques parallèles susceptibles de coexister ouvrirait ainsi la voie à une approche plus globale de l'accompagnement des patientes.

La seconde sous-hypothèse postulait qu'un recours plus important aux stratégies de coping mal adaptatives serait associé à des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression, tandis qu'un recours plus important aux stratégies adaptatives serait lui, associé à des niveaux plus faibles. Cette hypothèse n'est que partiellement confirmée. En effet, l'utilisation de stratégies de coping mal adaptatives était significativement associée à des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression, le coping mal adaptatif constituant par ailleurs un facteur de risque indépendant de dépression dans le modèle multivarié. En revanche, les stratégies de coping adaptatives ne présentaient pas d'association significative avec les niveaux de détresse psychologique, ne permettant pas de confirmer leur rôle protecteur attendu. Loin d'infirmier la pertinence du modèle transactionnel du coping, cette asymétrie que nous observons corrobore un constat solidement établi. Moritz et al. ont en effet démontré que le coping mal adaptatif est un prédicteur plus puissant de la sévérité symptomatique que le coping adaptatif, et que les deux dimensions ne sont pas réciproques : la présence de stratégies mal adaptatives pèse davantage que l'absence de stratégies adaptatives (45). La revue systématique d'Omari et al. aboutit à des conclusions convergentes, les stratégies d'adaptation non adaptatives étaient corrélées à une détresse accrue (2). L'examen du profil de coping de notre échantillon éclaire d'ailleurs ce résultat : les stratégies adaptatives y dominaient largement notamment l'acceptation, le soutien émotionnel, la réinterprétation positive ; les stratégies mal adaptatives étant globalement peu mobilisées, à l'exception de l'auto-distraktion et de l'expression des sentiments. Que ce soit précisément le versant le moins sollicité qui concentre l'association avec la détresse renforce l'idée que la présence, même modérée, de stratégies mal adaptatives

constitue un signal clinique plus pertinent que l'abondance des stratégies adaptatives. Sur le plan clinique, ce constat suggère que les interventions psychosociales gagneraient à cibler prioritairement la réduction des stratégies mal adaptatives plutôt que la seule promotion de stratégies adaptatives, dont le bénéfice sur la détresse apparaît plus incertain. Ce déplacement de perspective, de la valorisation du « positif » vers la désactivation du « négatif », constitue l'un des apports pratiques de ce travail. À l'échelle d'une population de survivantes, ce ciblage aurait en outre l'avantage d'une meilleure efficience : concentrer les ressources psychosociales, souvent limitées, sur la réduction des stratégies mal adaptatives plutôt que sur une seule promotion indifférenciée du coping adaptatif, permettrait d'orienter les moyens là où le besoin semble le plus manifeste.

L'analyse des liens entre croissance post-traumatique et coping a révélé une corrélation positive marquée avec les stratégies adaptatives et une corrélation négative avec les stratégies mal adaptatives. Ce profil est cohérent avec le modèle théorique de la croissance, qui se construit à travers la réinterprétation positive, l'acceptation, la recherche de sens et le soutien social (30). Il converge avec la revue systématique de Knauer et al., qui identifie le coping d'approche, le soutien social et certains traits de personnalité comme corrélats robustes de la croissance post-traumatique chez les patients atteints de cancer (26), ainsi qu'avec les travaux de modélisation de Zhang et al., qui montrent que les stratégies d'adaptation et la réévaluation cognitive sont les principales variables médiatrices, expliquant environ 73,1 % du lien entre le soutien social et la croissance post-traumatique (25). Nos résultats prolongent en cela les travaux longitudinaux de Bussell et Naus, qui identifiaient déjà la réinterprétation positive et la recherche de soutien comme prédicteurs de la croissance post-traumatique chez les survivantes du cancer du sein (46) et sont cohérents avec la littérature montrant que les individus présentant une croissance post-traumatique plus élevée ont tendance à recourir moins fréquemment à des stratégies de coping mal adaptatives, notamment le coping d'évitement. La méta-analyse d'Eisenstat et al., portant sur 96 études, met ainsi en évidence une association défavorable entre la croissance post-traumatique et les stratégies émotionnelles négatives, tandis que Brooks et al. montrent que le coping d'évitement constitue un facteur susceptible d'entraver le développement de la croissance post-traumatique (47,48). Cette association entre croissance et coping adaptatif éclaire enfin l'essor des interventions visant à stimuler la croissance post-traumatique, dont une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés a confirmé l'efficacité chez les patients atteints de cancer (31). Plusieurs essais

récents reposent précisément sur l'idée qu'en soutenant des stratégies adaptatives, il est possible de favoriser la croissance et l'ajustement psychosocial (49,50).

L'analyse des facteurs associés, conduite en deux temps, fait ressortir des déterminants partiellement distincts pour l'anxiété et la dépression.

S'agissant de l'anxiété, l'analyse univariée mettait en évidence quatre facteurs significatifs : un délai depuis la rémission plus court, une moindre croissance post-traumatique, la profession (statut sans emploi) et l'administration d'une chimiothérapie ; les trois derniers demeurant indépendamment associés à l'anxiété après ajustement.

L'association entre la chimiothérapie et l'anxiété rejoint un ensemble cohérent de travaux. Plusieurs études ont documenté l'impact de la chimiothérapie sur la détresse : Whisenant et al. ont décrit des trajectoires entre l'humeur dépressive et l'anxiété au cours de la chimiothérapie du cancer du sein, une proportion notable de patientes connaissant des niveaux élevés et persistants (51) ; Nakamura et al. ont également montré que la dépression et l'anxiété sont très fréquentes durant la chimiothérapie adjuvante ou néoadjuvante du cancer du sein (52). Par ailleurs, une seconde étude de cette équipe a établi que ces symptômes peuvent persister plusieurs années après l'achèvement de la chimiothérapie, impactant durablement le fardeau symptomatique des survivantes (53), observation directement pertinente pour notre population en rémission. L'association que nous observons entre chimiothérapie et anxiété trouve ainsi un solide ancrage dans la littérature : traitement le plus lourd et le plus redouté, la chimiothérapie laisse une empreinte psychologique durable, qu'entretiennent ses séquelles physiques et la mémoire de l'épreuve traversée.

L'association entre statut sans emploi et anxiété renvoie quant à elle au poids des déterminants socioéconomiques de la détresse. Le cancer du sein et ses traitements compromettent fréquemment le maintien ou le retour à l'emploi : Dans la cohorte prospective CANTO, les patientes ayant reçu des combinaisons de traitements systémiques incluant la chimiothérapie et le trastuzumab présentaient une probabilité significativement plus faible de reprise du travail deux ans après le diagnostic, comparativement à certaines autres stratégies thérapeutiques (17), et les travaux d'Aguiar-Fernández et al. ont mis en évidence que les survivantes d'un cancer du sein rapportaient des conséquences psychologiques, notamment une anxiété et des peurs persistantes, susceptibles d'entraver le retour à la vie professionnelle après les traitements (16). La perte du rôle professionnel et l'insécurité financière qui

l'accompagnent constituent ainsi des sources de vulnérabilité psychologique, ce qui pourrait éclairer l'association observée et désigner le soutien socioprofessionnel comme un point sur lequel il serait nécessaire de se pencher.

S'agissant de la dépression, trois facteurs subsistaient après ajustement : la présence d'une comorbidité psychiatrique, la croissance post-traumatique et le coping mal adaptatif. L'association avec la comorbidité psychiatrique, bien qu'imprécise du fait d'un effectif réduit, était attendue, étant donné que les antécédents psychiatriques constituent un facteur de vulnérabilité reconnu dans le développement de troubles dépressifs et anxieux après un diagnostic de cancer. Chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, Gandubert et al. ont notamment montré que les antécédents psychiatriques étaient associés à un risque accru de troubles psychiatriques après le diagnostic (54).

Deux enseignements transversaux se dégagent enfin. D'une part, la croissance post-traumatique apparaît comme le facteur protecteur le plus stable, et pour les deux issues : cette robustesse en fait le résultat le plus solide de l'étude, en accord avec le rôle protecteur que lui reconnaît la littérature (41–43). D'autre part, la corrélation ($r=0,70$) observée entre anxiété et dépression pourrait témoigner d'une comorbidité marquée, qui plaide pour une évaluation conjointe de ces deux dimensions.

Au-delà de la compréhension des mécanismes, ces résultats invitent à un changement de perspective, du soin individuel vers l'organisation collective de la prise en charge. La phase de rémission, longtemps traitée comme un simple retour à la normale, apparaît comme une période de vulnérabilité qui reste parfois en dehors des parcours de soins structurés. Or l'anxiété, forme de détresse la plus fréquente dans notre échantillon, se prête précisément à une logique de prévention secondaire : un repérage organisé, au moyen d'outils brefs et validés comme ceux mobilisés ici, permettrait de la détecter avant qu'elle ne s'installe ou ne compromette l'adhésion au suivi. Intégrer un tel dépistage aux consultations de surveillance, indépendamment de l'ancienneté de la rémission, suppose certes un effort organisationnel réel mais représente un investissement à la portée des systèmes de soins existants. Cette orientation soulève toutefois la question de l'accès effectif aux ressources qui devraient faire suite au repérage. Détecter la détresse n'a de sens que si des soins de support sont disponibles et accessibles en aval. Or ces ressources demeurent inégalement réparties, tant entre établissements qu'entre territoires. Nos résultats, à leur échelle, plaident pour que la santé

mentale des survivantes en rémission cesse d'être un angle mort de ces politiques, et pour que le suivi de rémission soit pensé comme un maillon à part entière du continuum de soins, intégrant systématiquement un repérage de dimension psychosociale.

4.2 Forces et limites

Ce travail présente plusieurs forces. Sur le plan méthodologique, il repose sur une analyse statistique rigoureuse, recourant à des méthodes adaptées à la distribution des données et à une régression pénalisée pour traiter le faible nombre d'événements dépressifs. Le recours à des instruments validés et la transparence dans le traitement des données en renforcent la solidité. Dans une perspective de santé publique, l'étude présente en outre l'intérêt de porter sur la phase de survie en rémission qui devient de plus en plus un véritable enjeu étant donné l'augmentation tangible du nombre de survivantes et d'examiner conjointement des facteurs de risque et de protection directement mobilisables pour la prévention.

Plusieurs limites doivent néanmoins être soulignées. La taille modeste de l'échantillon limite la précision et la puissance des analyses, tandis que son recrutement, circonscrit à deux hôpitaux de la région liégeoise, pourrait en restreindre la validité externe et la transposabilité à l'ensemble des survivantes en rémission, le modèle relatif à la dépression demeurant en outre exploratoire faute d'un nombre suffisant de cas. Le recours à des outils de dépistage auto-déclaratifs pourrait impliquer que les prévalences rapportées n'estiment que des cas probables plutôt que des diagnostics cliniques, et l'hétérogénéité des instruments d'une étude à l'autre limite la comparabilité des taux. Enfin, la proportion élevée de non-réponses concernant les revenus et le stade tumoral pourrait être due à un biais de mémoire ou à la difficulté de recontacter le médecin traitant afin d'avoir l'information claire. Ceci contribue donc à restreindre l'analyse des gradients sociaux et cliniques de la détresse, pourtant essentiels dans une optique d'équité en santé. Par ailleurs, l'effet plancher de la dépression limite la finesse de certaines analyses.

Une dernière limite, plus conceptuelle, mérite d'être soulignée. Notre étude établit des associations entre la croissance post-traumatique, les stratégies d'adaptation et la détresse, sans toutefois en démêler les mécanismes sous-jacents. Deux approches complémentaires pourraient lever cette limite. Une analyse de médiation testerait le chemin reliant coping, croissance et détresse ; tandis qu'une analyse de modération permettrait d'identifier d'éventuels facteurs susceptibles d'influencer l'intensité de ces relations. Menées sur des données longitudinales, ces approches permettraient enfin de préciser dans quel sens et selon

quel mécanisme ces relations opèrent. Une approche qualitative réaliste, attentive au contexte et au vécu, éclairerait quant à elle ce que les scores laissent dans l'ombre : la façon dont une survivante donne sens à son épreuve, et les raisons pour lesquelles une même stratégie aide l'une à se reconstruire sans y parvenir chez l'autre. Croiser ces deux regards affinerait notre compréhension de ces mécanismes, et avec elle le ciblage des interventions.

En dépit de ces limites, et compte tenu de la convergence de ses résultats avec la littérature, force est donc de constater que l'étude fournit des arguments utiles pour orienter le suivi psychosocial des femmes en rémission de cancer du sein et pourrait constituer les prémices d'une analyse longitudinale future.

5. CONCLUSION

Cette étude a permis d'évaluer la prévalence, les facteurs associés et les stratégies d'adaptation face à la dépression et l'anxiété chez les survivantes en rémission de cancer du sein. Au travers de plusieurs hypothèses, ce travail explore la proportion de détresse chez elles, leur croissance post traumatique et les types de stratégies de coping mobilisées, le lien existant entre ces derniers et l'influence des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de nos patientes sur la détresse. Si certaines hypothèses ont été confirmées notamment celles supposant qu'un niveau élevé de croissance post-traumatique serait associé à des niveaux plus faibles d'anxiété et de dépression, ou alors que l'utilisation de stratégies de coping mal adaptatives serait significativement associée à des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression, d'autres ne l'ont été que partiellement ; ces résultats ouvrent donc néanmoins la porte vers de nouvelles perspectives. De plus, cette étude met en évidence que l'anxiété constitue, davantage que la dépression, le principal fardeau psychologique des survivantes du cancer du sein en rémission, et identifie la croissance post-traumatique comme un facteur protecteur robuste, commun aux deux formes de détresse et stable à travers l'ensemble des analyses. À l'inverse, le recours aux stratégies d'adaptation mal adaptatives ressort comme un facteur de risque, en particulier de dépression, tandis que des déterminants sociaux, au premier rang desquels le statut sans emploi, et thérapeutiques notamment l'administration d'une chimiothérapie pèse plus spécifiquement sur l'anxiété.

Au-delà des résultats obtenus, et dans une perspective de santé publique, ce mémoire plaide pour l'intégration d'un dépistage systématique de la détresse (au premier chef, de l'anxiété) dans le suivi de rémission, indépendamment de son ancienneté, ainsi que pour le développement d'interventions psychosociales ciblant prioritairement la réduction des stratégies mal adaptatives tout en favorisant la croissance post-traumatique.

Les pistes évoquées au fil de ce travail permettent d'esquisser à quoi pourrait ressembler cette orientation. L'accompagnement par le coaching de vie et les programmes de pleine conscience en ligne (49,50), dont les premiers essais sont encourageants, agissent précisément sur les deux points que nos résultats désignent : ils soutiennent le développement de la croissance post-traumatique, facteur protecteur commun à l'anxiété et à la dépression dans notre étude, tout en offrant des alternatives aux stratégies mal adaptatives. Leur transposition au suivi des survivantes du cancer du sein, et en particulier leur capacité à réduire le coping mal adaptatif autant qu'à stimuler la croissance, mériterait d'être évaluée dans des essais dédiés.

Il reste néanmoins de nombreuses zones d'ombre. Comment intégrer durablement un repérage systématique de la détresse au suivi oncologique de rémission, sans alourdir le parcours de soins ? Quels dispositifs psychosociaux, et selon quelles modalités, sont les plus à même de réduire les stratégies mal adaptatives tout en stimulant la croissance post-traumatique ? Comment établir la direction réelle des relations qui unissent croissance, coping et détresse, et par quels mécanismes subjectifs ces liens opèrent-ils ? Quels déterminants sociaux et thérapeutiques tels que le statut professionnel, la chimiothérapie faut-il cibler en priorité pour prévenir la détresse, et par quelles voies ? Et en quoi le renforcement de la croissance post-traumatique peut-il, au-delà de la seule réduction des symptômes, transformer le parcours de soins et la qualité de vie des survivantes ? Autant de questions qui appellent des recherches complémentaires, dans une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire articulant les dimensions psychologiques, cliniques et sociales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clinicians*. mai 2021;71(3):209-49. doi:10.3322/caac.21660
2. Omari M, Amaadour L, El Asri A, Benbrahim Z, Mellas N, El Rhazi K, et al. Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: A systematic review. *Womens Health (Lond Engl)*. janv 2024;20:17455057241276232. doi:10.1177/17455057241276232
3. Breast cancer burden and screening inequalities in Europe | Knowledge for policy [Internet]. [cité 17 juill 2025]. Disponible sur: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/news/breast-cancer-burden-screening-inequalities-europe_en
4. Schittecatte G, Delnord M. THE BELGIAN INVENTORY OF CANCER CARE & CONTROL POLICIES [A state-of-play for 2023]. Belgium; 2023. p. 76.
5. Fondation contre le cancer. Baromètre belge du cancer [Internet]. Bruxelles: Benoit Koerperich; 2021. Disponible sur: https://cancer.be/wp-content/uploads/2024/01/fcc_barometre_du_cancer_2021.pdf
6. Statista [Internet]. [cité 17 juill 2025]. EU: breast cancer incidence in women 2022. Disponible sur: <https://www.statista.com/statistics/456804/breast-cancer-incidence-in-women-in-europe/>
7. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. *The Lancet Oncology*. janv 2014;15(1):23-34. doi:10.1016/S1470-2045(13)70546-1
8. actualizedevs. The NCCS Definition of a « Cancer Survivor ». Cancer Nation (Formerly NCCS) [Internet]. 24 juill 2014 [cité 4 août 2026]. Disponible sur: <https://canceradvocacy.org/defining-cancer-survivorship/>
9. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*. janv 2018;27(1):75-82. doi:10.1002/pon.4464
10. Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B, et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry*. déc 2020;25(12):3186-97. doi:10.1038/s41380-020-00865-6
11. Sharma A, Sriyuktasuth A, Phligbua W, Vongsirimas N. Psychological Distress among Breast Cancer Survivor and Their Spousal Caregiver. *J Nepal Health Res Counc*. 19 déc 2024;22(3):502-8. doi:10.33314/jnhrc.v22i03.4881 PubMed PMID: 39923162.
12. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. sept 2013;7(3):300-22. doi:10.1007/s11764-013-0272-z
13. Miller NE, Lally P, Conway R, Steptoe A, Frank P, Beeken RJ, et al. Psychological distress and health behaviours in people living with and beyond cancer: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 4 juill 2024;14(1):15367. doi:10.1038/s41598-024-66269-6 PubMed PMID: 38965364; PubMed Central PMCID: PMC11224398.

14. Miller KD, Nogueira L, Mariotto AB, Rowland JH, Yabroff KR, Alfano CM, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* sept 2019;69(5):363-85. doi:10.3322/caac.21565 PubMed PMID: 31184787.
15. Wagle NS, Nogueira L, Devasia TP, Mariotto AB, Yabroff KR, Islami F, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2025. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 1 août 2025;75(4):308-40. doi:10.3322/caac.70011
16. Aguiar-Fernández F, Rodríguez-Castro Y, Botija M, Martínez-Román R. Experiences of Female Breast Cancer Survivors Concerning Their Return to Work in Spain. *Behav Sci (Basel).* 2 oct 2021;11(10):135. doi:10.3390/bs11100135 PubMed PMID: 34677228; PubMed Central PMCID: PMC8533326.
17. Dumas A, Vaz Luis I, Bovagnet T, El Mouhebb M, Di Meglio A, Pinto S, et al. Impact of Breast Cancer Treatment on Employment: Results of a Multicenter Prospective Cohort Study (CANTO). *JCO.* 1 mars 2020;38(7):734-43. doi:10.1200/JCO.19.01726
18. Vodermaier A, Linden W, Rnic K, Young SN, Ng A, Ditsch N, et al. Prospective associations of depression with survival: a population-based cohort study in patients with newly diagnosed breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* janv 2014;143(2):373-84. doi:10.1007/s10549-013-2795-4
19. Shim EJ, Lee JW, Cho J, Jung HK, Kim NH, Lee JE, et al. Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: A National Health Insurance Service study in Korea. *Breast Cancer Res Treat.* janv 2020;179(2):491-8. doi:10.1007/s10549-019-05479-3
20. Groenvold M, Petersen MA, Idler E, Bjorner JB, Fayers PM, Mouridsen HT. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat.* 31 août 2007;105(2):209-19. doi:10.1007/s10549-006-9447-x
21. Phillips KA, Osborne RH, Giles GG, Dite GS, Apicella C, Hopper JL, et al. Psychosocial Factors and Survival of Young Women With Breast Cancer: A Population-Based Prospective Cohort Study. *JCO.* 1 oct 2008;26(28):4666-71. doi:10.1200/JCO.2007.14.8718
22. Eskelinen M, Korhonen R, Selander T, Ollonen P. Beck Depression Inventory as a Predictor of Long-term Outcome Among Patients Admitted to the Breast Cancer Diagnosis Unit: A 25-year Cohort Study in Finland. *AR.* 10 févr 2017;37(2):819-24. doi:10.21873/anticancer.11383
23. Bafunno D, Romito F, Lagattolla F, Delvino VA, Minoia C, Loseto G, et al. Psychological well-being in cancer outpatients during COVID-19. *J BUON.* 2021;26(3):1127-34. PubMed PMID: 34268981.
24. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman MD, Turner JR, éditeurs. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cité 16 août 2025]. p. 1913-5. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1005-9_215 doi:10.1007/978-1-4419-1005-9_215
25. Zhang H, Ma W, Wang G, Wang S, Jiang X. Effects of psychosocial factors on posttraumatic growth among lung cancer patients: A structural equation model analysis. *Eur J Cancer Care.* sept 2021;30(5). doi:10.1111/ecc.13450
26. Knauer K, Bach A, Schäffeler N, Stengel A, Graf J. Personality Traits and Coping Strategies Relevant to Posttraumatic Growth in Patients with Cancer and Survivors: A Systematic Literature Review. *Curr Oncol.* 6 déc 2022;29(12):9593-612. doi:10.3390/currenol29120754 PubMed PMID: 36547168; PubMed Central PMCID: PMC9776882.

27. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989;44(3):513-24. doi:10.1037/0003-066X.44.3.513
28. Cameron L, Leventhal H, éditeurs. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* [Internet]. 0 éd. Routledge; 2012 [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781136617324> doi:10.4324/9780203553220
29. Wu X, Kaminga AC, Dai W, Deng J, Wang Z, Pan X, et al. The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. janv 2019;243:408-15. doi:10.1016/j.jad.2018.09.023
30. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. janv 1996;9(3):455-71. doi:10.1002/jts.2490090305
31. Li J, Peng X, Su Y, He Y, Zhang S, Hu X. Effectiveness of psychosocial interventions for posttraumatic growth in patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Oncology Nursing*. oct 2020;48:101798. doi:10.1016/j.ejon.2020.101798
32. Malhotra M, Chebiyyam S. Posttraumatic Growth: Positive Changes Following Adversity -An Overview. Vol. 6. 2016;6(3):109-18.
33. Lantheaume S. *La Psychooncologie*. Paris: IN PRESS.
34. Dümmler D, Eck S, Hapfelmeier A, Fomenko A, Aktürk Z, Teusen C, et al. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for detecting anxiety disorders in adults. *Cochrane Central Editorial Service*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 19 déc 2025;2025(12). doi:10.1002/14651858.CD015458
35. Beck A, Steer R, Brown G. *BDI-Fast screen for medical patients: Manual*. San Antonio: Psychological Corporation; 2000.
36. Wang YP, Gorenstein C. Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics*. sept 2013;68(9):1274-87. doi:10.6061/clinics/2013(09)15
37. Meyer B. Coping with Severe Mental Illness: Relations of the Brief COPE with Symptoms, Functioning, and Well-Being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. déc 2001;23(4):265-77. doi:10.1023/A:1012731520781
38. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Medical Education*. 27 juin 2011;2:53-5. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
39. Breidenbach C, Heidkamp P, Hiltrop K, Pfaff H, Enders A, Ernstmann N, et al. Prevalence and determinants of anxiety and depression in long-term breast cancer survivors. *BMC Psychiatry*. 9 févr 2022;22(1):101. doi:10.1186/s12888-022-03735-3
40. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 26 mars 2005;330(7493):702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
41. Nisyraiou A, Bozas A, Kyrou D, Stavrogianni K, Vasilopoulou M, Kalomoiris G- M, et al. Post-Traumatic Growth in Adult Cancer Survivors: A Scoping Review of Psychological Factors, Predictors, and Interventions. *Int J Psychol*. oct 2025;60(5):e70097. doi:10.1002/ijop.70097

42. Gahane V, Deshpande Y, Goyal A. Correlates of post-traumatic growth for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Health Psychol.* mai 2026;31(6):2203-24. doi:10.1177/13591053251375310
43. Marziliano A, Tuman M, Moyer A. The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology.* avr 2020;29(4):604-16. doi:10.1002/pon.5314
44. Groarke A, Curtis R, Groarke JM, Hogan MJ, Gibbons A, Kerin M. Post-traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute?: Post-traumatic growth in breast cancer. *Psycho-Oncology.* juill 2017;26(7):967-74. doi:10.1002/pon.4243
45. Moritz S, Jahns AK, Schröder J, Berger T, Lincoln TM, Klein JP, et al. More adaptive versus less maladaptive coping: What is more predictive of symptom severity? Development of a new scale to investigate coping profiles across different psychopathological syndromes. *Journal of Affective Disorders.* févr 2016;191:300-7. doi:10.1016/j.jad.2015.11.027
46. Bussell VA, Naus MJ. A Longitudinal Investigation of Coping and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology.* 14 janv 2010;28(1):61-78. doi:10.1080/07347330903438958
47. Eissenstat SJ, Kim S, Kim B. A Meta-Study of Posttraumatic Growth and Coping Strategies. *Psychol Rep.* 1 août 2024;127(4):1588-612. doi:10.1177/00332941221139724
48. Brooks M, Graham-Kevan N, Robinson S, Lowe M. Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts, and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* févr 2019;11(2):232-8. doi:10.1037/tra0000372
49. Tock WL, Maheu C, Blondin S, Lee V, Neuman S, Meterissian S. The Effect of Life Coaching on Post-Traumatic Growth and Well-Being in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *Psycho-Oncology.* oct 2025;34(10):e70295. doi:10.1002/pon.70295
50. Gagnard M, Martin D, Stanic J, Hilfiker R, Bodmer A, Ljuslin M, et al. The Experience of Women With Breast or Gynecological Cancer After Participation in an Online Mindfulness-Based Cancer Recovery (e-MBCR) Program: Secondary Outcomes Analysis of a Pilot Mixed Methods Randomized Controlled Trial. *Psycho-Oncology.* nov 2025;34(11):e70334. doi:10.1002/pon.70334
51. Whisenant M, Wong B, Mitchell SA, Beck SL, Mooney K. Trajectories of Depressed Mood and Anxiety During Chemotherapy for Breast Cancer. *Cancer Nurs.* janv 2020;43(1):22-31. doi:10.1097/NCC.0000000000000670
52. Nakamura ZM, Deal AM, Nyrop KA, Chen YT, Quillen LJ, Brenizer T, et al. Serial Assessment of Depression and Anxiety by Patients and Providers in Women Receiving Chemotherapy for Early Breast Cancer. *The Oncologist.* 1 févr 2021;26(2):147-56. doi:10.1002/onco.13528
53. Nakamura ZM, Damone EM, Herrick HP, Nyrop KA, Deal AM, Brenizer AT, et al. Anticipating mental health needs after chemotherapy in early-stage breast cancer using patient-reported symptom screening. *Support Care Cancer.* mai 2022;30(5):3933-41. doi:10.1007/s00520-022-06827-8
54. Gandubert C, Carrière I, Escot C, Soulier M, Hermès A, Boulet P, et al. Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: a case–control study. *Psycho-Oncology.* oct 2009;18(10):1029-37. doi:10.1002/pon.1469

ANNEXES

ANNEXE I : Formulaire du consentement éclairé

Canevas Fic-etude-interventionnelle-adulte_sans médicament CEHFUL
_v 1.0 2025.04.15

Titre de l'étude : **Détresse psychologique : prévalence, facteurs associés et stratégies d'adaptation chez les patientes en rémission de cancer du sein en Wallonie : cas de deux hôpitaux de la ville de Liège**

II Consentement éclairé

Participant

Je déclare que j'ai été informée sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme mon médecin généraliste ou un membre de ma famille.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'équipe thérapeutique en charge de ma santé.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur de l'étude se portent garant de la confidentialité de ces données conformément à la législation européenne et belge d'application.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature de la volontaire.

Investigateur

Je soussigné, Professeur Guy JERUSALEM, investigateur (ou son représentant), confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que la participante accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

**Nom, prénom, Date et signature
du représentant de l'investigateur**

**Nom, Prénom, Date et signature
de l'investigateur**

ANNEXE II : Questionnaire socio-démographique et clinique

Numéro de la fiche :

Date de recrutement :

Veillez s'il vous plaît cocher devant la case correspondante

Âge en années		 années
Nombre d'années depuis la rémission		 années
Domicile	1-ville de Liège	
	2-autre	
Profession	1-étudiante	
	2-secteur public	
	3-secteur privé	
	4-retraitée	
	5-sans emploi	
Statut matrimonial	1-célibataire	
	2-mariée	
	3-divorcée	
	4-veuve	
	5-en cohabitation légale	
Niveau de scolarisation	1-aucun	
	2-primaire	
	3-secondaire	
	4-supérieur	
Revenus mensuels nets du ménage	1- Moins de 1 500 €	
	2-Entre 1 500 € et 2 499 €	
	3-Entre 2 500 € et 3 499 €	
	4-Entre 3 500 € et 4 499 €	
	5-plus de 4500 €	
	999- je préfère ne pas répondre	

Stade du cancer au diagnostic	1-stade I	
	2-stade II	
	3-stade III	
	4-stade IV	
	888-je ne sais pas	
Type de traitement reçu	1-chirurgie	
	2-chimiothérapie	
	3-radiothérapie	
	4-hormonothérapie	
	5-thérapie ciblée/immunothérapie	
	6-autre	
	7-je ne sais pas	
	8-je préfère ne pas répondre	
Présence d'un handicap	1-oui	
	2-non	
Existence d'une comorbidité psychiatrique antérieure	1-oui	
	2-non	
Antécédents familiaux de cancer du sein	1-oui	
	2-non	

ANNEXE III : Questionnaire de dépression de Beck (BDI-FS-Fr)

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre état au cours de ces 2 dernières semaines.

1 Tristesse

- 0- Je ne me sens pas triste.
- 1- Je me sens très souvent triste.
- 2- Je suis tout le temps triste.
- 3- Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0- Je ne me sens pas découragée face à mon avenir.
- 1- Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
- 2- Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3- J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Echs dans le passé

- 0- Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
- 1- J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2- Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échs.
- 3- J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0- J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1- Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.

- 2- J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3- Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments négatifs envers moi-même

- 0- Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
- 1- J'ai perdu confiance en moi.
- 2- Je suis déçue par moi-même.
- 3- Je ne m'aime pas du tout.

6 Attitude critique envers soi

- 0- Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1- Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2- Je me reproche tous mes défauts.
- 3- Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

7 Pensées ou désirs de suicide

- 0- Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1- Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2- J'aimerais me suicider.
- 3- Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

ANNEXE IV : Echelle Anxiété-trait (STAI)

En général dans mon quotidien :	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens de bonne humeur, aimable				
Je me sens nerveuse				
Je me sens contente de moi				
Je voudrais être aussi heureuse que les autres				
J'ai un sentiment d'échec				
Je me sens reposée				
J'ai tout mon sang froid				
J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
Je me sens heureuse				
J'ai des pensées qui me perturbent (angoisse)				
Je manque de confiance en moi				
Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
Je prends facilement des décisions				
Je me sens incompétente, pas à la hauteur(impuissance)				
Je suis satisfaite				
Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
Je prends les décisions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
Je suis une personne stable, posée, solide				
Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis				

ANNEXE V : Echelle de croissance post traumatique (PTGI)

Être exposé à un évènement traumatique peut provoquer des changements chez des personnes. Veuillez indiquer pour chacun des énoncés qui suivront ce qui correspond le mieux à votre situation.

0	1	2	3	4	5
Je n'ai pas vécu ce changement	J'ai très peu vécu ce changement	J'ai peu vécu ce changement	J'ai modérément vécu ce changement	J'ai fortement vécu ce changement	J'ai très fortement vécu ce changement

Depuis ma rémission de mon cancer	0	1	2	3	4	5
1) J'ai changé mes priorités concernant ce qui est important dans la vie						
2) J'ai une plus grande appréciation pour la valeur de ma propre vie						
3) J'ai développé de nouveaux intérêts						
4) J'ai un plus grand sentiment d'autonomie						
5) J'ai une meilleure compréhension de la spiritualité						
6) Je vois plus clairement que je peux compter sur les gens dans des moments difficiles						
7) Je sens que ma vie a pris un parcours différent						
8) Je me sens beaucoup plus proche des autres						

9)je suis plus en mesure d'exprimer mes émotions						
10)je sais davantage que je peux résoudre les problèmes						
11)je suis capable d'accomplir de meilleures choses dans ma vie						
12)je suis plus capable d'accepter la tournure des évènements						
13)je suis capable de mieux apprécier la valeur de chaque journée						
14)je crois que de nouvelles opportunités qui n'auraient pu se révéler auparavant se présentent maintenant						
15)j'ai plus de compassion envers les autres						
16)J'investis plus d'efforts dans mes relations						
17)je suis plus enclin à faire des changements là où ils sont nécessaires						
18)je sens que mes croyances religieuses sont plus profondes						
19)j'ai découvert des forces que je ne croyais pas avoir						
20)j'ai réalisé à quel point les gens peuvent être formidables						
21)j'accepte mieux le fait que j'ai besoin des autres						

ANNEXE VI : Echelle BRIEF COPE d'évaluation des stratégies d'adaptation

Pour chaque item présenté dans le tableau suivant, veuillez à chaque fois cocher dans la case correspondante en fonction des consignes ci-après :

- 1 = Je ne le fais jamais
- 2 = Je le fais un peu
- 3 = Je le fais modérément
- 4 = Je le fais beaucoup

	1	2	3	4
1) Je me suis tournée vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées				
2) J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.				
3) Je me suis dit que ce n'était pas réel.				
4) J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.				
5) J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.				
6) J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.				
7) J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles				
8) J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.				
9) J'ai évacué mes sentiments déplaisants en parlant.				
10) J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.				
11) J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif				
12) Je me suis critiquée.				
13) J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.				
14) J'ai recherché le soutien et la compréhension de				

quelqu'un.				
15)J'ai abandonné l'espoir de faire face.				
16)J'ai pris la situation avec humour.				
17) J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).				
18) J'ai exprimé mes sentiments négatifs.				
19)J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.				
20)J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation				
21)J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.				
22)J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation				
23)J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.				
24)J'ai planifié les étapes à suivre.				
25)Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.				
26)J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait				
27) J'ai prié ou médité				
28)Je me suis amusée de la situation.				

ANNEXE VII : DECISION DU COMITE D'ETHIQUE

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2025 / 525

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)
Approval form for a clinical trial (following page)

Protocole

Détresse psychologique : prévalence, facteurs associés et stratégies d'adaptation chez les patientes en rémission de cancer du sein en Wallonie : Cas de deux hôpitaux de la ville de Liège.

Service de : SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
Clinical unit

Chef de Service : Prof. A-F. DONNEAU
Director of the clinical unit

Expérimentateur principal : Prof. G. JERUSALEM
Principal investigator

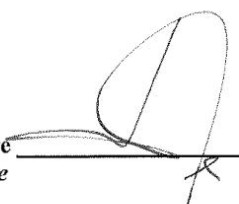
Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :
By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée
has accepted the performance of the study

☒☐

Signature
Signature



Nom : Prof. D. LEDOUX Président
Printed name :

Date, *Date* :

26/01/2026

The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures

*Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX Représentante des patients, membre extérieure au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Céline KEMPENEERS Pédiatre, CHU	
Madame Sophie KESSELER Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Monsieur Jacques LOMBET Pédiatre, Citadelle	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacienne, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	