

Comment les grands-parents vivent la maladie cancéreuse de leur petit-enfant

Lucia Seifert¹, Felix Niggli², Eva Bergsträsser^{2,3}, Zurich

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Introduction

Les grands-parents de patients oncologiques montrent une grande présence auprès de leurs petits-enfants hospitalisés. Pour les grands-parents c'est une des tâches les plus importantes, de simplement «être là» pour leurs petits-enfants¹⁾, et surtout d'être aux côtés de l'enfant malade²⁾. Les parents d'enfants qui survivent longtemps souhaitent une implication plus importante des grands-parents dans la prise en charge des enfants³⁾. Aujourd'hui la plupart des enfants atteints d'un cancer guérit, à côté du traitement la santé psychosociale de l'enfant et de la famille devrait donc être au centre de nos préoccupations⁴⁾. Les besoins plus larges d'une prise en charge centrée sur la famille devraient être étudiés en oncologie pédiatrique.

Cette étude souhaite explorer l'accompagnement d'enfants atteints d'un cancer et de leur famille, notamment des grands-parents. Le premier objectif était de faire le point sur la situation, le rôle et la satisfaction de grands-parents qui soutiennent leur petit-enfant malade et sa famille à la clinique pédiatrique et au dehors. Le deuxième objectif consiste à formuler des recommandations pour mieux soutenir les grands-parents dans leur tâche.

Méthode

La situation psychosociale des grands-parents d'un enfant atteint d'un cancer a été analysée par une méthode qualitative⁵⁾. De janvier à juin 2012 les grands-parents de 14 patients oncologiques ont été questionnés, dans une interview dirigée, sur le vécu de leur engagement pour la famille concernée, leur état psychique et leurs souhaits.

Ont été inclus les grands-parents d'enfants (0-18 ans) qui suivaient au moment de l'enquête une chimiothérapie dans le service d'oncologie. Le diagnostic de la maladie cancéreuse devait dater d'au moins quatre se-

maines et le dernier traitement hospitalier de pas plus de quatre semaines. Pour le recrutement était exigé l'accord écrit des grands-parents ainsi que l'accord oral des parents de l'enfant et, selon l'âge, de l'enfant lui-même. L'étude a été examinée par la commission éthique du canton de Zurich qui l'a approuvée (no de référence: KEK-ZH-Nr. 2012-0003).

Le questionnaire a été évalué par une interview pilote avec une grand-mère dont le petit-enfant était décédé une année auparavant. Il contenait les sujets «Communication et information concernant la maladie, le traitement et l'évolution», «Perception et interaction des soignants et médecins avec la famille», «État émotionnel des grands-parents» et «Idées et souhaits pour soutenir les grands-parents». Le catalogue de questions a été adapté, au courant de l'étude, en fonction du contenu des entretiens⁶⁾. Les interviews ont été enregistrées, transcrites et anonymisées et traitées au moyen d'un logiciel professionnel pour l'analyse qualitative des données⁷⁾. Pour l'analyse des interviews, a été utilisée l'analyse de contenu qualitative⁸⁾. Après la lecture des interviews ont été constituées progressivement cinq catégories de thèmes principaux (tabl. 1).

Résultats

Treize des 15 familles contactées ont répondu positivement et ont été incluses dans l'enquête. En raison de sa pertinence l'interview pilote a été incluse dans l'évaluation. Des 14 petits-enfants, 4 étaient de sexe féminin et 10 de sexe masculin, l'âge allant de 1.4 à 16 ans (médian 4 ans). Les cancers étaient hétéro-

gènes (leucémie, tumeur cérébrale, tumeur maligne de l'os, rénale ou de cellules germinales, neuroblastome, lymphome).

Nous détaillons ci-après les thèmes principaux du *tableau 1*.

Attitude et opinion de grands-parents

Les grands-parents soutenaient les parents de l'enfant malade avec engagement. Ils renonçaient dès le moment du diagnostic aux voyages et loisirs lorsque ces activités limitaient le soutien apporté à la famille. La plupart des grands-parents étaient à la retraite au moment du diagnostic. Les grands-parents encore professionnellement actifs auraient quitté leur profession pour leur petit-enfant.

«Si mon petit-fils était tombé malade une année plus tôt j'aurais arrêté de travailler. Mon petit-fils est plus important que mon job.»

Les grands-parents ont concentré leur énergie sur le soutien de la jeune famille. Ainsi ils se sont efforcés de surmonter le choc du diagnostic et les angoisses l'accompagnant sans accabler encore plus les parents avec leurs propres émotions. Ils évitaient des sujets comme le mauvais pronostic de leur petit-enfant.

«Ça c'est donné assez rapidement de quoi parler avec ma fille et de quoi pas. C'était évident que nous ferions le chemin ensemble et quand-même différemment.»

Vis à vis du petit-enfant les grands-parents adoptaient une attitude positive. Ils s'efforçaient de se montrer insouciant afin de ne pas le déstabiliser.

«Ne pas parler beaucoup, ne pas pleurer, ne pas rouspéter. La petite comprend tout, elle réagit tout de suite et devient nerveuse. Rire normalement, jouer normalement, raconter, alors l'enfant se montre lui aussi positif.»

Attitude et opinion des grands-parents d'un petit-enfant atteint d'un cancer
Rôle et tâches des grands-parents d'un petit-enfant atteint d'un cancer
Satisfaction et émotions des grands-parents d'un petit-enfant atteint d'un cancer
Souhaits vis à vis de l'hôpital pour le soutien de familles futures avec un enfant atteint d'un cancer
Ressources et stratégies de coping des grands-parents d'un petit-enfant atteint d'un cancer

Tableau 1: Sujets principaux des interviews.

¹ Allgemeine Pädiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

² Pädiatrische Onkologie, Universitäts-Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

³ Kompetenzzentrum Pädiatrische Palliative Care, Universitäts-Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Les grands-parents ne se sentaient, comparés aux parents, qu'indirectement touchés par la maladie de leur petit-enfant et donnaient la priorité aux besoins des parents. Ils veillaient à ce que les parents leur manifestent leurs besoins, tout en ne les soulageant pas de toute chose.

« Soutenir les enfants selon leurs besoins. Ne pas trop s'en mêler, ne pas croire qu'on sait tout mieux. S'ils nécessitent des tuyaux, ils nous le diront. Il est important que les enfants sachent qu'il y a quelqu'un qu'on peut appeler lorsque ça va mal. »

Les grands-parents réprimaient leur souhait d'obtenir des informations professionnelles sur la maladie. S'il y avait un bon échange avec les parents, aussi concernant les entretiens avec les médecins, presque tous les grands-parents étaient satisfaits des informations reçues.

« Nous n'avons pas besoin d'avoir des informations détaillées, notre fille note tout et elle le fait très bien. Nous pouvons donc nous orienter sur elle. »

Les grands-parents souhaitent par contre des informations écrites ou un entretien avec médecins lorsque les parents retenaient les informations. Ce souhait s'accroissait lorsqu'il y avait des complications ou des changements du plan de traitement.

« Nous ne savons pas pourquoi il est tombé dans un groupe moins favorable, quelles sont, dans ce cas, les chances de guérison, jusqu'à quand durera l'angoisse. Nous nous trouvons dans la situation d'avoir un junior pas très causant et communicatif. »

Une grand-mère souhaitait un entretien avec le médecin pour pouvoir exprimer des questions *« qu'on ne pose pas tellement à ses propres enfants »*.

Rôle et tâches des grands-parents

Par leur lien émotionnel étroit à la jeune famille les grands-parents représentaient une ressource précieuse. Ils s'orientaient aux besoins des parents, étaient disponibles à tout moment et très résilients.

« Il faut être flexible. S'il y a un problème, notre fille nous appelle et on y va. Nous sommes toujours sur la brèche. »

Des grands-parents venaient aussi à l'hôpital pour soulager leur fille ou belle-fille et lui permettre quelques heures de repos.

« J'ai cuisiné le repas pour que (ma belle-fille) mange correctement, et l'après-midi elle a pu vaquer à ses besoins et moi je me suis occupée du petit. »

Les grands-parents rendaient visite à leur petit-enfant hospitalisé, pour lui faire plaisir et lui tenir compagnie, lui apportaient par exemple son plat préféré.

« Artichauts. Ça il aime. Je lui ai dit: (Au magasin j'ai vu des artichauts, tu veux que je t'en achète un ?) Alors il dit: (Oh oui, tu me l'apportes, et avec un tube du mayonnaise ?) Alors je l'ai cuit ce matin et on verra s'il l'aime ou pas. »

Les grands-parents relayaient les parents lors des hospitalisations, ou accompagnaient leur petit-enfant au rendez-vous ambulatoires lorsque les parents étaient très pris ou devaient s'occuper des frères et sœurs à la maison.

La présence des grands-parents variait en fonction des distances et de leur santé. Lorsque les grands-parents partageaient la prise en charge de leur petit-enfant malade ou gardaient régulièrement les frères et sœurs, les contacts étaient quotidiens. Lorsque les distances entre les domiciles étaient plus grandes, ils rendaient visite en général une à deux fois par semaine. Les échanges téléphoniques concernant l'état de leur petit-enfant étaient fréquents.

« Nous communiquons tout le temps, aussi par téléphone, quand ils sont à l'hôpital elle m'appelle ou alors c'est moi qui l'appelle: (Alors, avez-vous bien dormi ? Déjà debout ?) Les contacts sont très réguliers. »

Le soutien financier des parents par les grands-parents, en raison d'une réduction du revenu à cause de la maladie ou de la situation particulière, n'était que rarement abordé. Une seule grand-mère a mentionnée avoir établi un budget avec sa fille.

Satisfaction et émotions des grands-parents

Le diagnostic de cancer a déclenché désespoir et tristesse auprès des grands-parents.

« Comme un choc, ce diagnostic. C'est comme si l'on avait éteint la lumière et que le monde

n'est plus que gris-noir. On pleurait les deux, nous nous sommes demandés pourquoi l'enfant, pourquoi un enfant doit-il souffrir à ce point ? »

Ils trouvaient injuste qu'un enfant tombe malade avant les grands-parents. De nombreux grands-parents ne savaient pas qu'un enfant aussi peut être atteint d'un cancer.

« Pour moi c'est terriblement difficile, pourquoi lui et pas moi. Je trouve cela profondément injuste. »

Ils admiraient la force et la persévérance des parents tout en compatissant. Ils craignaient que les parents ne résistent pas à la charge occasionnée par la maladie. Le plus grand souci était que leur petit-enfant puisse mourir. De ce fait ils lui montraient une affection toute particulière. En même temps ils s'efforçaient à prêter attention aussi aux frères et sœurs sains.

Certains grands-parents constataient un bénéfice secondaire de la situation, car la famille se soudait et parce qu'ils voyaient plus souvent leur petit-enfant. Certains ont aussi mentionné que leur forme physique s'était améliorée par cette nouvelle tâche. Les grands-parents handicapés physiquement en raison de leur âge souffraient de leur manque de flexibilité et avaient le sentiment de ne pas être à la hauteur.

« Ce que je souhaiterais, c'est d'être plus solide, pouvoir mieux soutenir ma fille mais ça ne va pas très bien, car je ne marche plus très bien. Et cela me pèse un peu, de lâcher en tant que grand-mère. »

Souhaits vis-à-vis de l'hôpital pour le soutien de futures familles

Subjectivement, les grands-parents eux-mêmes ne manquaient pas de soutien. Ils avaient organisé de l'aide professionnelle ou assuraient qu'ils géraient la situation. La plupart des grands-parents appréciaient la possibilité de faire connaissance d'autres grands-parents concernés, p. ex. dans un « café grands-parents ».

« Ce que je cherche, c'est un lieu de contact pour grands-mamans. C'est ce qui m'aiderait le plus, c'est pouvoir parler à quelqu'un qui vit la même chose, qui sait ce que cela vous fait. »

« Ce serait bien de trouver un endroit où des grands-parents pourraient se trouver pour

échanger. Il y a quand même beaucoup de choses qu'on pourrait discuter entre grands-parents.»

Une plus petite partie des grands-parents trouvait par contre que participer à un «*café grands-parents*» serait une charge supplémentaire. Ce serait trop émotionnel «*d'entendre d'autres destins*» et impossible sur le plan organisationnel «*de caser encore une activité supplémentaire*».

Un autre soutien possible de la part de l'hôpital qui a été mentionné, est une personne de référence pour la famille.

«Ce serait bien d'avoir une personne de référence qui est là pour toute la famille. Peut-être quelqu'un de l'hôpital qui connaît bien le cas de notre petit-enfant, qui connaît aussi les conditions familiales, qui sait ce qui pèse sur la famille, quels soucis elle a à côté de la maladie de leur enfant.»

Les grands-parents n'attendaient pas une attention particulière de la part de l'équipe médicale. Au centre était uniquement la relation avec leur petit-enfant malade et ses parents.

«Je trouve le médecin assez distant vis-à-vis de moi. Le plus important pour moi c'est comment il s'occupe de l'enfant et de ma fille, s'il est dévoué et affectueux.»

Ressources et stratégies de coping des grands-parents

Les grands-parents puisent leur énergie du fait d'être là pour leur famille.

«Nous ne pouvons malheureusement pas guérir notre petit-fils mais nous pouvons au moins soutenir la famille, et cela on le fait avec toutes nos forces.»

Une ressource importante mentionnée était un large ancrage social de la famille.

«Voir, comme ma fille et le beau-fils s'en sortent. Tous ces gens magnifiques qui nous accompagnent, c'est ce qu'il y a de plus important et de plus beau.»

La nature de l'enfant conditionnait les émotions des grands-parents. Un enfant vif et gai leur donnait des forces, un petit-enfant trop gentil était par contre plus difficile à supporter.

«Le petit fils nous aide parce qu'il est impertinent. Pour nous c'est mieux que s'il traînait comme une fleur fanée. Et qu'il en profite. Ainsi nous réalisons que le petit gars est bien là.»

Les grands-parents sont portés par la confiance que des succès thérapeutiques sont possibles.

«C'était un soulagement d'apprendre que la médecine est en mesure de guérir le 80-90%. Alors je me suis dit, mon petit-fils guérira.»

Pour certains, à côté de la confiance dans les professionnels, la religion et la foi jouaient un rôle.

«Je fais confiance au médecin et à Celui là-haut. Je prie et je jeûne pour ma petite-fille. Il faut se lever tôt, avant le lever du soleil, et toujours faire une offrande, des fleurs, de l'eau ou des fruits.»

Les rechutes et les complications rendaient les grands-parents tristes. Ils cherchaient alors activement des informations qui leur donnaient à nouveau de l'espoir et ils en tiraient l'énergie pour assister la famille. Ils s'efforçaient de ne pas mêler leurs propres émotions au quotidien de leur petit-enfant.

«Ne pas montrer devant l'enfant qu'on est triste, lui donner du courage, lui dire (Tu y arriveras, nous y arriverons). Je trouve important d'avoir une attitude positive et qu'on puisse rire avec l'enfant. Ne pas penser qu'à soi-même mais surtout à l'enfant.»

Les grands-parents vivant en couple apparaissent plus équilibrés et confiants que les grands-parents vivant seuls.

«Le petit-fils est toujours ce qu'il y a de plus important. Nous sommes très fiers de la manière que nous accomplissons cela ensemble.»

Discussion

Lorsqu'un petit-enfant est atteint d'un cancer, le soutien du petit-enfant et de ses parents est primordial pour les grands-parents. Pour ce faire, ils sont prêts à réorganiser leur vie. En aucun cas ils ne voudraient être un poids supplémentaire pour la famille. Pour la plupart il est suffisant de n'être informés sur la maladie que par les parents. Par un bon ancrage social, les grands-parents ayant participé à notre étude ne manquaient pas de soutien pour eux-mêmes.

Les grands-parents sont «doublement» touchés par le cancer de leur petit-enfant car ils partagent la tristesse de leurs enfants et la souffrance de leur petit-enfant. Malgré cela ils se retiennent et mettent le soutien de la famille au centre de leurs préoccupations. Moules et al.^{9),10)} ont questionné 16 grands-parents d'un petit-enfant atteint d'un cancer et comparé la grand-mère à une lionne qui protège ses petits¹⁰⁾.

Les grands-parents ont appris jusqu'où ils pouvaient/devaient libérer leurs enfants de certaines tâches sans saper leur rôle de parents. Les grands-parents de petits-enfants autistes laissaient aussi certaines tâches spécifiques aux parents, pour ne pas «s'en mêler»¹¹⁾. D'après Moules et al.⁹⁾ les grands-parents s'efforçaient d'aider sans déranger: ils renonçaient au confort, étaient toujours disponibles et se retiraient lorsque la jeune famille avait besoin de temps pour elle-même.

Les grands-parents faisaient preuve d'expérience de vie et de sérénité et reconnaissaient que c'est la jeune famille qui était touchée par la plus grande douleur. Youngblut et al.¹²⁾ relèvent que les grands-parents dont le petit-enfant était décédé, ressentait moins le désespoir, la culpabilité, la colère et le détachement et plus le gain en maturité que les parents. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les grands-parents réussissent effectivement à acquérir une certaine distance vis-à-vis de la maladie et du sort de la famille. Charlebois et Bouchard²⁾ par contre ont conclu que le cancer de leur petit-enfant affectait autant les grands-parents que les parents. Dans leur enquête, le diagnostic datait néanmoins de deux mois au maximum, les réponses pouvant donc être influencées par le «choc» initial.

Margetts et al.¹¹⁾ ont observé que les grands-parents préféraient le petit-enfant malade à ses frères et sœurs. Les grands-parents que nous avons interviewés ont aussi confié avoir un lien particulier avec le petit-enfant malade. Ils avaient de la peine à refuser ses désirs: ils se demandaient, combien de temps ils auraient leur petit-enfant encore auprès d'eux. Alors que les grands-parents d'un petit-enfant autiste craignaient ne pas pouvoir lui expliquer la raison d'une interdiction.

Concernant les besoins d'information, nous avons constaté une grande modestie. Les informations reçues par les parents leur suffi-

saient généralement. Seulement lorsque ceux-ci étaient hésitants à transmettre les renseignements reçus, ils ont souhaité des informations par écrit ou de pouvoir assister à un entretien avec le médecin. Wakefield et al.¹³⁾ ont observé que les grands-parents paternels ressentait un grand besoin d'informations écrites, ce qui a été expliqué par la plus grande implication directe des grands-parents maternels. Grand était notamment l'intérêt à obtenir des éclaircissements sur les chances de survie et les conséquences possibles du cancer de leur petit-enfant, les grands-parents ne voulant pas ennuyer les parents avec ces questions. Nous avons fait ces mêmes constatations dans notre étude.

Le soutien des grands-parents par leur entourage social⁹⁾ et par d'autres professionnels²⁾ a été jugé insuffisant dans d'autres études. Certains grands-parents souffraient de voir des amis prendre des distances et se sentaient cruellement ignorés par les équipes soignantes⁹⁾. Comme pour les enfants et les parents, ils souhaitaient de l'aide psychologique²⁾. Dans notre étude par contre, les grands-parents se sentaient soutenus par leur entourage et estimaient adéquate la focalisation sur leur petit-enfant et ses parents par l'équipe soignante. Le partenaire représentait une ressource importante, avec qui gérer des situations difficiles et partager les émotions et le deuil.

La confiance dans l'équipe soignante et l'hôpital, comme nous avons pu l'observer, joue probablement un rôle important. Ceci est confirmé par Mack et al.¹⁴⁾: les parents mentionnaient ressentir une plus grande paix intérieure lorsqu'ils faisaient confiance à l'oncologue traitant.

Limitations

Il est possible que par le processus de recrutement aient été sélectionnées des familles à la structure intacte. Les grands-parents psychologiquement instables ont éventuellement refusé la participation. Le critère exigeant que le diagnostic devait dater d'au moins un mois fait que les grands-parents avaient surmonté le désespoir initial. Les différences entre les sexes n'ont pas été examinées. On pourrait se demander si les grands-mères sont plus fortement impliquées que les grands-pères, la grand-mère étant présente à toutes les interviews. Aucun grand-père n'a accepté de participer seul. Il est aussi possible que les grands-pères rechignent à parler de sujets

touchant la sphère émotionnelle. Le sur-nombre de petits-fils par rapport aux petites-filles était involontaire.

Résumé

Le cancer d'un petit-enfant est source de beaucoup de soucis et de peurs pour les grands-parents. Grâce à leur expérience de vie, ils se tiennent comme un « roc » solide derrière la jeune famille et la soutiennent émotionnellement. Ils s'orientent aux besoins des parents et sont les personnes idéales pour la prise en charge du petit-enfant malade ou de ses frères et sœurs. Il sont souvent retraités, en bonne santé physique et ont une relation affectueuse avec leurs petits-enfants. Il est naturel pour eux que les parents prennent avec l'équipe médicale les décisions thérapeutiques importantes. En général il leur suffit d'être informés sur la maladie de leur petit-enfant par les parents. Certains souhaitent des informations directement par l'équipe médicale ou pouvoir participer à un entretien avec le médecin. Certains souhaitent pouvoir rencontrer d'autres grands-parents dans la même situation afin d'échanger et se soutenir mutuellement.

Recommandations pour un soutien actif des grands-parents

Sur la base de notre enquête nous recommandons qu'un entretien avec les grands-parents concernés ou un flyer disponible dans le service d'oncologie comprenne les points suivants:

D'autres grands-parents ont trouvé utile:

- d'offrir activement de l'aide aux parents, tout en attendant ensuite qu'ils expriment leurs souhaits. Les parents nécessitent du temps pour « s'habituer » à la nouvelle situation, pour trouver leurs marques et s'organiser. C'est seulement alors qu'ils sauront pour quelles tâches les grands-parents peuvent être un soutien.
- de pouvoir planifier ce qui peut l'être et ne pas être « à disposition », ce qui à la longue pèse physiquement et émotionnellement. Si suffisamment de personnes participent au soutien de la famille, il est possible d'organiser un « service d'urgence ». Chacun peut p. ex. assumer un jour de la semaine et se concentrer sur autre chose ou se proposer les autres jours.
- d'informer le médecin de famille sur leur nouvelle tâche, demander un soutien de sa part et, si possible, de la part du service psychologique de l'hôpital.

- de participer en accord avec les parents aux entretiens avec le médecin traitant.

En outre l'offre d'un « café grands-parents » deux ou trois fois par année, pour échanger avec d'autres grands-parents concernés, pourrait s'avérer utile.

Références

- 1) Höpflinger F, Hummel C, Hugentobler V. Enkelkinder und ihre Grosseltern - intergenerationelle Beziehungen im Wandel. Seismo-Verlag 2006. Kap. 5.6 S. 60-65.
- 2) Charlebois S, Bouchard L. «The worst experience»: The experience of grandparents who have a grandchild with cancer. Canadian Oncology Nursing Journal. 2007; 17(1):26-30.
- 3) Peck B. Effects of childhood cancer on long-term survivors and their families. British Medical Journal 1979;1:1327-1329.
- 4) Bergsträsser E. Childhood Cancer - are there predictors of parental well-being? Support Care Cancer. 2007;15:799-800.
- 5) Creswell JW. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 1997.
- 6) Hopf C. Qualitative Interviews - Ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, eds. Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt; 9. ED. 2012. Kap. 5.2 S. 349-360.
- 7) MAXQDA10. The Art of Text Analysis. Verbi Software-Consult-Sozialforschung GmbH. Version 10 R240113.
- 8) Mayring Ph. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, eds. Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt; 9. ED. 2012. Kap. 5.12 S. 468-475.
- 9) Moules NJ, Laing CM, McCaffrey G, Tapp DM, Strother D. Grandparents Experiences' of Childhood Cancer. Part 1: Doubled and Silenced. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2012;29(3):119-132.
- 10) Moules NJ, McCaffrey G, Laing CM, Tapp DM, Strother D. Grandparents Experiences' of Childhood Cancer. Part 2: The Need for Support. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2012;29(3):133-140.
- 11) Margetts JK, Le Couteur A, Croom S. Families in a state of flux: the experience of grandparents in autism spectrum disorder. Child: Care, Health and Development. 2006; 32,5:565-574.
- 12) Youngblut JM, Brooten D, Blais K, Kilgore C, Yoo Ch. Health and Functioning in Grandparents After a Young Grandchild's Death. J Community Health. 2015;40:956-966.
- 13) Wakefield CE, Drew D, Ellis SJ, Doolan EL, McLoone JK, Cohn RJ. «What they're not telling you»: a new scale to measure grandparents' information needs when their grandchild has cancer. Patient Education and Counseling 94 (2014) 351-355.
- 14) Mack JW, Wolfe J, Cook EF, Grier HE, Cleary PD, Weeks JC. Peace of Mind and Sense of Purpose as Core Existential Issues Among Parents of Children With Cancer. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163 (6):519-524.

Correspondance

eva.bergstraesser@kispi.uzh.ch

Les auteurs n'ont pas déclaré de soutien financier ou d'autres conflits d'intérêts en relation avec cet article.