

Université de Montréal

L'expérience de femmes, de 50 à 69 ans, en attente de résultats d'examens
complémentaires suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade
Maître ès sciences (M.Sc.)
En sciences infirmières

par
Patricia Pineault
Faculté des sciences infirmières

Août 2001

© Patricia Pineault, 2001

2002

WY

5

058

2002

V001

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
L'expérience de femmes, de 50 À 69 ans, en attente de résultats d'examens
complémentaires suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale

Présenté par
Patricia Pineault

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Madame Louise Bouchard, Ph. D. : président-rapporteur
Madame Jacinthe Pepin, Ph. D. : directrice de recherche
Madame Andréa Laizner, Ph. D. : membre du jury

Sommaire

Cette recherche porte sur l'expérience de femmes, âgées entre 50 et 69 ans, qui participent au programme québécois de dépistage systématique de cancer du sein, instauré en 1998, et dont le résultat de mammographie s'est avéré anormal. Les femmes sont alors invitées à se présenter à divers examens complémentaires jusqu'à l'identification de la nature de l'anomalie décelée. L'attente de résultats de ces examens perturbe les femmes qui adhèrent au programme. En effet, les études consacrées à cette phase pré-diagnostique confirment le caractère anxiogène de la période d'attente. Par conséquent, dans le but d'assurer l'adhésion des femmes au programme de dépistage, il est impératif de comprendre leur expérience d'attente afin de les soutenir adéquatement. C'est la question de recherche qui a guidé cette étude : Quelle est l'expérience de femmes, de 50 à 69 ans, en attente de résultats d'examens complémentaires suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale ?

Dans cette perspective, l'étudiante-chercheuse qui désirait explorer cette expérience d'attente s'est appuyée dans sa démarche sur la théorie du *caring* de Watson (1979, 1985), propre à sa discipline. De plus, fidèle à la philosophie inhérente à cette théorie, cette étude a été réalisée par le biais d'une méthode qui a permis d'explorer l'expérience selon la perspective de celles qui l'ont vécue. La phénoménologie s'inscrit dans cette ligne de pensée et la méthode de recherche élaborée par van Manen (1984, 1990), qui souscrit à cette vision du monde, a donc été sélectionnée.

Ainsi, afin de comprendre l'expérience d'attente, la collecte de données a été réalisée par une entrevue effectuée auprès de quatre participantes, par la tenue d'un journal de bord ainsi que par l'observation. De plus, conformément à la méthode choisie, les données recueillies furent transcrites et analysées selon les quatre étapes proposées par van Manen : la réflexion, la description du phénomène, l'orientation et la structure. En outre, cette recherche tend à répondre aux critères de validité que sont la crédibilité et l'authenticité.

Les résultats de l'étude sont présentés dans la description du phénomène. Il ressort que les femmes sont perturbées lors de l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires. En effet, elles éprouvent de l'inquiétude car elles sont confrontées à une situation dont l'issue leur est inconnue et elles veulent être informées de ce qui leur arrive. Il ressort aussi qu'elles essaient de garder confiance dans l'issue favorable de leurs tests. Deux participantes puisent dans leurs forces intérieures, se montrent optimistes, réussissent à se distraire, choisissent leurs sources de soutien et apprennent ainsi une nouvelle façon d'être. Par contre, les deux autres femmes ne parviennent pas à garder confiance, vivent davantage d'inquiétude et envisagent avec pessimisme le dénouement de leur investigation.

Finalement, les composantes de l'expérience telles que décrites sont mises en relation avec le modèle théorique du *caring* de Watson de même qu'avec différentes recherches antérieures traitant du même sujet. Des recommandations pour la pratique et la recherche infirmières sont par la suite proposées. Elles suggèrent l'élaboration d'interventions de soutien inspirées des résultats de cette recherche et des études futures qui approfondiront la compréhension de l'expérience d'attente des femmes en phase pré-diagnostique.

Table des matières

Sommaire	i
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Introduction	1
Chapitre I: La problématique	4
1. La question de recherche	12
Chapitre II: La recension des écrits	13
1. La théorie du <i>caring</i> de Watson.....	15
2. Le programme de dépistage systématique du cancer du sein.....	17
2.1 La mammographie	17
2.2 Les examens complémentaires.....	19
3. Les répercussions psychologiques liées à la mammographie de dépistage systématique .	20
3.1 L'impact psychologique d'un résultat anormal de mammographie.....	20
3.2 La critique des études portant sur l'impact d'un résultat anormal de mammographie..	22
4. Les impacts psychologiques liés à l'attente de résultats d'examens complémentaires.....	24
4.1 Les réactions psychologiques lors de l'attente de résultats d'examens	24
4.2 Les facteurs qui influencent la réaction des participantes en attente de diagnostic.....	29
4.3 Les stratégies de <i>coping</i> utilisées par les femmes en attente de diagnostic	31
4.4 La critique des études portant sur l'attente de résultats d'examens.....	34
Chapitre III: La méthode	39
1. L'approche phénoménologique.....	40
1.1 L'ancrage philosophique de la phénoménologie.....	42
1.2 La phénoménologie herméneutique comme méthode de recherche.....	44
1.3 La phénoménologie et la recherche infirmière	45
2. Les participantes à l'étude	47
2.1 La sélection et le recrutement des participantes	47
2.2 Le profil des participantes.....	48
3. Les étapes de la collecte de données.....	55
3.1 La perspective de l'étudiante-chercheure préalable à la collecte des données	55
3.2. Les modes de collecte des données	56

4. L'analyse des données.....	59
4.1 Les étapes de l'analyse des données.....	59
4.2 L'illustration de l'application de la méthode d'analyse des données.....	63
5. La validité de la recherche.....	66
5.1 La rigueur méthodologique.....	66
5.2 Les considérations éthiques.....	67
5.3 Les limites de l'étude.....	69
Chapitre IV: La description du phénomène.....	70
1. Être perturbée lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires.....	72
1.1 Éprouver de l'inquiétude face à l'inconnu.....	73
1.2 Vouloir être informée.....	80
2. Essayer de garder confiance.....	84
2.1 Puiser dans ses forces intérieures.....	86
2.2 Se montrer optimiste/ se décourager.....	88
2.3 Réussir /avoir de la difficulté à se distraire.....	92
2.4 Choisir ses sources de réconfort.....	94
2.5 Apprendre une nouvelle façon d'être.....	98
Chapitre V: La discussion et les recommandations.....	102
1. La compréhension du phénomène selon la perspective du <i>caring</i> de Watson.....	103
2. La compréhension du phénomène en relation avec les recherches antérieures.....	106
2.1 Être perturbée lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires.....	107
2.2 Essayer de garder confiance.....	114
3. Des recommandations pour la pratique infirmière.....	123
4. Des recommandations pour la recherche en sciences infirmières.....	127
Conclusion.....	130
Références.....	133
Appendices.....	140
Appendice A.....	141
Appendice B.....	143
Appendice C.....	144
Appendice D.....	148
Appendice E.....	149
Appendice F.....	151

Liste des tableaux

3.1	Principes directeurs de l'approche phénoménologique selon van Manen ..	45
3.2	Caractéristiques socio-démographiques des participantes.....	49
3.3	Historique des examens de dépistage des participantes.....	54
3.4	Les étapes d'analyse des données selon van Manen (1984, 1990).....	59
3.5	Exemples de sous-thèmes.....	64
3.6	Exemples de thèmes secondaires.....	64
4.1	Description du premier thème essentiel.....	73
4.2	Description du second thème essentiel.....	85

Introduction

La recrudescence du nombre de femmes diagnostiquées d'un cancer du sein en fait le type de tumeur la plus fréquente chez les femmes et la seconde cause de mortalité par cancer. C'est dans le but de réduire le taux de mortalité relié à cette néoplasie que le programme québécois de dépistage systématique de cancer du sein fût mis sur pied en 1998. C'est ainsi que les femmes âgées entre 50 et 69 ans, asymptomatiques, sont invitées tous les deux ans à se soumettre à une mammographie de dépistage qui permet de visualiser une masse qui ne pourrait être détectée à la palpation. Lorsqu'une lésion est découverte, les femmes sont alors convoquées à des examens complémentaires qui se succéderont jusqu'à l'identification de la nature exacte de la masse repérée.

Le programme de dépistage constitue un progrès considérable dans la lutte contre le cancer. Cependant, il comporte des risques de morbidité psychologique dont il est impératif de tenir compte si l'on veut en assurer le succès. En effet, les femmes, dont la mammographie décèle une anomalie, sont susceptibles d'être troublées par l'annonce d'un tel résultat car elles ne présentaient aucun symptôme laissant présager cette irrégularité. C'est alors qu'elles se voient soudainement confrontées à la possibilité d'être atteinte d'un cancer du sein et doivent subir différents tests additionnels qui permettront de préciser la nature de leur lésion.

L'attente de résultats d'examens complémentaires, chez les femmes dont la mammographie de dépistage est anormale, représente une situation qui peut être ponctuée

d'un sentiment de détresse, reliée à l'éventualité de la néoplasie. À cet égard, l'expérience de femmes qui vivent cette attente mérite d'être explorée. Ainsi, l'étudiante-chercheuse qui désire approfondir la compréhension de cette expérience et qui adhère à la philosophie sous-jacente à la théorie du *caring* de Watson (1979) favorisera une approche qui permet aux femmes de s'exprimer sur le vécu de leur attente. C'est alors qu'une recherche de type phénoménologique, selon la méthode élaborée par van Manen (1984, 1990) permettra de décrire l'expérience d'attente selon le point de vue des femmes qui la vivent et ce, dans le but de saisir l'essence qui caractérise ce phénomène.

C'est l'objectif que poursuit cette recherche. Pour ce faire, la problématique relative à l'expérience d'attente sera exposée. Suivront la recension des écrits qui se sont intéressés à l'étude des répercussions psychologiques reliées programme de dépistage systématique de cancer du sein ainsi que l'élaboration de la méthode utilisée. Finalement, la description du phénomène à l'étude de même que la discussion des résultats et recommandations qui en découlent seront exposées.

Chapitre I

La problématique

Le cancer du sein constitue, chez les femmes, le type de tumeur maligne la plus fréquemment diagnostiquée ainsi que la deuxième cause de mortalité par cancer. En effet, 2 femmes sur 19 risquent d'en être affectées en cours de vie alors que 1 femme sur 26 est susceptible d'en mourir. À cet égard, l'Institut national du cancer du Canada (2001) a estimé qu'au Québec, près de 5000 nouveaux cas de cancer du sein seraient diagnostiqués en 2001 alors que le nombre de décès s'élèverait à 1450. L'incidence de ce cancer augmente de 2.5% annuellement, cependant le taux de mortalité est en décroissance continue depuis 1986, sauf dans la province de Québec. En outre, dans 75% des cas, il atteint les femmes âgées de plus de 50 ans (Institut national du cancer du Canada, 2001). C'est donc dans le but de réduire la mortalité reliée à cette néoplasie et d'atteindre les normes canadiennes qu'un programme de dépistage systématique du cancer du sein fût implanté progressivement au Québec depuis mai 1998.

Ce programme de dépistage systématique du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes âgées entre 50 et 69 ans et permet, par le biais d'une mammographie, de déceler des lésions qui, auparavant, n'auraient été diagnostiquées qu'à un stade plus avancé. Ces femmes sont invitées tous les deux ans, par le biais d'une convocation écrite, à se soumettre à une mammographie afin de détecter, dès l'origine, la présence d'une tumeur maligne.

Si le résultat de cet examen s'avère négatif, les femmes recevront alors une lettre attestant l'absence de lésion. Si, par contre, le résultat est anormal (positif), il est communiqué au médecin traitant, idéalement, dans un délai de cinq jours. Celui-ci se charge d'aviser sa patiente de la lésion découverte. Le médecin traitant peut alors rencontrer la patiente afin de lui fournir les explications requises, lui remettre de la documentation écrite et fixer un rendez-vous pour des examens complémentaires. Cependant, afin de pallier aux difficultés de communication qui peuvent exister entre le médecin et sa cliente, toutes les femmes qui ont un résultat anormal sont informées par l'entremise du courrier, de la présence d'une irrégularité découverte lors de leur examen et ce, dix jours environ après la tenue de la mammographie. On leur recommande alors de contacter leur médecin traitant, dans les plus brefs délais, afin que soient prescrits les tests qui permettront de clarifier la nature des lésions suspectes.

La convocation de routine à la mammographie est susceptible de générer une réaction d'anxiété (Elkin & Eardley, 1990 ; Thomassin, 1997). En effet, les femmes craignent généralement d'être atteintes de cancer et surestiment leurs risques de développer une néoplasie du sein (Gagnon et al., 1996 ; Lerman, Trock, & Rimer, 1991a). Il va sans dire que l'angoisse engendrée par la tenue de cet examen est amplifiée lorsque le résultat s'avère anormal. À cet égard, en Montérégie, région d'où proviennent les participantes à cette recherche, depuis le lancement du programme de dépistage systématique, environ 10% des femmes ont obtenu un résultat anormal lors de leur mammographie (Ministère de la

Santé et des Services sociaux, Régie de l'Assurance-maladie du Québec, 2001). De plus, recevoir un tel résultat peut paraître, de prime abord, déconcertant car la plupart des femmes ne présentent aucun symptôme. En se soumettant au programme de dépistage, elles recherchent davantage une confirmation de leur bon état de santé (Ong, Austoker, & Brett, 1997b). Selon ces mêmes auteurs, plusieurs d'entre elles associent un résultat anormal de mammographie de dépistage à un diagnostic de cancer. Or, un résultat anormal n'est pas synonyme de la présence d'une néoplasie mammaire. En effet, la mammographie présente une grande sensibilité à détecter toute masse logée dans le sein mais s'avère habituellement inefficace à en préciser la nature. C'est alors que d'autres méthodes diagnostiques doivent être utilisées. Ce sont les examens complémentaires qui succéderont jusqu'à l'identification exacte de l'anomalie décelée à la mammographie. Ainsi un nouvel examen clinique est habituellement pratiqué, suivi de tests d'imagerie du sein : il peut s'agir d'une seconde mammographie ou d'une échographie mammaire. Si le doute persiste, une biopsie à l'aiguille fine écho guidée ou au trocart ou encore une biopsie ouverte est alors effectuée. Les périodes d'attente qui s'écoulent entre la tenue de ces différents tests et l'obtention des résultats peuvent être de durée variable. Cependant elles se caractérisent par un état d'anxiété qui risque d'être exacerbé au fur et à mesure que les examens se déroulent et que l'attente se prolonge (Baum, 1989 ; Deane & Degner, 1997).

Jusqu'à ce jour, peu de recherches ont été consacrées à la phase d'attente pré-diagnostique qui s'échelonne de l'annonce d'un résultat anormal de mammographie de

dépistage de cancer du sein jusqu'à l'obtention des résultats des examens complémentaires (Poole, 1997 ; Steggle, Lightfoot, & Sellick, 1998). Toutefois, l'ensemble des écrits qualitatifs et quantitatifs répertoriés confirme le caractère anxiogène de cette période. De fait, des études qualitatives rapportent que l'incertitude, vécue par les femmes en attente de résultats, constitue une des principales sources de stress, occasionnée par la perception d'une perte de contrôle sur leur vie et un sentiment d'inutilité (Fridfinnsdottir, 1997 ; Shaw, Wilson, & O'Brien, 1994). Par ailleurs, d'autres recherches, de nature quantitative, ont évalué le niveau d'anxiété associé à cette période et ont conclu que celui-ci excédait les valeurs normatives (Benedict, Williams, & Baron, 1994 ; Deane & Degner, 1998 ; Northouse, Jeffs, Cracchiolo-Caraway, Lampman, & Dorris, 1995). À cet égard, la peur de la malignité représente la première cause d'angoisse rencontrée chez les femmes en attente de diagnostic (Deane & Degner, 1998 ; Fridfinnsdottir, 1997 ; MacFarlane & Sony, 1992 ; Shaw et al., 1994).

La détresse vécue par les femmes lors de cette période est susceptible de se manifester sous différentes formes. Des travaux rapportent que la recrudescence du niveau d'angoisse peut entraîner une diminution des activités quotidiennes, des troubles de l'humeur et une perturbation du sommeil. Cette inquiétude, reliée à l'appréhension d'être porteuse d'un cancer, peut même conduire à la dépression (Ellman et al., 1989 ; Lerman et al., 1991b ; Steggle et al., 1998). Certains chercheurs ont également constaté, suite à un résultat suspect d'examen, un taux d'absentéisme accru au travail ainsi que des difficultés

de concentration (Haynes, Sackett, Taylor, Gibson, & Johnson, 1978 ; Ong et al., 1997b). Par ailleurs, quelques études ont été consacrées plus spécifiquement à la biopsie mammaire et à la morbidité psychologique qui l'entoure. La biopsie, qui détermine de façon plus précise le diagnostic, est également source d'une grande anxiété (MacFarlane & Sony, 1992 ; Northouse et al., 1995). Des réactions de colère, un état de choc, un sentiment d'impuissance et de fatalité peuvent s'exprimer à différents degrés (Fridfinnsdottir, 1997 ; Shaw et al., 1994). Une équipe de chercheurs a d'ailleurs rapporté que le niveau d'anxiété des patientes en attente de biopsie mammaire était plus élevé que chez celles qui se préparaient à subir une cholécystectomie (Hughson, Cooper, McArdle, & Smith, 1988)

À l'heure actuelle, la Régie régionale de la santé de la Montérégie, a mis sur pied différents services de soutien offerts aux femmes en attente de résultats d'examens complémentaires, qui élucideront la nature de l'anomalie découverte lors de la mammographie. Or, peu d'entre elles ont recours à l'aide qui leur est proposée (Communication personnelle, Régie régionale de la santé de la Montérégie, 2001). Ce constat laisse perplexe compte tenu des réactions psychologiques observées à la période pré-diagnostique. Conséquemment, il s'avère essentiel de mettre en lumière la nature de l'expérience d'attente vécue par les femmes, au cours de cette étape pré-diagnostique, afin de leur offrir l'assistance appropriée.

L'étudiante-chercheure, guidée par la théorie du *caring* élaborée par Watson (1979, 1985) et qui est propre à la discipline infirmière, aspire à la compréhension de l'expérience

d'attente de résultats d'examens complémentaires. Inspirée de la philosophie sous-jacente à cette théorie, l'étudiante-chercheuse fera preuve du plus grand respect des valeurs et de la signification que la participante attribue à l'expérience d'attente à laquelle elle est confrontée. Dans la théorie du *caring*, la conception de la personne fait état de trois dimensions intégrées (corps, âme, esprit) de l'être humain qui sont en interaction harmonieuse. Ces trois composantes, qui forment un être global, unique et indivisible, exercent une influence déterminante sur la perception et la façon de vivre une expérience. De ce fait, la situation vécue par la personne revêt un caractère subjectif, exclusif et individuel. Par ailleurs, l'approche phénoménologique préconisée par Watson, en lien avec sa théorie, permet d'appréhender un phénomène dans sa globalité, en considérant la personne comme un *être-dans-le-monde*, en continuelle interaction avec son environnement. Ainsi, la perspective humaniste proposée par Watson (1979, 1985) favorisera l'écoute et l'exploration de la signification particulière accordée par chaque femme à la situation d'attente de résultats d'examens complémentaires, reflétant l'expérience telle que vécue par les participantes. En outre, la compréhension de cette expérience en phase pré-diagnostique contribuera au développement de connaissances profitables à la pratique infirmière. Ce faisant, il deviendra possible de planifier des interventions qui s'appuient sur l'expérience vécue par des femmes en attente de diagnostic et développer des programmes de soutien adaptés à leur situation, basés sur les pistes nouvelles révélées par cette étude.

L'exploration de la période d'attente de résultats d'examens complémentaires, selon la pensée de Watson, requiert donc une méthode de recherche qui permet de décrire cette expérience selon la perspective de celles qui la vivent. Comme il a déjà été mentionné, cette phase pré-diagnostique n'a fait l'objet que de quelques études, principalement de nature quantitative et rétrospective. Ainsi, un nombre limité de travaux ont permis à ces femmes de s'exprimer librement, ponctuellement, sur la véritable nature de leur vécu. De plus, en dépit du rôle de prévention de premier ordre que sont appelées à jouer les infirmières auprès de cette clientèle, peu de leurs recherches ont été consacrées à la compréhension de l'expérience d'attente de diagnostic, dans le cadre d'un programme de dépistage systématique de cancer du sein. Pourtant, cette étape préliminaire s'avère essentielle à la planification de mesures de soutien qui conviennent à la réalité de l'attente des femmes.

Il semble donc opportun que la parole soit donnée aux femmes qui ont obtenu un résultat anormal de mammographie, par le biais d'une étude phénoménologique, afin de clarifier leur situation, au moment où elles vivent l'attente. À ce sujet, l'utilisation de la méthode phénoménologique s'avère appropriée car elle s'inscrit, de façon cohérente, dans la philosophie de la théorie du *caring* de Watson où il est impératif de comprendre une expérience par le biais de la perception de celui/celle qui la vit. Par ailleurs, la phénoménologie préconise, selon Benner (citée dans Fortin, 1996), « (...) de se rapprocher de cette expérience, de la décrire dans les mots des participants, de l'explicitier de la façon la plus fidèle possible et de la communiquer » (p. 149). La phénoménologie permet, en effet,

une meilleure compréhension de la nature ou de la signification de l'expérience (Van Manen, 1990). Ainsi, grâce à l'emploi de cette méthode, les femmes en attente de diagnostic seront invitées à partager cette expérience dans le contexte de leur vie quotidienne. À la lumière de la description résultant d'une telle recherche, il sera permis d'envisager la mise sur pieds de d'interventions susceptibles de faciliter l'attente de résultats d'examens complémentaires en diminuant les impacts psychologiques qui se rattachent à cette période d'incertitude.

1. La question de recherche

Quelle est l'expérience de femmes, de 50 et 69 ans, en attente de résultats d'examens complémentaires suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale ?

Chapitre II

La recension des écrits

Le second chapitre se consacre à la recension des principaux écrits relatifs à l'expérience de femmes en attente de résultats d'examens complémentaires consécutifs à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale. La recension des écrits a permis de faire état, d'une part, des connaissances empiriques actuelles sur la problématique à l'étude. D'autre part, en raison de l'utilisation du modèle conceptuel de Watson qui oriente cette recherche et qui valorise l'étude d'un phénomène selon le point de ceux qui l'expérimentent, un effort particulier a été déployé afin d'identifier les recherches qualitatives qui adoptent cette même approche.

Tel que mentionné par Poupart et al. (1997), dans le cadre d'une recherche qualitative « (...) il est important de connaître mais il n'est pas nécessaire de tout connaître (...). Utilisez la recension des écrits mais n'en devenez pas dépendants » (p.93). Van Manen (1984) abonde dans ce sens et affirme qu'en phénoménologie, le problème n'est pas que nous n'ayons pas suffisamment de connaissances concernant un phénomène mais plutôt que nous en sachions trop. Il importe donc de ne pas se subordonner aux théories et aux connaissances scientifiques existantes afin d'appréhender le phénomène à l'étude avec l'ouverture d'esprit nécessaire à la compréhension de l'expérience, telle que vécue par les participantes.

C'est dans cette perspective que la revue des écrits a été effectuée. La théorie du *caring* de Watson et le programme de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie

sont les deux premiers thèmes abordés. Par la suite, la thématique des répercussions psychologiques associées tant aux résultats de la mammographie qu'à l'attente de résultats d'examens complémentaires est étudiée. Une critique des études qui touchent l'impact psychologique accompagne ces parties.

1. La théorie du *caring* de Watson

La présente étude de l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires est ancrée dans une perspective infirmière et la démarche de compréhension qui la caractérise est inspirée par la philosophie sous-jacente à la théorie du *caring* de Watson (1979, 1985). Par l'élaboration de cette théorie, Watson désirait redéfinir les soins infirmiers et, par conséquent, les soins prodigués aux patients. Selon Watson (1994), le *caring* représente une attitude fondamentale qui relève d'une position ontologique et traduit « (...) une façon d'être humain, une manière d'être en relation avec soi et les autres » (p. 3). Dans cette perspective, le *caring* devient un idéal moral qui oriente la pratique des soins infirmiers en misant sur le respect et la préservation de la dignité humaine. Il représente l'essence des soins infirmiers (Watson, 1985, 1994).

L'étudiante-chercheuse qui s'inspire de la théorie du *caring* de Watson considère la personne dans son individualité et reconnaît le caractère spécifique qui la distingue. Cette approche, par le biais des valeurs humanistes-altruistes qu'elle véhicule, se veut empreinte de sollicitude, de compassion, du respect de l'autre ainsi que d'acceptation de sa différence. La

nature propre de chaque individu est, en effet, déterminée par son champ phénoménal, tributaire de l'ensemble de ses expériences vécues. Ce champ influence inévitablement la perception des situations auxquelles il est confronté (Cara, 1987, 1999c). Fidèle à l'approche du *caring*, l'étudiante-chercheuse explore donc, les perceptions de la situation d'attente de résultats d'examens complémentaires de chacune des participantes. Ces perceptions ne peuvent être dissociées de l'histoire de vie dont elles sont porteuses.

À la lumière de la conception de Watson, l'étudiante-chercheuse établit avec la participante une relation empreinte de *caring* qui devient transpersonnelle car, selon Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette et Major (1994), « (...) les deux personnes, en tant que coparticipants à un processus, se respectent et se permettent d'évoluer vers une meilleure compréhension de soi et vers une plus grande harmonie » (p. 43). Dans cette perspective, l'étudiante qui s'intéresse comme chercheuse à l'expérience de femmes en attente de résultats d'examens complémentaires crée une relation, non pas d'expert à sujet, mais plutôt d'humain-à-humain. Cela exige de sa part la présence, l'ouverture et l'écoute des participantes (Watson, 1994).

Par ailleurs, conformément à la pensée de Watson (1979), la personne est perçue comme un *être-dans-le-monde*, englobant trois dimensions soient le corps, l'esprit et l'âme. L'harmonie entre ces trois dimensions s'avère essentielle à la santé d'un individu. Or, l'infirmière-chercheuse s'attarde à explorer l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires comme une situation possible de dysharmonie entre les trois dimensions.

L'être-dans-le-monde forme, de plus, un tout indissociable de son environnement (Watson, 1985). Cet environnement revêt, à la fois, une dimension interne et externe. L'aspect interne relève de la culture, de la subjectivité et de la spiritualité qui influencent la perception de l'individu. L'aspect externe s'inscrit, pour sa part, dans le contexte de vie dans lequel la personne évolue. Celle-ci est donc perçue dans sa globalité, vivant une expérience unique, à un moment spécifique de sa vie. La compréhension de l'expérience de femmes en attente de résultats d'examens complémentaires n'est alors possible qu'en tenant compte des dimensions internes et externes, indissociables.

2. Le programme de dépistage systématique du cancer du sein.

2.1 *La mammographie*

La présente étude portant sur l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires s'intéresse à des femmes, inscrites au programme québécois de dépistage de cancer du sein, qui ont obtenu un résultat anormal de mammographie. Le dépistage s'effectue, dans un premier temps, par le biais d'une mammographie qui consiste, selon le Gouvernement du Québec (1996) « (...) en un examen radiologique des seins, pour la recherche d'une lésion mammaire maligne, chez une femme asymptomatique » (p. 12). Cet examen est effectué tous les deux ans auprès de femmes âgées entre 50 et 69 ans. L'implantation d'un tel programme s'avère très importante car le cancer du sein représente, chez les femmes, la variété de

néoplasie la plus souvent diagnostiquée ainsi que la seconde cause de décès par cancer (Institut National du Cancer du Canada, 2001). Lors d'une méta-analyse, Kerlikowske, Grady, Rubin, Sandrock et Ernster (1995) concluent même que, grâce au dépistage de masse organisé, le taux de mortalité peut être réduit de 26% chez les femmes âgées entre 50 et 74 ans atteintes de cette variété de cancer. Cependant, afin d'atteindre cet objectif, 70% des femmes de ce groupe d'âge doivent adhérer au programme.

La mammographie permet de mettre en évidence des tumeurs à un stade précoce, stade où il est impossible de les détecter à la palpation. Cet examen contribue, par conséquent, à améliorer la survie des personnes atteintes, le pronostic étant lié au stade du cancer au moment du diagnostic. À cet égard, un bon pronostic s'établit sur une tumeur de petite taille (moins de 1 cm) et sur l'absence de ganglions infiltrés par des cellules cancéreuses, à la région axillaire (Smith & d'Orsi, 2000). Par ailleurs, en plus d'optimiser la détection précoce de tumeurs malignes, un programme de dépistage structuré permet, selon le Gouvernement du Québec (1996) :

(...) d'assurer à toutes les femmes visées des mammographies de dépistage de qualité, dans des centres certifiés et désignés, (...) d'assurer le maintien de la qualité de vie des femmes, en tenant compte des besoins et des droits de celles-ci, particulièrement de leur droit à la confidentialité et de leur droit de prendre des décisions éclairées (...). (p. 10).

Selon des données publiées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, en Montérégie, pour la période s'échelonnant de la mise sur pieds du programme de dépistage systématique, soit novembre 1998 jusqu'à avril 2000, 10% des femmes qui ont subi une

mammographie de dépistage ont obtenu un résultat anormal (Ministère de la Santé et de Services sociaux, Régie de l'assurance-maladie, 2001). À cet égard, la norme fixée est de 7%, cependant ce taux s'apparente à ceux de 9.9% pour les femmes âgées entre 50 et 59 ans et 8.9% pour celles de 60 à 69 ans, réalisés dans les autres provinces canadiennes, en 1996, peu après le lancement de leur programme de dépistage systématique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 2001). Ces femmes doivent alors se soumettre à des examens complémentaires afin de clarifier la nature de la lésion détectée.

2.2 Les examens complémentaires

Un résultat anormal de mammographie ne signifie pas qu'une femme soit atteinte d'un cancer du sein. En réalité, la mammographie présente une sensibilité élevée à détecter la présence d'une masse dans le sein mais ne permet pas de déterminer la nature de la lésion visualisée (Kopans, 2000). Les femmes, dont la mammographie détecte une irrégularité, sont conviées, par conséquent, à certains examens complémentaires afin d'identifier le type d'anomalie décelée à la mammographie.

Cette phase diagnostique comporte habituellement trois types d'évaluation. Dans un premier temps, les femmes subissent un nouvel examen clinique où le médecin spécialiste tente de palper la masse découverte à la mammographie. Puis différents tests d'imagerie du sein sont pratiqués. Dans ce dernier cas, il peut s'agir d'une seconde mammographie par laquelle on obtient l'agrandissement de la lésion ou d'une mammographie avec compression du sein qui

permet une meilleure visualisation de la zone suspecte. Si ce cliché n'apporte pas de précision quant à la nature de la masse, une échographie mammaire est alors pratiquée. Cet examen s'avère particulièrement utile dans la détection d'une masse à caractère liquidien tels que le kyste, l'abcès ou le galactocèle (Kopans, 2000). Par la suite, lorsque les résultats de ces tests ne sont pas concluants, les médecins ont recours au troisième mode d'évaluation. Il consiste en une biopsie à l'aiguille fine échoguidée ou au trocart stéréoguidée ou encore une biopsie ouverte qui permet de procéder au prélèvement d'une parcelle de la masse à des fins d'analyse cytologiques ou histologiques. Ces types de biopsies présentent l'avantage d'être peu mutilantes, en plus de s'effectuer sur une base externe, sous anesthésie locale et à un moindre coût (Poole, 1997).

Les résultats ainsi obtenus, s'ils sont positifs, confirment la présence de malignité de la lésion dans le sein (Cantin, 1997). Par ailleurs, les examens complémentaires, qui se sont révélés négatifs, constituent les « faux-positifs » de la mammographie initiale c'est-à-dire qu'aucun diagnostic de cancer ne sera porté au cours de l'année qui suit (Smith & D'Orsi, 2000).

3. Les répercussions psychologiques liées à la mammographie de dépistage systématique

3.1 L'impact psychologique d'un résultat anormal de mammographie

Parmi les conséquences rattachées à la participation des femmes au programme de dépistage de cancer du sein figure un certain niveau de détresse psychologique qui peut se

manifester à tous les stades du processus d'investigation, allant de la lettre d'invitation à la mammographie de dépistage jusqu'à l'attente de résultats des examens complémentaires (Hurley & Kaldor, 1992 ; Marteau, 1990). C'est ainsi que des recherches effectuées auprès de femmes qui ont obtenu un résultat positif de mammographie de dépistage confirment le caractère anxiogène de cette annonce (Hurley & Kaldor, 1992 ; Lerman, Rimer, Trock, Balshem, & Engstrom, 1990 ; Lerman et al., 1991a ; Lerman et al., 1991b). Ce qui a pour effet que des femmes, asymptomatiques pour la plupart, se trouvent confrontées à leur vulnérabilité. Ce phénomène risque de susciter, à divers degrés, des réactions psychologiques qu'il est impératif de considérer. Des chercheurs ont identifié différentes manifestations d'anxiété relevant principalement de la peur du cancer. Cette anxiété bouleverse les activités quotidiennes, suscite des troubles de l'humeur ainsi que des signes de panique allant même jusqu'à la dépression (Ellman et al., 1989 ; Ong & Austoker, 1997a). D'autres études ont démontré l'émergence de perturbations physiques tels que des problèmes de sommeil, de la douleur et une diminution de la sensibilité aux seins. De même, des répercussions sociales associées au résultat positif de mammographie peuvent être observées. L'isolement et la difficulté à communiquer en sont des exemples (Gram, Lund, & Slenker, 1990 ; Lowe, Balanda, Del Mar, & Hawes, 1999).

Toutefois, malgré l'importance de la dimension psychologique dans la compréhension de l'expérience des femmes qui participent au programme de dépistage de cancer du sein, des auteurs constatent qu'un nombre restreint de recherches lui ont été consacrées (Cockburn,

DeLuise, Hurley, & Clover, 1992 ; Hurley & Kaldor, 1992 ; Lerman et al., 1991a; Lerman et al., 1991b ; Paskett & Rimer, 1995 ; Steggles et al., 1998). Pourtant, les répercussions psychologiques, inhérentes à un résultat anormal, sont susceptibles d'influencer l'adhésion aux examens complémentaires qui préciseront la nature de l'anomalie décelée, d'une part et, d'autre part, la participation aux mammographies de dépistage subséquentes (Marteau, 1990 ; Paskett & Rimer, 1995). Bref, l'impact causé par la découverte d'une lésion suspecte à la mammographie risque d'accroître la morbidité psychologique reliée au dépistage et porter ainsi préjudice aux mesures préventives mises de l'avant par le programme.

3.2 La critique des études portant sur l'impact d'un résultat anormal de mammographie

Un certain nombre d'études portant sur l'impact psychologique d'un résultat anormal de mammographie, dans le cadre d'un programme de dépistage, ont été répertoriées. Toutefois, la plupart sont de nature quantitative et informent sur la présence de l'anxiété mais n'approfondissent pas l'essence de l'expérience d'attente. De plus, peu d'entre elles relèvent de la discipline infirmière.

En outre, plusieurs de ces recherches consistent en une étude rétrospective des réactions psychologiques présentées par les participantes (Ellman et al., 1989 ; Gram et al., 1990 ; Lerman et al., 1991a ; Lerman et al., 1991b). À titre d'exemple, Lerman et al. (1991a, 1991b) ont recueilli leurs données auprès de 308 femmes par le biais d'entrevues téléphoniques afin de s'enquérir du niveau d'anxiété ressentie lors de l'annonce de leur résultat

anormal d'examen et ce, trois mois après la mammographie. Dans le cadre d'une autre recherche portant spécifiquement sur la morbidité psychiatrique rattachée au dépistage du cancer du sein, 752 femmes ont complété les questionnaires proposés par Ellman et al. (1989). Celles-ci ont été rencontrées une première fois, immédiatement avant leur mammographie et une deuxième fois trois mois après l'examen. La procédure de ces études constitue une limite majeure à leur crédibilité car la détresse psychologique est évaluée de manière rétrospective et le souvenir que conservent les femmes peut être différent de l'expérience du moment [biais de rappel] (Steggles et al., 1998). En outre, ces recherches apportent un point de vue, cependant, dans un contexte clinique, elle sont peu aidantes pour les infirmières qui désirent intervenir de façon ponctuelle auprès des femmes en attente et veulent comprendre préalablement l'impact d'un résultat positif de mammographie et de la phase pré-diagnostique qui suit.

Par ailleurs, il est pertinent de s'interroger sur les différentes méthodes d'évaluation de l'anxiété des participantes dans le cadre de programme de dépistage systématique, qui varient considérablement d'une étude à l'autre. En effet, Lerman et al. (1991a, 1991b) utilisent un questionnaire non validé, développé uniquement pour les fins de leur recherche alors que d'autres chercheurs font usage du questionnaire *General Health Questionnaire* (Golberg, 1978) afin d'évaluer ce qu'ils qualifient de morbidité psychiatrique associée au dépistage (Ellman et al., 1989 ; Lowe et al., 1999). D'autres encore emploient le questionnaire *Psychological Consequences Questionnaire* (Cockburn et al., 1992) mis au point et pré-validé auprès d'une population ayant subi une mammographie de dépistage afin d'en mesurer, à court et à long

terme, les conséquences psychologiques (Cockburn, Staples, Hurley, & DeLuise, 1994). Ces recherches utilisent un devis transversal qui ne tient pas compte du contexte de vie et de l'annonce du résultat anormal de mammographie. De plus, ces différentes méthodes créent un manque d'homogénéité des variables mesurées. Il s'avère donc difficile d'établir une comparaison entre les résultats obtenus (Steggles et al., 1998).

Ces études ont néanmoins démontré, à partir de larges échantillons, le caractère anxigène associé à l'annonce d'un résultat anormal de mammographie ainsi que les répercussions physiques, psychologiques et cognitives qui peuvent en découler. Elles sont importantes et elles ont permis de sensibiliser les professionnels de la santé à l'impact psychologique vécu par les femmes lors du dépistage.

Au chapitre de l'étude des répercussions psychologiques entourant la mammographie de dépistage, aucune recherche qualitative n'a été recensée. Il est regrettable que personne ne se soit attardé à écouter le point de vue des femmes à ce sujet, afin d'en connaître davantage sur l'expérience qu'elles vivent et d'approfondir les connaissances concernant les répercussions psychologiques entourant cet examen.

4. Les impacts psychologiques liés à l'attente de résultats d'examens complémentaires

4.1 Les réactions psychologiques lors de l'attente de résultats d'examens

Thorne, Harris, Hislop et Vestrup (1999), dans une recherche qualitative regroupant 33 femmes réunies en *focus group*, concluent que la période d'attente pré-diagnostique débute au

moment de la réception du résultat positif de mammographie. Dès lors, les femmes sont convoquées à rencontrer leur médecin traitant, qui leur prescrira les examens complémentaires permettant de clarifier la nature de la masse découverte à la mammographie. L'attente qui les sépare de ce rendez-vous ainsi que de la tenue des tests additionnels qui se succéderont jusqu'à l'identification exacte de la lésion visualisée, peut être de durée variable. Cependant l'ensemble des recherches confirme le caractère anxiogène de cette période (Benedict et al., 1994 ; Deane & Denger, 1998 ; Frindfinnsdottir, 1997 ; Lowe et al., 1999 ; Northouse et al., 1995 ; Poole, 1997 ; Thorne et al., 1999). Ainsi, Benedict et al. (1994) soutiennent que 68% des 238 femmes rencontrées lors de leur étude quantitative démontrent un taux sévère d'anxiété lors de la phase pré-diagnostique. Cette recherche décrit également les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes en attente. D'autres chercheurs ont noté un phénomène d'escalade du niveau de stress au fur et à mesure que les examens se succèdent et que l'attente se prolonge (Baum, 1989 ; Deane & Degner, 1997). Cependant, ces conclusions vont à l'encontre des résultats de l'étude quantitative exploratoire de Poole et al. (1999), menée auprès de 126 femmes, qui dit que le niveau d'anxiété des femmes, à la sortie de la clinique d'examens, demeure sensiblement le même tout au long de la période d'attente.

Selon Lazarus et Folkman (1984), le stress est une transaction qui s'établit entre l'individu et son environnement. L'environnement est alors perçu comme menaçant ou excédant les ressources dont la personne dispose, compromettant ainsi son bien-être. C'est la situation vécue par les femmes en attente de résultats d'examens complémentaires consécutifs

à une mammographie anormale. Elles sont alors confrontées à la possibilité d'être porteuse d'une néoplasie du sein et cette perspective représente une situation inquiétante qui ébranle leur équilibre et met leur existence en péril. À cet égard, la recherche qualitative exploratoire effectuée par Fridfinnsdottir (1997) auprès de 12 femmes en attente de résultats, identifie les principaux stressors associés à la phase pré-diagnostique ainsi que l'apport du soutien social au cours de cette période. D'une part, l'annonce du résultat anormal de mammographie, crée une forte appréhension, particulièrement lorsque celle-ci parvient par le biais du courrier. Cette nouvelle risque de les atterrir car elle est souvent confondue avec un diagnostic de cancer, lui-même synonyme de souffrance et de mort. D'autre part, l'attente de résultats et l'incertitude face à l'avenir constituent les deux autres principales sources de stress mises en évidence par cette étude.

Les femmes qui se soumettent à la mammographie de dépistage du cancer du sein sont asymptomatiques et recherchent, par cette démarche, une confirmation de leur bon état de santé (Ong et al., 1997b). L'annonce du résultat anormal est, par conséquent, inattendue et déstabilisante. Les femmes éprouvent alors une impression de perte de contrôle sur leur vie car elles sont incapables d'agir sur le cours des événements et subissent, désarmées, l'attente des examens et de leurs résultats (Northouse et al., 1995). Dans le même ordre d'idées, Fridfinnsdottir (1997) considère que certaines femmes, dont le diagnostic de cancer du sein est confirmé, rapportent une diminution de leur niveau d'anxiété. Elles peuvent alors, de concert

avec leur médecin, planifier une stratégie de traitements où elles s'investissent et collaborent de façon active atténuant ainsi leur anxiété.

Le doute et l'incertitude qui caractérisent la période d'attente troublent la vie des femmes dépistées positivement. L'incertitude fait référence, selon Mishell (1988), à « un processus cognitif qui est créé quand une personne ne peut pas adéquatement structurer ou catégoriser un événement en raison du nombre insuffisant de signaux » (p. 225). L'incertitude apparaît lors d'une situation où l'individu est incapable de donner une valeur définitive aux événements et lorsqu'il est dans l'impossibilité d'en prédire le dénouement. Ainsi, dans le but de clarifier l'ambiguïté entourant l'issue de leurs examens et de calmer leur angoisse, les femmes en attente de diagnostic sont à la recherche d'indices leur permettant d'anticiper les résultats de leurs tests (Thorne et al., 1999). Dans une recherche quantitative effectuée auprès de 40 participantes en attente de diagnostic, Poole et Lyne (2000) ont constaté qu'en réaction à l'incertitude qui caractérise cette période, les femmes développent une hypersensibilité aux indices temporels et interpersonnels, dans une quête de réponse à leur besoin de savoir. C'est ainsi que la rapidité des rendez-vous médicaux est interprétée comme étant révélatrice d'une situation d'urgence alors que leur délai signifie qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter. De plus, le langage non-verbal des professionnels de la santé a le potentiel de devenir des indicateurs de la gravité des résultats. L'attitude du médecin lorsqu'il communique un résultat suspect, par exemple, peut influencer la réaction de la patiente. D'ailleurs, des études démontrent que les femmes qui apprennent cette nouvelle de la part d'un médecin anxieux présentent davantage de

problèmes d'assimilation de l'information transmise, ont une perception accrue de la sévérité de leur situation et éprouvent davantage d'angoisse. Les explications fournies peuvent alors sembler ambiguës et incompréhensibles, ce qui risque de provoquer une exacerbation du niveau d'anxiété (Aiken, West, Woodward, & Reno, 1994 ; Paskett & Rimer, 1995 ; Shapiro, Boggs, Melamed, & Graham-Pole, 1992).

À l'instar de la recherche qualitative de Shaw et al. (1994) portant sur les besoins d'information de 11 femmes en attente de biopsie, la recherche réalisée par MacFarlane et Sony (1992), dans le cadre d'une étude exploratoire quantitative menée auprès de 42 femmes, fait état d'un sentiment d'appréhension qui risque d'obnubiler la vie de celles qui sont en attente de résultats. La hantise d'être atteintes d'un cancer constitue la principale préoccupation des femmes rencontrées. Cette perspective soulève de nombreuses questions relativement aux traitements offerts, à la souffrance qui s'y rattache et les confronte inévitablement à l'idée de la mort. Vivre cet état d'angoisse peut occasionner différentes réactions d'ordre psycho-somatique telles que des troubles du sommeil, une perturbation de l'appétit ou des problèmes gastro-intestinaux (Ong et al., 1997b). Au point de vue psychologique, Thorne et al. (1999) notent, chez les femmes en attente de résultats, une altération des priorités et un investissement considérable de leur énergie à « passer le temps ». De plus, des problèmes de concentration au travail, de l'irritation, une difficulté à accomplir les tâches quotidiennes, une incapacité à faire des plans de même qu'un retrait social peuvent caractériser cette période (Northouse et al., 1995 ; Fridfinnsdottir, 1997). À cela s'ajoute

l'étude exploratoire quantitative de Scott (1983) où 85 femmes furent rencontrées et qui note, au moment de la biopsie, une diminution de la pensée critique qui risque d'altérer leur capacité décisionnelle.

Paradoxalement, en dépit des effets contraignants que peut présenter l'attente de résultats d'examens complémentaires, cette période peut également être perçue comme une étape importante dans le processus d'adaptation à la maladie. De fait, certaines cliniques offrent l'opportunité de subir tous les examens complémentaires et d'en obtenir le résultat final le jour même. Des recherches effectuées auprès des clientes de ces institutions, porteuses de néoplasie, ont révélé, huit semaines après le diagnostic, un taux supérieur de dépression comparativement à celles qui ont vécu un processus de dépistage accompagné de périodes d'attente. La période d'attente semble offrir la possibilité de se préparer psychologiquement à l'éventualité d'un cancer, ce qui facilite l'adaptation à la maladie (Harcourt, Ambler, Rumsey, & Cawthorn, 1999).

4.2 Les facteurs qui influencent la réaction des participantes en attente de diagnostic

Northouse et al. (1995), se sont intéressés à élucider les facteurs susceptibles d'influencer le niveau de détresse éprouvée par les femmes avant la biopsie mammaire. Ainsi, dans une étude quantitative exploratoire, réalisée auprès de 300 participantes ainsi que leurs conjoints, ces chercheurs ont identifié cinq facteurs principaux pouvant agir sur l'intensité des réactions présentées par les femmes. Dans un premier temps, la présence concomitante

d'autres situations stressantes augmente considérablement leur vulnérabilité et, par conséquent, leur détresse. Deuxièmement, les femmes qui sont de nature pessimiste et qui manifestent peu d'espoir en l'avenir, éprouvent davantage d'anxiété au cours de cette période. Du reste, l'incertitude, causée par la méconnaissance des procédures entourant la biopsie et les autres méthodes diagnostiques, favorise un niveau d'angoisse plus élevé. Finalement, les femmes moins éduquées sont habituellement plus stressées, notamment en raison du manque de compréhension des informations qui leur sont fournies concernant les examens complémentaires et plus particulièrement la biopsie. De plus, selon les mêmes auteurs, les femmes qui relatent une histoire familiale de cancer ou qui ont déjà subi une biopsie mammaire n'affichent pas davantage d'anxiété. Cette conclusion s'oppose toutefois à celle avancée par Lerman et al., (1990) qui, dans une étude quantitative menée auprès de 910 femmes, constatent une recrudescence du niveau d'angoisse chez les femmes dont une parente du premier degré, a déjà été diagnostiquée d'un cancer du sein. Par ailleurs, Shaw et al. (1994) rapportent que l'intensité des réactions présentées par les femmes en attente de diagnostic est reliée aux expériences passées et aux informations qu'elles ont reçues en préparation à leur biopsie mammaire, particulièrement de la part de leur chirurgien.

Parmi les autres facteurs susceptibles d'influencer les réactions des femmes en attente de résultats, MacFarlane et Sony (1992) ont noté une association importante entre l'âge de la femme et le niveau de stress. En effet, celles qui sont plus jeunes éprouvent davantage d'angoisse lors de la période d'attente de résultats. Du reste, l'absence de soutien du réseau

social est reliée à une exacerbation du niveau de stress et ce, plus particulièrement chez les femmes âgées (Seckel & Birney, 1996 ; Gagnon et al., 1996).

4.3 Les stratégies de coping utilisées par les femmes en attente de diagnostic

Diverses études révèlent que les femmes qui sont en attente de résultats d'examens complémentaires, suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale sont soumises à un stress et qu'elles y réagissent de différentes façons. Selon Lazarus et Folkman (1984) le *coping* fait référence à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu afin de maîtriser ou de réduire les effets des différents stressors auxquels il est confronté et qui menacent son bien-être. Les stratégies adaptatives ainsi utilisées peuvent être d'ordre instrumental et sont centrées sur le problème ou encore d'ordre palliatif, axées sur les émotions. Plusieurs chercheurs ont utilisé l'approche du stress/*coping* dans leur exploration de la phase d'attente de résultats d'examens complémentaires (Benedict et al., 1994 ; Fridfinnsdottir, 1997 ; Poole et al., 1999 ; Seckel & Birney, 1996). À cet égard, Fridfinnsdottir (1997) considère que pour les femmes en attente de résultats d'examens complémentaires, la nature du problème (diagnostic), qui est à la source de leur anxiété, n'est pas clairement définie. Elles sont, par conséquent, dans l'impossibilité de poser des gestes concrets qui puissent régler leur difficulté, car elles ne sont pas en mesure d'intervenir sur le déroulement des examens complémentaires et l'attente de résultats. Cependant elles peuvent agir sur les émotions qui les habitent et diminuer ainsi l'angoisse reliée à l'attente de diagnostic. Selon

Benedict et al. (1994) six stratégies adaptatives de *coping* sont couramment utilisées par les femmes en attente de diagnostic. La plus fréquente est la diversion. En effet, au cours de cette période, plusieurs d'entre elles tentent de multiplier les activités physiques ou intellectuelles, ce qui leur permet d'échapper à l'appréhension de résultats anormaux. Par ailleurs, ces chercheurs rapportent que d'autres femmes ont recours à la religion, dans le but de trouver un réconfort qui puisse calmer leurs angoisses. Cette constatation est particulièrement applicable chez les afro-américaines ou encore chez les femmes qui sont moins éduquées. Parler aux autres constitue un autre mode de *coping* identifié par cette même recherche. Les personnes auxquelles elles préfèrent s'adresser sont d'abord la famille et les amis, suivies des professionnels de la santé. De plus, entretenir des réflexions positives et s'efforcer de combattre les pensées auto-destructrices, qui favorisent l'élaboration de scénarios les plus morbides, est également une façon de réagir au phénomène d'anxiété. D'autres encore utilisent le déni et refusent de reconnaître la présence d'une situation potentiellement menaçante pour leur bien-être. Finalement, quelques-unes combattent leur anxiété par la consommation d'alcool ou l'utilisation de médication.

Le soutien social représente également un des principaux moyens de contrer l'anxiété qui caractérise cette période. Selon Schaefer, Coyne et Lazarus (1981), le soutien social peut s'exercer à trois niveaux : soutien émotionnel, soutien informatif et soutien tangible. D'après la recherche de Fridfinnsdottir (1997), la situation des femmes soumises à l'attente de résultats d'examen complémentaires nécessite un soutien émotionnel et informatif. Du point de vue

émotionnel, la plupart d'entre elles ressentent le besoin de partager leurs peurs, d'être rassurées, de se sentir aimées. Le conjoint, la famille immédiate et les ami(e)s représentent habituellement les personnes favorisées pour combler leurs attentes. Cependant, elles choisissent leurs confident(e)s et privilégient ceux/celles dont elles connaissent les réactions; elles évitent des personnes qui pourraient, par leurs commentaires ou leurs réactions, les inquiéter davantage. Par ailleurs, certaines femmes préfèrent ne pas alerter leur entourage et s'abstiennent de faire part de leur inquiétude. Elles maintiennent alors leur attitude habituelle, ce qui les oblige à contrôler leurs manifestations d'anxiété, en présence des autres personnes.

Le soutien informatif est habituellement fourni par les professionnels de la santé. À cet effet, la recherche d'information chez les personnes atteintes de cancer est tout un domaine en soi et a fait l'objet de nombreuses études. Cependant peu de recherches ont été consacrées au besoin d'information lors de la période pré-diagnostique. À cet égard, Shaw et al. (1994) affirment que les femmes en attente de diagnostic sélectionnent et contrôlent le type de même que la quantité d'information qu'elles recherchent. En effet, elles préfèrent, pour la plupart, obtenir de l'information concrète concernant la procédure des examens complémentaires et plus particulièrement la biopsie, par le biais d'une terminologie qui leur est accessible. Elles sont, à ce stade, centrées sur le présent et veulent s'en tenir à des informations sur le déroulement des examens diagnostiques. De plus, selon les participantes de cette étude, les professionnels les mieux habilités à leur fournir les explications requises sont leur médecin, le

personnel de la clinique où se déroulent les examens, les infirmières, et d'autres femmes ayant déjà vécu une attente semblable.

Une autre étude qualitative rétrospective réalisée par Thorne et al. (1999) décrit l'attente de diagnostic, après un résultat anormal de mammographie, et explore les réactions de 33 femmes, réunies en *focus-group*, selon une méthode descriptive-interprétative. Il ressort de cette étude que la période d'attente en est une d'incertitude qui génère de l'angoisse, allant même jusqu'au désespoir. Les femmes présentent alors différentes façons de gérer leur anxiété. Certaines déploient beaucoup d'énergie à ne pas se tourmenter et attendent une confirmation médicale de leur diagnostic. D'autres s'activent à rechercher de l'information alors que certaines préfèrent s'en tenir aux renseignements fournis par leur médecin. Par ailleurs, les femmes s'interrogent sur la pertinence de se confier aux proches : plusieurs préfèrent ne pas parler de leurs craintes afin de protéger les leurs. Celles qui ont fait part de leurs sentiments à leur entourage ont parfois été étonnées par les commentaires alarmants qui leur ont été faits. À cet égard, une femme qui aurait vécu une situation analogue et connu l'attente de résultats sans avoir été diagnostiquée de cancer, serait la personne idéale pour soutenir celles qui en auraient besoin.

4.4 La critique des études portant sur l'attente de résultats d'examens

Parmi les études qui se sont intéressées aux réactions psychologiques présentées par les femmes lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires, la plupart ont été menées

par des infirmières qui ont souvent utilisé le cadre théorique de Lazarus et Folkman (1984). Ces recherches témoignent ainsi de l'intérêt et de la préoccupation infirmière concernant l'attente pré-diagnostique (Deane & Degner, 1997, 1998 ; MacFarlane & Sony, 1992 ; Northouse et al., 1995 ; Seckel & Birney, 1996 ; Shaw, 1994). En outre, d'autres études réalisées par des infirmières ont été consacrées plus spécifiquement à la période entourant la biopsie mammaire ((Benedict et al., 1994 ; Fridfinnsdottir, 1997 ; Poole, 1997 ; Thorne et al., 1999). Cependant, aucune de ces recherches, sauf celle de Thorne et al. (1999), n'ont été effectuées dans le cadre d'un programme de dépistage systématique de cancer du sein.

La majorité des écrits sont de nature quantitative et ont élucidé les répercussions psychologiques de l'attente pré-diagnostique, à partir d'une large population. Plusieurs recherches qui se sont attardées à décrire l'impact psychologique d'un résultat anormal de mammographie, ont également démontré que le phénomène d'anxiété se poursuit après la mammographie et risque même de s'exacerber au cours du processus diagnostique qui suit. Cependant, la plupart de ces études ont favorisé une approche étiologique, fondée sur un point de vue extérieur et, par conséquent, réductionniste qui ne tient pas compte de l'histoire et du contexte de vie des participantes, c'est-à-dire de la globalité de l'expérience.

Comme il a été dit plus tôt, plusieurs chercheurs ont exploré cette période selon la perspective *stress/coping* de Lazarus et Folkman (Benedict et al., 1994 ; Fridfinnsdottir, 1997 ; Poole et al., 1999 ; Seckel & Birney, 1996). Cependant, certaines recherches qualitatives ont tenté d'innover et d'explorer l'expérience des femmes sans une approche théorique aussi

restrictive (Thorne et al., 1999 ; Shaw et al., 1994). Ces études sont toutefois peu nombreuses mais ont permis de mettre en lumière, d'un point de vue émiqne, le vécu des femmes, tel que relaté par celles-ci. À titre d'exemple, Thorne et al. (1999) décrivent la réserve exprimée par plusieurs femmes concernant leur recherche de soutien émotif auprès des proches et leur préférence à ne pas en parler. Cette conclusion va à l'encontre des résultats d'autres études, basées sur l'approche *stress/coping*, où le soutien social représente une des stratégies dominantes utilisées par les femmes en attente, dans la lutte contre le stress (Benedict et al., 1994 ; Fridfinnsdottir, 1997 ; Poole et al., 1999 ; Seckel & Birney, 1996). Il importe donc de poursuivre l'exploration du vécu des femmes selon leur propre perspective.

À l'instar de certaines études consacrées à l'impact psychologique d'un résultat anormal de mammographie, quelques recherches qui se sont penchées sur la phase subséquente d'attente de résultats d'examens complémentaires, ont étudié le phénomène de manière rétrospective (Deane & Degner, 1997, 1998 ; MacFarlane & Sony, 1992 ; Ong & Austaker, 1997a ; Thorne et al., 1999). Le danger de biais de rappel existe donc au niveau de la nature des sentiments éprouvés lors de l'attente et relatés ultérieurement.

L'anxiété vécue lors de l'expérience d'attente de résultats a été évaluée à partir d'instruments qui varient. En effet, Benedict et al. (1994), MacFarlane et Sony (1992), Ong et Austaker (1997a) ont utilisé un questionnaire développé pour les fins de leurs recherches respectives. Le *General Health Questionnaire*, a servi à évaluer la morbidité psychologique reliée au dépistage (Lowe et al., 1999 ; MacFarlane & Sony., 1992 ; Ong et al., 1997b ; Poole

et al., 1999 ; Seckel & Birney, 1996). Quant à Seckel et Birney (1996) ainsi que Shapiro et al. (1992), ils ont fait usage de *State Trait Anxiety Inventory*, afin de mesurer l'anxiété qui accompagne l'attente de résultats. Il s'avère donc impossible de comparer les résultats puisque les variables étudiées diffèrent.

En outre, il importe de distinguer les conclusions de certaines études, s'intéressant à l'anxiété des femmes qui subissent une biopsie mammaire. En effet, des chercheurs se sont penchées sur la morbidité psychologique entourant la biopsie chirurgicale, telle qu'elle se pratiquait antérieurement, en milieu hospitalier, sous anesthésie générale. (Benedict et al., 1994 ; MacFarlane & Sony, 1992 ; Northouse et al., 1995 ; Shaw et al., 1994). Or, depuis quelques années, la technique d'examen a considérablement évolué et les biopsies à l'aiguille fine ou au trocart ont remplacé, dans la plupart des cas, les biopsies chirurgicales. Elles s'effectuent maintenant en externe, sous anesthésie locale et sont très peu mutilantes. Cependant, les conclusions des dernières recherches conduites auprès de femmes ayant subi une biopsie mammaire, effectuée selon les techniques plus récentes, corroborent celles des études antérieures et conviennent que la période d'attente de résultats de biopsie demeure une des plus stressantes du processus diagnostique (Fridfinnsdottir, 1997 ; Poole, 1997 ; Poole et al., 1999 ; Poole & Lyne, 2000).

La plupart des recherches, qui se sont intéressées à la période d'investigation lors du dépistage du cancer du sein ont, dans l'ensemble, conclu à la morbidité psychologique entourant cette période et ont tenté de mesurer le degré d'anxiété vécue par les femmes lors de

cette phase pré-diagnostique. Cependant, peu d'études ont donné aux femmes la liberté de s'exprimer sur ce qu'elles ressentent au cours de l'attente de résultats d'examens complémentaires. À cet égard, l'utilisation de la méthode phénoménologique leur donne la parole et permet ainsi de décrire l'expérience, selon le point de vue de celles qui la vivent, et favorise une compréhension plus approfondie de leur vécu. C'est l'approche qui a donc été favorisée dans la présente étude du phénomène d'attente de résultats d'examens complémentaires. La description de cette méthode fera l'objet du prochain chapitre.

Chapitre III

La méthode

La présente étude a comme objectif d'approfondir la compréhension de l'expérience de femmes en situation d'attente de résultats d'examens complémentaires consécutifs à une mammographie de dépistage anormale. Ce chapitre veut exposer la méthode utilisée pour atteindre ce but. La première partie situe l'approche phénoménologique en précisant l'ancrage philosophique qui la caractérise. Elle aborde également l'importance de cette méthode pour les sciences infirmières. La deuxième partie présente les participantes à l'étude et dresse un profil de celles-ci. La troisième partie est consacrée aux étapes de la collecte des données. La quatrième partie explique l'analyse des données dont les composantes sont la réflexion, la description, l'orientation et la structure ; elle se termine par une illustration de la méthode de van Manen (1984, 1990). Finalement, la cinquième partie discute de la validité de la recherche en spécifiant les mesures de rigueur, les considérations éthiques et les limites de la recherche.

1. L'approche phénoménologique

Le choix d'une méthode de recherche relève de la position épistémologique du chercheur, c'est-à-dire de la nature des connaissances qu'il désire générer. Dans cette perspective, fidèle au modèle théorique du *caring* de Watson qui guide cette étude, l'étudiante-chercheure a eu recours à une méthode de recherche qui s'inscrit dans la

philosophie prônée par Watson et qui préconise l'étude de l'expérience selon le point de vue de ceux/celles qui la vivent. C'est ainsi que l'étude de l'attente de résultats d'examens complémentaires a été réalisée à partir de l'histoire relatée par les participantes et ce, dans le but de comprendre comment elles vivent cette expérience. Pour ce faire, une recherche de nature qualitative descriptive est des plus indiquées car elle permet de refléter les préoccupations des personnes impliquées. À cet effet, il importe de faire appel à une méthode qui puisse saisir la perspective des femmes confrontées à l'attente de résultats d'examens. Il appert alors qu'une méthode de type phénoménologique est appropriée car elle capture et elle décrit, selon van Manen (cité dans Fortin, 1996) « (...) l'essence des phénomènes, leur nature intrinsèque et le sens que les humains leur attribuent » (p. 149). L'essence est révélée dans la structure d'une expérience de sorte qu'il devient possible de comprendre la signification du phénomène dans toute son originalité, comme il n'a jamais encore été perçu (van Manen, 1984).

La voie d'accès à l'essence d'un phénomène est possible par l'utilisation de la méthode phénoménologique. Cependant, la phénoménologie relève à la fois d'une philosophie et d'une méthode de recherche. Il importe donc d'être fidèle à la philosophie sous-jacente à la méthode utilisée afin d'être en mesure de saisir les implications ontologiques inhérentes à la pensée originale et ainsi ne pas perdre de vue la praxis de la recherche (van Manen, 1990).

1.1 L'ancrage philosophique de la phénoménologie.

L'origine de la philosophie phénoménologique s'inscrit dans un courant de pensée, en vigueur au XVIII^{ème} siècle et s'insurgeait contre l'approche logico-mathématique qui prévaut alors dans les sciences de la nature. C'est grâce aux travaux d'Edmund Husserl (1859-1938), philosophe et mathématicien allemand, qu'elle connaît son essor initial. En effet, celui-ci rejette le positivisme scientifique qui prétend pouvoir prédire et contrôler tout phénomène. Par sa philosophie transcendantale, Husserl propose le « *retour aux choses* » (Huneman & Kulich, 1997). Selon lui, la reconnaissance de la signification de l'expérience humaine devient indissociable de la compréhension du monde. C'est par le biais de la conscience, concept-clé de cette pensée, qu'il devient possible d'appréhender un phénomène. En fait, elle représente la seule voie d'accès au monde extérieur. La conscience n'est jamais vide ; elle est sans cesse consciente de quelque chose. Elle est, par conséquent, intentionnelle car toujours orientée vers le monde, vers un objet différent d'elle-même (Deschamps, 1993 ; van Manen, 1990). De plus, l'attitude naturelle, qui caractérise la façon d'être en relation avec le monde, implique que les choses sont tenues pour acquises, sans questionner leur existence. Ainsi, dans le but d'appréhender un phénomène dans sa nature véritable, il importe de modifier cette attitude afin de faciliter l'ouverture et l'émerveillement face au monde exploré. Il faut donc, selon Giorgi (1993), « (...) mettre à l'écart, ou rendre non influente toute connaissance passée susceptible d'être associée à ce qui est donné pour le moment, de façon à se présenter dans sa totalité au sein de la

situation » (p. 347). Cet exercice constitue la première étape de la réduction phénoménologique ou *epochè*. Elle consiste en la reconnaissance des pré-suppositions, des connaissances, des croyances, des valeurs, des notions scientifiques, des idées préconçues qui influencent l'interprétation d'un phénomène (Kockelmans, 1985 ; van Manen, 1990). La seconde phase de la réduction phénoménologique s'inscrit dans un processus de recherche de l'essence d'un phénomène, appelé réduction édeitique, qui exige d'élargir le contexte particulier vers une perspective plus universelle (Deschamps, 1993).

De la philosophie transcendantale élaborée par Husserl, diverses tangentes philosophiques ont pris naissance dont celle de la phénoménologie existentielle herméneutique, développée par Heidegger et à laquelle ont adhéré, notamment, Merleau-Ponty, Gadamer et Ricoeur (Allen & Jensen, 1990). Cette école de pensée, quoiqu'elle se rallie à la plupart des fondements de la phénoménologie transcendantale, s'inscrit davantage dans une réflexion portant sur l'existence (ontologie) de préférence au concept husserlien de conscience (épistémologie) (Deschamps, 1993).

La préoccupation première de la pensée herméneutique de Heidegger concerne l'Homme (*Dasein*). Sa conception de l'être humain relève de la question ontologique : Que signifie être une personne ? Afin de répondre à cette interrogation, il est impératif de situer l'individu dans le monde. Exister, c'est *être-au-monde* ; le monde étant un a priori qui représente un ensemble de relations significatives, de pratiques, d'histoire et de langage inhérents au fait d'être né dans une culture désignée (Leonard, 1989). À cet égard, l'homme

se révèle par ses expériences vécues (*lived experiences*) et l'accès à la nature de ces expériences est rendu possible par le biais du langage. De fait, le langage représente un mode d'opération de l'*être-dans-le-monde*.

C'est ainsi que, inspiré des préceptes élaborés par Husserl et Heidegger, van Manen a développé la méthode de recherche qui est utilisée dans la présente étude.

1.2 La phénoménologie herméneutique comme méthode de recherche

La méthode de recherche, développée par van Manen (1984, 1990) s'inscrit à la fois dans une pensée phénoménologique et herméneutique. En effet, il s'intéresse à :

(...) l'étude phénoménologique et herméneutique de l'existence humaine : phénoménologique car c'est l'étude descriptive de l'expérience humaine (phénomène), dans une tentative d'enrichir l'expérience vécue en explorant sa signification ; herméneutique, car c'est l'étude interprétative, par l'entremise de l'écriture, de l'expression de l'expérience vécue et ce, dans une tentative de déterminer la signification qu'elle recèle (p.38) (traduction libre).

Les principes directeurs qui orientent la méthode de van Manen (1984, 1990) sont décrits dans le tableau suivant :

Tableau 3.1
Principes directeurs de l'approche phénoménologique selon van Manen (1984, 1990)

La recherche phénoménologique c'est :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ l'étude de l'expérience humaine ; ▪ l'explication de phénomènes tels qu'ils se présentent à la conscience ; ▪ l'étude des essences ; ▪ la description de la signification de l'expérience telle que vécue ; ▪ une étude scientifique humaine d'un phénomène ; ▪ une pratique rigoureuse de la réflexion ; ▪ la recherche de la signification d'être humain ; ▪ une activité de création poétique.

Ces principes directeurs n'ont cependant pas été utilisés en profondeur dans le cadre de cette étude en raison des limites de temps. Ils serviront toutefois de phare au déroulement de la recherche et orienteront la démarche de compréhension de l'expérience d'attente de résultats d'exams complémentaires chez des femmes dont la mammographie de dépistage est anormale.

1.3 La phénoménologie et la recherche infirmière

La pertinence de l'utilisation de la phénoménologie en sciences infirmières s'avère de moins en moins contestable. En effet, selon Ray (1991), la recherche infirmière doit dépasser le spectre positiviste du modèle causal scientifique afin de s'enrichir d'une dimension humaine, ancrée dans l'expérience vécue par les individus, chère aux sciences infirmières. À cet égard, l'approche phénoménologique innove par sa compréhension des

phénomènes de santé basée sur la perspective des personnes impliquées, et non pas en fonction de l'interprétation effectuée par les *experts*. Ainsi, d'un paradigme de la catégorisation, qui prescrit une vision linéaire dans le continuum santé/maladie, puis de l'intégration qui continue d'insister sur l'objectivité, la discipline infirmière se rallie de plus en plus au paradigme de la transformation. Ce paradigme, dans lequel s'inscrit la théorie du *caring* de Watson, perçoit l'individu comme étant un être unique qui évolue dans un environnement avec lequel il est en interaction continue, où la santé devient une expérience subjective (Kérouac et al., 1994).

D'ailleurs, Watson (1994) acquiesce à la pensée phénoménologique et croit, qu'à l'instar de l'herméneutique, le *caring* est au cœur de la pratique infirmière et représente une ontologie. Cette auteure propose d'accorder la priorité à la compréhension de l'expérience à partir du point de vue de ceux et celles qui la vivent. De plus, sa vision de la personne, considérée comme étant un être global, un *être-dans-le-monde* qui interagit continuellement avec son environnement, rejoint les prémices de la phénoménologie.

La présente recherche est basée sur la vision du monde prônée par Watson et est appuyée de la méthode de recherche phénoménologique. Ainsi, l'étude de l'expérience d'attente de résultats d'exams complémentaires vécue par des femmes dont la mammographie de dépistage est anormale est appréhendée de façon holistique. Il ne s'agit pas, ici, d'expliquer l'expérience à laquelle elles sont soumises, mais plutôt de comprendre comment elles vivent cette situation.

2. Les participantes à l'étude

2.1 La sélection et le recrutement des participantes

La sélection des participantes à cette étude a été effectuée selon un échantillon de convenance. Les critères retenus pour le choix des participantes ont été de différents ordres: être une femme âgée entre 50 et 69 ans, être d'expression française, avoir subi une mammographie de dépistage de cancer du sein et obtenu un résultat anormal, avoir passé les examens complémentaires dont la biopsie mammaire, être en attente de résultats des examens complémentaires qui préciseront la nature des lésions détectées (seconde mammographie, échographie mammaire, biopsie à l'aiguille fine ou au trocart, etc.) et vouloir partager cette expérience d'attente.

En recherche phénoménologique, le nombre de participants ne devrait pas être fixé avant le début de l'étude. En effet, la taille de l'échantillon est, idéalement, tributaire des informations recueillies. Différentes candidates sont rencontrées jusqu'à l'atteinte de sa redondance dans leurs propos (Deslauriers, 1991). Cependant, le temps alloué à une recherche effectuée au niveau de la maîtrise n'autorise pas une telle latitude. Conséquemment, quatre femmes ont été rencontrées dans le cadre de cette étude. Les premières femmes qui répondaient aux critères et qui ont accepté de participer ont été recrutées.

Le recrutement des participantes a été effectué par le biais d'un Centre de référence pour investigation désigné (CRID). Préalablement, le médecin responsable de ce service a

été rencontré et informé de la nature de la recherche. Il a alors accepté que la participation des patientes, se rendant au CRID dans le but de subir leurs examens complémentaires, soit sollicitée. C'est ainsi que la personne chargée de l'accueil, avisée des critères de sélection, a proposé aux candidates potentielles de collaborer au projet de recherche. En cas d'acceptation, une autorisation écrite a été signée, autorisant la divulgation de leur numéro de téléphone à l'étudiante-chercheuse (Appendice B). Celle-ci a alors rapidement pris contact avec les candidates afin de leur fournir davantage d'informations sur le projet et, éventuellement, convenir d'un rendez-vous, avant que ces dernières n'apprennent le résultat de leurs examens complémentaires.

Lors de la rencontre avec les participantes, un feuillet explicatif concernant la nature de la recherche, le but poursuivi, les modalités et les conditions de participation ainsi que les risques et avantages possibles leur a été lu et remis (Appendice C). Un consentement de participation à une entrevue, signé conjointement par la candidate et l'étudiante-chercheuse, a permis de finaliser l'entente (Appendice D). Après l'entrevue, un questionnaire socio-démographique a été complété par les participantes (Appendice E). Ces informations permettent de dresser le profil des ces dernières.

2.2 Le profil des participantes

Le profil des participantes présente un portrait succinct de certaines caractéristiques socio-démographiques (l'âge, l'état civil, les personnes cohabitantes au

domicile) et permet de réaliser un bref historique du déroulement des étapes du dépistage pour chacune d'entre elles. Ces informations peuvent s'avérer pertinentes dans la compréhension de l'expérience d'attente vécue par les femmes. Afin de préserver l'anonymat des participantes, des pseudonymes sont utilisés au cours de la description des caractéristiques socio-démographiques présentées dans le tableau qui suit.

Tableau 3.2
Caractéristiques socio-démographiques des participantes

Prénom (fictif)	Âge	État civil	Personne au domicile
Louise	55 ans	Mariée	Époux
Yvonne	58 ans	Veuve	Soeur
Angèle	64 ans	Mariée	Époux
Ghislaine	55 ans	En union libre	Conjoint de fait

Deux des femmes qui ont participé à l'étude ont 55 ans, une autre a 58 ans et la plus âgée, Angèle, a 64 ans. Deux sont mariées, une vit en union libre et une est veuve ; cette dernière habite avec sa sœur. Ainsi, aucune ne demeure seule. Examinons le profil détaillé de chacune.

La première participante, désignée sous le nom de Madame Louise, est âgée de 55 ans. Elle n'a pas d'enfants, habite avec son époux et ne travaille pas à l'extérieur du foyer pour le moment; auparavant, elle était vendeuse dans un magasin.

Madame Louise a subi sa première mammographie et le résultat anormal lui a été communiqué par la secrétaire de son médecin traitant, seize jours avant l'entrevue. Elle dit que ce résultat ne l'a pas trop stressée car elle a obtenu, dès le lendemain, un rendez-vous

chez son médecin de famille qui n'a rien palpé d'anormal lors de l'examen physique. Il l'a, par conséquent, rassurée quant à la nature de la lésion découverte à la mammographie. Elle a eu, depuis, une échographie suivie immédiatement d'une biopsie mammaire.

Elle a été interviewée, à sa résidence, deux jours après la biopsie alors qu'elle était en attente de résultat. Lors de l'entrevue, son mari écoute la télévision dans la pièce voisine. Il essaie, à quelques reprises, de s'intégrer à la conversation. Madame Louise interrompt alors l'entretien et semble contrariée par ces interventions. Pendant la description du déroulement de son expérience de dépistage de cancer du sein et de l'attente qui l'accompagne, elle pleure à plusieurs reprises et s'en excuse continuellement. De plus, elle se rappelle avec beaucoup de tristesse, la mort de sa voisine et amie, survenue neuf mois auparavant, suite à un cancer du sein.

L'étudiante-chercheuse a appris, ultérieurement, lors d'une conversation téléphonique avec Madame Louise, que le résultat de la biopsie mammaire était négatif.

La deuxième participante est Madame Yvonne, âgée de 58 ans. Elle est veuve et mère d'un garçon adulte qui n'habite plus avec elle. Elle est maintenant retraitée, suite à de nombreuses années de services professionnels dans un hôpital. Lors de l'entrevue, Madame vivait chez sa mère car sa résidence habituelle, qu'elle partage avec sa sœur, subissait d'importantes rénovations qui la rendaient inhabitable et lui causaient beaucoup d'ennuis. Madame Yvonne considère la cohabitation avec sa mère comme une expérience difficile car, selon elle, sa mère nie l'importance de subir les examens de dépistage et lui déconseille de se

soumettre à tous ces tests ; d'après Madame Yvonne, sa mère refuse de considérer la possibilité d'une néoplasie du sein chez sa fille.

Madame Yvonne a passé récemment sa première mammographie et le résultat anormal lui a été communiqué par courrier, vingt jours avant l'entrevue. Elle dit que cette annonce l'a rendue nerveuse mais qu'elle a été rapidement rassurée par son médecin qui l'a rencontrée le lendemain et n'a palpé aucune masse à l'examen physique. Elle a, par la suite, passé une seconde mammographie qui a permis d'obtenir une image agrandie de sa lésion. Le résultat anormal de cet examen lui a été transmis par le biais d'un message, laissé sur son répondeur téléphonique par son médecin de famille. Ce message lui signifiait qu'elle devait se soumettre à de nouveaux examens. Elle a alors rencontré de nouveau son médecin traitant qui l'a référée au chirurgien du CRID afin qu'elle y subisse une biopsie. La secrétaire du Centre de référence lui aurait d'abord fixé un rendez-vous pour sa biopsie une semaine plus tard mais aurait rappelé en fin de journée afin de lui offrir la possibilité de passer son examen dès le lendemain, en raison d'une annulation. Madame Yvonne a donc accepté mais avoue douter de la raison invoquée pour devancer le rendez-vous.

À la demande de Madame Yvonne, l'entrevue s'est déroulée dans un restaurant deux jours après la biopsie. Lorsque l'étudiante-chercheuse est passée la prendre pour aller au restaurant, Madame Yvonne était fébrile, en présence de sa mère. Elle était peu loquace et semblait vouloir précipiter le départ de la résidence maternelle. Au restaurant, elle s'est montrée plus détendue et a répondu aux questions sans réticence.

Un appel subséquent a appris à l'étudiante-chercheuse que le résultat de la biopsie était positif et que Madame Yvonne devrait subir une tumorectomie suivie de radiothérapie.

Madame Angèle, la troisième participante, a 64 ans. Elle vient de passer sa première mammographie. Elle est mariée, retraitée et sans enfant. Elle habite avec son époux. Depuis le lancement du programme de dépistage du cancer du sein, Madame Angèle appréhendait le moment où elle serait convoquée pour subir une mammographie. L'invitation à passer son examen de dépistage lui est parvenue le jour du décès de sa voisine, qu'elle a soutenue au cours de la phase terminale d'un cancer du sein.

Selon Madame Angèle, la prise d'un rendez-vous, l'attente qui a précédé sa mammographie ainsi que celle du résultat furent des moments angoissants pour elle. Elle a reçu l'annonce du résultat anormal, par le biais du courrier, un mois avant l'entrevue. Dès le lendemain, Madame Angèle a rencontré son médecin de famille. Comme il ne palpait rien à l'examen physique, il a tenté de la rassurer sur la faible probabilité qu'elle soit porteuse d'un cancer. Elle a, par la suite, passé une échographie qui ne s'est pas avérée concluante. Elle fût donc convoquée de nouveau, cette fois pour passer une biopsie mammaire.

L'entrevue s'est déroulée chez elle, deux jours après la tenue de la biopsie. Madame Angèle se disait intimidée par le fait que la conversation soit enregistrée et manifestait la volonté de « bien répondre aux questions ». Elle a relaté avec facilité les détails de son expérience d'attente de résultats.

Madame Angèle a obtenu, quatre semaines plus tard, un résultat négatif de biopsie.

La quatrième participante est Madame Ghislaine, âgée de 55 ans. Elle n'a pas d'enfants et vit avec son conjoint de fait. Elle enseigne sporadiquement, à titre de suppléante dans une école primaire. Elle suit également des cours universitaires. Elle a vécu, à l'âge de 40 ans, une dépression dont elle s'est remise et qui lui a permis, dit-elle, de tirer d'importantes leçons de vie. Elle prend des antidépresseurs depuis un an et demi, suite à un accident de travail qui l'a maintenue immobilisée.

Madame Ghislaine a déjà passé plusieurs mammographies. Elle déclare que l'annonce du résultat anormal de mammographie, il y a trois semaines, par la secrétaire de son médecin traitant, ne l'a pas alarmée. Elle a alors passé une seconde mammographie qui a permis de faire un agrandissement de l'image de la masse. Comme cet examen ne clarifiait pas la nature de la lésion, les médecins ont convenu de procéder à une biopsie mammaire. Cette décision n'était pas de nature à inquiéter Madame Ghislaine puisqu'elle a vécu, par le passé, deux biopsies utérines qui se sont avérées négatives. De plus, les spécialistes du CRID se sont faits rassurants en lui disant que la masse semblait de nature bénigne.

L'entrevue s'est déroulée, à la résidence de Madame Ghislaine, trois jours après la biopsie. Celle-ci était détendue et a relaté son expérience avec beaucoup de facilité.

Le résultat de sa biopsie s'est révélé, par la suite, négatif.

Le tableau 3.3 présente une vue d'ensemble de l'historique des examens de dépistage des quatre participantes. Il fait état du nombre de mammographies à ce jour. Une seule dame, âgée de 55 ans, a passé plus d'une mammographie. Il est possible de constater

que les participantes ont obtenu les résultats de la mammographie de différentes manières : courrier, médecin traitant ou sa secrétaire. Le nombre de jours d'attente qui s'est écoulé entre l'annonce du résultat anormal de mammographie et l'entrevue varie entre 16 et 30 jours. Toutes les participantes ont subi deux examens complémentaires dont la biopsie mammaire. Une seule des quatre femmes rencontrées a reçu un résultat positif à cet examen soit l'annonce d'un cancer du sein.

Tableau 3.3
Historique des examens de dépistage des participantes

Prénom (fictif)	Nb de mammographies à ce jour	Mode de communication des résultats de mammographie	Nb de jours d'attente depuis le résultat anormal de mammographie	Examens complémentaires après mammographie
Louise	1	Médecin traitant	16	Échographie Biopsie mammaire
Yvonne	1	Courrier	20	Agrandissement/ mammographie Biopsie mammaire
Angèle	1	Courrier	30	Échographie Biopsie mammaire
Ghislaine	plusieurs	Secrétaire médicale	21	Agrandissement/ mammographie Biopsie mammaire

3. Les étapes de la collecte de données

3.1 La perspective de l'étudiante-chercheure préalable à la collecte des données

Tel que mentionné antérieurement, la recherche phénoménologique exige que le chercheur puisse appréhender l'expérience à l'étude avec l'ouverture d'esprit nécessaire à la compréhension de l'essence du phénomène. Selon Kockelmans (1985) « (...) chaque interprétation d'un phénomène doit commencer par une réflexion des idées préconçues du chercheur afin d'en clarifier l'origine et la signification » (p. 243). Ces idées préconçues relèvent notamment des croyances, des valeurs, des attentes et des notions scientifiques qui prédisposent à l'interprétation de la nature de l'expérience avant d'en avoir amorcé l'étude. Pour van Manen (1990), la meilleure façon de contourner cette difficulté consiste à reconnaître la présence de ces connaissances et de ces pré-suppositions en lien avec l'étude. Il s'agit d'une étape préalable à la collecte de données.

L'étudiante-chercheure s'est donc livrée à l'exercice d'identification de sa perspective personnelle du phénomène à l'étude afin d'amorcer cette recherche avec la disponibilité d'esprit requise à la compréhension de la structure du phénomène. (Appendice A).

3.2 Les modes de collecte des données

Outre l'usage de modes traditionnels de collecte de données, la méthode phénoménologique développée par van Manen (1990), propose l'utilisation de multiples sources d'information afin de cerner l'essence qui caractérise l'expérience à l'étude. Citons notamment les racines étymologiques des mots, la recherche de phrases idiomatiques, les expériences personnelles et les biographies (van Manen, 1990). Cependant, dans le cadre de la présente recherche, les données ont été colligées par le biais de techniques plus conventionnelles, soit la réalisation d'entrevues effectuées auprès de quatre femmes en attente de résultats, la tenue d'un journal de bord ainsi que l'observation lors de l'entrevue.

L'entrevue constitue la principale méthode de collecte des données utilisée ici. Une entrevue en profondeur a été effectuée avec chacune des participantes, rapidement après la tenue des examens complémentaires. Ainsi, les réactions des participantes en attente de résultats ont été saisies au moment où elles vivaient cette expérience. En raison de cette rencontre unique, il a toutefois été entendu que, lors de la relecture du *verbatim*, un suivi téléphonique pouvait être effectué afin de valider, par l'étudiante-chercheuse, sa compréhension de certaines données. Il n'a toutefois pas été nécessaire d'effectuer ce suivi avec aucune des participantes.

Les entrevues, menées de façon individuelle, étaient semi-structurées et non directives. Daunais (1992) précise que « La non-directivité dans l'entrevue n'est pas une simple technique, elle constitue un mode d'approche : celui de la conversation où prédomine l'écoute réceptive de l'autre, en vue d'entendre et de recevoir ce qu'il a à exprimer » (p.

278). De plus, en recherche phénoménologique, on ne peut prescrire le déroulement de l'entretien de façon rigoureuse. Cependant, les questions donnent une orientation à l'entrevue (semie-structurée). Ainsi, une question ouverte « globale » a guidé le cours de la conversation. Des questions secondaires sont venues appuyer la question principale afin de faciliter le récit de l'expérience d'attente de résultats. À cet égard, le choix de questions est déterminant et doit susciter la réflexion et l'exploration du phénomène. Selon van Manen (1984) « Une question phénoménologique ne doit pas seulement être claire et comprise mais également *vécue* par le chercheur » (p. 8). C'est ainsi qu'au cours de cette entrevue, l'étudiante-chercheure a d'abord établi une relation de confiance avec chacune des participantes. Elle a amorcé le dialogue et demandé aux femmes rencontrées de relater leur expérience d'attente. Par le biais d'une attitude empreinte de respect, d'écoute et d'empathie, inspirée de la théorie du *caring* de Watson, elle a su encourager les participantes à confier et explorer plus profondément l'expérience d'attente qu'elles vivaient. Le guide des questions d'entrevue est disponible en appendice (Appendice F). Chaque entrevue a duré approximativement entre 60 et 90 minutes. Les propos ont été enregistrés sur bande sonore et retranscrits intégralement.

Le journal de bord constitue le deuxième mode de collecte de données. Les observations et les impressions de la personne investigatrice y sont rédigées dès la planification de l'étude et tout au long de son déroulement. Il regroupe également de précieuses informations car, selon D'Amour (1997), il sert « (...) à enregistrer les comportements du chercheur. Il sert également à consigner ses craintes, ses interrogations, ses périodes de confusion, de doutes et ses sentiments à l'égard des participants » (p. 67). Dans la présente recherche, l'étudiante-chercheure y a inscrit ses sentiments personnels

relativement à l'attente de résultats. De plus, les impressions générales qui se sont dégagées à la suite des interviews ont été notées. Elle y fait un retour sur le déroulement des entrevues, sur son attitude et son comportement ainsi que sur ceux des participantes. Ainsi, il a été plus facile, pour l'étudiante-chercheuse, de procéder à la réduction phénoménologique qui se déroule tout au long de la recherche.

L'observation constitue le troisième mode de collecte de données utilisé dans cette recherche et donne accès à un ensemble d'informations essentielles à la compréhension globale de l'expérience à l'étude. Dans le cadre de cette étude, les impressions et les sensations, qui émanaient de l'environnement dans lequel les participantes furent rencontrées, ont été consignées. À cet égard, il est recommandé par Marshall et Rossman (1989) que la recherche qualitative se fasse sur le terrain, ce qui rend nécessaire de respecter les caractéristiques du milieu. En outre, selon l'approche de Watson (1979, 1985) qui s'intéresse à *l'être-dans-le-monde*, l'observation de l'environnement physique et social représente une donnée essentielle dont il faut tenir compte. Ainsi, lors de cette recherche, trois des femmes ont été rencontrées et interviewées à leur résidence. La quatrième entrevue, à la demande de la participante, s'est déroulée dans un restaurant.

Le type d'observation pratiquée lors de cette étude relève de l'observation dite « objective » dont le but est strictement descriptif. Plus particulièrement, l'observation consiste, d'après Laperrière (1993) « à décrire, de façon exhaustive, les composantes objectives d'une situation sociale donnée (lieux, structures, objets, personnes, événements, durées, etc.) » (p. 254). De plus, l'étudiante-chercheuse s'est montrée très attentive au langage non-verbal qui souvent traduit les états d'âme et les émotions des participantes.

Les éléments qui relèvent de l'observation et du journal de bord ont été retenues dans l'analyse des données afin d'enrichir la compréhension de l'expérience vécue.

4. L'analyse des données

4.1 Les étapes de l'analyse des données

Le but poursuivi par l'analyse des données est de parvenir à capturer l'essence qui caractérise un phénomène et qui se révèle par l'entremise des thèmes identifiés. La méthode d'analyse élaborée par van Manen (1984,1990) propose quatre grandes étapes : la réflexion, la description du phénomène, l'orientation et la structure. Le tableau ci-dessous présente ces étapes ainsi que les tâches spécifiques qui leur sont reliées.

Tableau 3.4
Les étapes d'analyse des données selon van Manen (1984, 1990)

Étapes	Tâches spécifiques
Réflexion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse thématique ▪ Identification de phrases thématiques (Approche holistique, sélective ou détaillée) ▪ Transformation linguistique et artistique ▪ Variation imaginative
Description	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ré-écriture du phénomène accompagnée d'extraits d'entrevues ▪ Prise en compte des notes d'observation et du journal de bord
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien de la cohérence et de la pertinence de la description selon la question de recherche
Structure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description de la structure de l'expérience des participantes

L'étape de la réflexion est effectuée en début du processus d'analyse et implique différentes phases. L'analyse thématique représente la phase initiale de la réflexion. Dans le cadre de cette recherche, plusieurs lectures de *verbatim* ont permis à l'étudiante-chercheuse de se familiariser avec les données. Ce faisant, elle est parvenue à s'imprégner des textes et discerner les aspects thématiques qui ressortent plus ou moins spontanément des transcriptions d'entrevue.

La deuxième phase de la réflexion consiste en l'identification de phrases thématiques dans le texte. Van Manen propose trois approches différentes : l'approche holistique qui implique la rédaction d'une phrase qui saisit la signification fondamentale et globale du texte ; l'approche sélective qui sert à déterminer les phrases du texte qui sont essentielles à la description de l'expérience et l'approche détaillée qui s'effectue par la lecture exhaustive de chacune des phrases du texte afin d'élucider ce qu'elles nous révèlent du phénomène (van Manen, 1990). Dans le cadre de cette étude, l'étudiante-chercheuse a opté pour l'utilisation de l'approche détaillée dans le but de saisir, par des retours continuels aux retranscriptions d'entrevues, les nuances qui permettraient d'approfondir sa compréhension de l'expérience d'attente. De ces phrases thématiques ont émergé les thèmes essentiels qui illustrent le plus fidèlement possible l'expérience d'attente de résultats décrite par les femmes. Ces thèmes sont aussi révélateurs de la structure de l'expérience. Comme le mentionne van Manen (1990) « Un thème représente la façon de

chercher un sens à une expérience vécue. C'est une tentative de placer, sous une forme symbolique (mots) la signification d'une chose » (p. 88). Afin d'atteindre ce niveau de compréhension, l'étudiante-chercheuse a dû faire preuve d'intuition et d'une grande ouverture d'esprit.

La troisième phase est celle de la transformation linguistique et artistique. Van Manen (1990) la décrit comme étant un processus herméneutique où le chercheur, à partir de ses lectures et autres activités, écrit des récits qui traduisent, dans un langage phénoménologique, les thèmes relevés. Dans le cadre de cette recherche, l'étudiante-chercheuse n'a pas poussé sa réflexion jusqu'à ce point puisque seulement quatre entrevues ont été réalisées et que de grands écarts de perspectives ont été constatés dans les données issues des entrevues.

Finalement, la variation imaginative consiste en l'identification de thèmes essentiels qui sont indispensables et dont le retrait peut affecter la signification fondamentale du phénomène. Cette dernière phase de l'étape de réflexion a été réalisée, dans la mesure du possible avec les données recueillies, de manière à s'assurer que chacun des thèmes essentiels et secondaires identifiés reflète les expériences vécues et est nécessaire à la compréhension de l'expérience.

La description du phénomène est la deuxième étape de l'analyse des données. À la lumière des thèmes essentiels et secondaires identifiés, l'étudiante-chercheuse s'est appliquée à écrire et re-écrire une description du phénomène. Selon van Manen (1990),

c'est une démarche herméneutique qui permet de refléter l'expérience vécue. L'étudiante-chercheuse s'est alors distanciée du contexte empirique et particulier entourant chacune des expériences afin de s'attarder à la nature profonde et universelle du phénomène. Cette description est accompagnée d'extraits d'entrevue qui illustrent les thèmes identifiés et permettent au lecteur de s'imprégner de l'expérience à l'étude. En outre, l'écriture nécessite une préoccupation des silences et du langage non-verbal qui traduisent l'expérience sous une forme symbolique. C'est à ce stade que l'investigatrice a intégré les données recueillies à l'aide du journal de bord et de l'observation. Cela a pour effet d'enrichir la description du phénomène.

L'analyse des données se poursuit dans une troisième étape qui se nomme l'orientation. L'étudiante-chercheuse, d'une part, s'est appliquée à maintenir la qualité du texte. D'autre part, elle s'est assurée d'orienter la description de l'expérience selon la perspective de la question de recherche.

La dernière étape de la méthode de van Manen (1984, 1990) consiste en la description de la structure de l'expérience qui révèle l'essence du phénomène. La structure réfère à la façon par laquelle une personne appréhende et comprend la situation qu'elle vit (signification, recherche de sens, description d'un aspect de l'expérience). Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse a démontré la nature spécifique de l'expérience de chacune des participantes, par le biais d'un extrait d'entrevue. Cet extrait a été continuellement mis en parallèle avec l'interprétation globale de l'expérience vécue par l'ensemble des femmes, qui est décrite par les thèmes essentiels. Ce faisant, selon Deschamps (1993), il devient alors possible « (...) d'élever le niveau descriptif au-dessus du caractère spécifique, le portant

ainsi à un niveau de généralité tout en conservant intact le sens de l'expérience » (p. 73). Cette description traduit l'essence du phénomène à l'étude.

4.2 L'illustration de l'application de la méthode d'analyse des données

Les deux premières phases de l'étape de réflexion recommandées par van Manen (1984, 1990) soient l'analyse thématique et l'identification des phrases thématiques ont été effectuées simultanément. En effet, après avoir lu tous les *verbatim* à maintes reprises, l'étudiante-chercheuse s'est alors attardée à souligner toutes les phrases ou les segments de phrases significatifs qui illustrent l'expérience d'attente vécue par chacune des participantes. Les paragraphes suivants exemplifient cette démarche.

Le pire, c'est de ne rien savoir ... pis là j'me dis avec les hôpitaux, y a pas de service, quelle sorte de service j'vas avoir ? Où est-ce que j'vas passer ? Les hôpitaux, on entend juste du négatif (...). S'il y a le cancer là tsé, y a des gens qui attendent deux mois, j'vas-tu être capable d'attendre deux mois ? Ça j'trouvais ça terrible avant là, j'tais pas dedans, ben là j'me dis si faut j'sois dedans ça va être quoi ? [Ce qui m'inquiète le plus] c'est d'avoir le cancer, pis deux c'est le service (Madame Louise).

Ben l'attente est longue (Madame Louise).

À partir du moment où le deuxième [examen] a été fait, là c'était visible qu'y avait de quoi, ça [angoisse] commencé à monter. [La biopsie] c'est quatre fois plus stressant que ... non au début c'était comme une routine (Madame Yvonne).

J'étais nerveuse : l'intestin fonctionnait souvent (Madame Angèle).

De ces extraits, différents sous-thèmes ont émergé comme le montre le tableau suivant :

Tableau 3.5
Exemples de sous-thèmes

Extraits des entrevues	Sous-thèmes
« Avec les hôpitaux, y a pas de service, quelle sorte de service j'vas avoir ? Où est-ce que j'vas passer ? »	Insécurité face aux services
« Le pire, c'est de ne rien savoir »	Insécurité face à l'inconnu
« [Ce qui m'inquiète le plus] c'est d'avoir le cancer »	Avoir peur d'être atteinte d'un cancer
« Ben l'attente est longue »	Trouver l'attente longue
« À partir du moment où le deuxième [examen] ... ça commencé à monter. [La biopsie] c'est quatre fois plus stressant que ... au début»	Éprouver une recrudescence de l'anxiété
« J'étais nerveuse : l'intestin fonctionnait souvent »	Connaître des problèmes physiques

Le même principe s'est appliqué pour l'émergence des thèmes secondaires. L'ensemble des sous-thèmes issus des entrevues ont été comparés afin d'en faire ressortir les similitudes. Le tableau 3.6 illustre ce processus.

Tableau 3.6
Exemples de thèmes secondaires

Sous-thèmes	Thèmes secondaires
Être rassurée par le soutien des professionnels de la santé Se confier à la famille avec réserve Être angoissée par la réaction des membres de la famille Ne pas vouloir en parler à l'entourage/s'appuyer sur des amis	Choisir ses sources de soutien

Le thème essentiel traduit, quant à lui, un volet de l'expérience d'attente. Il se profile à partir des thèmes secondaires. Deux thèmes essentiels ont émergé de l'ensemble des données recueillies dans cette étude : « Être perturbée lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires » et « Vouloir garder confiance ». La démarche de réflexion, globalement, s'est réalisée dans le souci de rester proche des données. Cet exercice se traduit dans le vocabulaire utilisé lors de la transformation linguistique.

Par la suite, l'étudiante-chercheuse s'est livrée à la variation imaginative en s'interrogeant sur la nécessité de conserver le thème. Si celui-ci évoquait une dimension marquante de l'expérience des femmes en attente et qu'il s'avérait essentiel à la compréhension de ce phénomène, le thème secondaire était gardé.

À la lumière des thèmes essentiels, secondaires et sous-thèmes identifiés, l'étudiante-chercheuse a alors procédé à la rédaction de la description de l'expérience, soit la deuxième étape de l'analyse des données. Les extraits d'entrevues, les notes du journal de bord et les relevés d'observation ont été rassemblés pour réaliser la description de la structure du phénomène, celle qui en révèle l'essence. Simultanément, l'étudiante-chercheuse s'est préoccupée de toujours orienter la description de ce phénomène en fonction de la question de recherche qui a servi de prémices à cette étude. Ainsi, les deux dernières étapes de l'analyse ont été effectuées.

5. La validité de la recherche

5.1 La rigueur méthodologique

Van Manen ne précise pas les critères de rigueur qui devraient permettre de juger de la qualité de l'étude, lors de l'utilisation de sa méthode. L'étudiante-chercheuse a néanmoins opté de tenter de répondre à deux critères habituellement respectés en recherche phénoménologique soient l'authenticité et la crédibilité. Au chapitre de l'authenticité, l'étudiante-chercheuse a voulu s'assurer que la description du phénomène issue de la recherche correspondait le plus possible à l'expérience vécue et transmise par les participantes. Ainsi, l'étudiante-chercheuse a identifié, dans un premier temps, sa perspective personnelle préalable à la collecte des données. De la sorte, elle a « mis entre parenthèse », autant que faire se peut, l'ensemble de ses idées préconçues, ses valeurs, ses croyances, ses connaissances afin de dissocier son propre point de vue de celui des participantes. Cette démarche a permis l'ouverture d'esprit nécessaire à la compréhension de l'expérience à l'attente telle que vécue et racontée par les femmes. De plus, afin de décrire le plus fidèlement possible l'expérience relatée par les participantes, l'étudiante-chercheuse a suivi les étapes d'analyse proposées par van Manen (1984, 1990) soit la réflexion, la description, l'orientation et la structure. L'identification des thèmes essentiels, secondaires et sous-thèmes a été réalisée à partir du contenu des transcriptions d'entrevues qui ont été enregistrées et transcrites intégralement. Enfin, une validation intersubjective des données présentées a été effectuée avec Madame Jacinthe Pépin, directrice de recherche.

En ce qui concerne la crédibilité, le second facteur de rigueur, elle réfère au fait que les résultats décrivent le phénomène à l'étude. Pour ce faire, l'investigatrice a procédé à la variation imaginative où elle s'est interrogée sur la pertinence et la nécessité de chaque thème identifié, afin de déterminer si ceux-ci traduisaient l'expérience d'attente. De plus, de nombreuses lectures des *verbatim* ont été effectuées, ce qui a permis de s'imprégner de l'expérience d'attente relatée par les femmes. Par ailleurs, la sélection des participantes effectuée par convenance, a permis de recruter au hasard des femmes dont l'expérience était distincte l'une de l'autre et qui, en dépit de leur nombre restreint, traduit la nature du phénomène à l'étude.

5.2 Les considérations éthiques

En ce qui concerne l'éthique, l'approbation du Comité multifacultaire d'éthique de l'Université de Montréal a été, tout d'abord, obtenue. Par ailleurs, dans le cadre de cette étude, la collaboration des participantes s'est effectuée sur une base volontaire. Elles ont été, de plus, avisées de la possibilité de se retirer de la recherche sans que ne leur soit porté préjudice. Afin qu'elles puissent fournir un consentement libre et éclairé, un document écrit les informant du but poursuivi par l'étude et les prévenant de l'utilisation des résultats à des fins académiques et scientifiques leur a été remis par l'étudiante-chercheuse (Appendice C). De plus, les participantes ont été averties de la durée de la rencontre, de même que du suivi téléphonique susceptible de l'accompagner. Le choix du lieu d'entretien a fait l'objet

choix du lieu d'entretien a fait l'objet d'une entente mutuelle. Les participantes ont également permis l'enregistrement audio de l'entrevue et la retranscription des données. Elles ont été informées que d'autres modes de collecte de données, soient le journal de bord et l'observation seraient utilisés. Pour conclure, un consentement écrit des participantes est venu finaliser l'entente (Appendice D). La confidentialité des informations recueillies a été, par ailleurs, assurée par l'utilisation de pseudonyme lors de la rédaction du rapport. Les enregistrements sonores ont été détruits à la fin de l'étude. Il a été convenu, finalement, que les participantes seraient informées des résultats obtenus, au terme de la recherche, par contact téléphonique ou par la remise des conclusions écrites.

En outre, le rôle de l'étudiante-chercheure n'est pas d'apporter un soutien psychologique aux participantes qui en manifesteraient le besoin. Cependant, dans le cas où celles-ci en auraient fait la demande ou si l'investigatrice l'avait jugé opportun, les candidates auraient pu être référées à des professionnels attitrés. De plus, les participantes ont été avisées de la possibilité de téléphoner à l'étudiante-chercheure si elles se sentaient troublées à la suite de l'entrevue. À cet égard, l'étudiante-chercheure a réalisé que Madame Louise était ébranlée par les confidences qu'elle avait effectuées. Ainsi, lorsque l'entrevue a été complétée, l'étudiante-chercheure a pris un moment pour poursuivre la conversation avec la participante afin de l'écouter et la rassurer.

5.3 Les limites de l'étude

Les limites de cette recherche relèvent principalement des contraintes de temps imposées par les délais entre les examens complémentaires et l'obtention des résultats. En effet, lors d'une recherche phénoménologique, les participants sont habituellement rencontrés à plusieurs reprises et interviewés jusqu'à ce que soit obtenue la description de l'essence du phénomène. Lors de la présente étude, une seule rencontre a été effectuée, sans nécessairement atteindre la redondance des propos des femmes en attente de résultats.

Par ailleurs, le nombre de participantes est de quatre, ce qui peut paraître modeste. En fait, il est utopique de croire que, même en présence d'un nombre élevé de candidates, on puisse arriver à cerner un phénomène dans sa totalité (van Manen, 1990). La signification que revêt une expérience relève de l'interprétation individuelle faite par chacun et ne peut être généralisée à l'ensemble de la population.

En outre, la maîtrise de la technique d'entrevue se développe par la pratique répétée. Cela a fait en sorte que la première entrevue comporte des questions inductives qui ont pu influencer les réponses de la participante. La situation s'est toutefois améliorée au fur et à mesure que les entretiens se sont déroulés, laissant davantage de place au récit de l'expérience d'attente vécue par les femmes. L'inexpérience de l'étudiante-chercheuse se reflète sans doute dans la description et l'analyse de l'expérience, qui se veut le plus près possible de celle des femmes rencontrées.

Chapitre IV

La description du phénomène

Ce chapitre vise à décrire l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires chez des femmes, âgées entre 50 et 69 ans, dont la mammographie de dépistage de cancer du sein s'est avérée anormale. La description de ce phénomène représente la réponse à la question de recherche qui fût à l'origine de la présente étude. Elle se veut le reflet, le plus fidèle possible, de l'expérience d'attente telle que relatée par les femmes rencontrées. Les entrevues, effectuées auprès de quatre participantes, constituent la principale source de données et ont toutes été réalisées à la suite de leur dernier examen complémentaire, soit la biopsie mammaire.

La description de l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires repose sur une réflexion phénoménologique, effectuée par l'étudiante-chercheure, à partir de la retranscription des entrevues. Cette réflexion a permis de faire ressortir des thèmes et des sous-thèmes qui traduisent différents volets de l'expérience, tels qu'exprimés par des femmes. Deux thèmes essentiels qui représentent l'expérience globale, ont été identifiés : « Être perturbée lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires » et « Essayer de garder confiance ».

La description de l'expérience est réalisée à travers ces deux thèmes essentiels appuyés de sous-thèmes et d'extraits d'entrevue. Cette méthode est destinée à rendre le plus fidèlement possible le vécu des participantes.

1. Être perturbée lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires

Pour les fins de cette étude, dans le contexte du programme de dépistage systématique de cancer du sein, la période d'attente s'échelonne de l'annonce d'une anomalie à la mammographie jusqu'à l'obtention des derniers résultats d'examens complémentaires. En réalité, l'étape qui suit l'annonce d'une mammographie suspecte est ponctuée d'une série d'attentes. En effet, l'attente de rendez-vous chez le médecin traitant, l'attente des tests complémentaires, l'attente des résultats de chacun d'entre eux se succèdent jusqu'à l'identification exacte de la nature des lésions découvertes à la mammographie. Cette expérience ne laisse aucune des femmes rencontrées indifférente et perturbe le cours de leur existence en raison, notamment, du caractère inconnu de ce qui les attend. Elles veulent alors être informées de ce qui leur arrive.

Le tableau suivant montre les éléments descriptifs de cette dimension. Les thèmes secondaires et les sous-thèmes illustrent de quelle façon l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires perturbe le quotidien des femmes rencontrées.

Tableau 4.1
Description du premier thème essentiel

Thème essentiel	Thèmes secondaires	Sous-thèmes
Être perturbée lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires	Éprouver de l'inquiétude face à l'inconnu	Vivre un sentiment d'insécurité Avoir peur d'être atteinte d'un cancer Trouver l'attente longue Se sentir impuissante/être plus à l'aise quand on agit Vivre des périodes d'angoisse sporadique/être obnubilée par son anxiété Être obsédée par les résultats (interpréter les indices) Être de plus en plus stressée à mesure que les examens se succèdent/se sentir de mieux en mieux Connaître/ne pas connaître des problèmes physiques et de concentration
	Vouloir être informée	Vouloir être renseignée au sujet des examens complémentaires Se sentir rassurée par la compréhension des techniques d'examens Avoir besoin d'une personne qui réponde aux questions Se sentir rassurée par la connaissance du milieu médical Chercher/ne pas chercher à connaître ce qui va se passer si le résultat est positif Souhaiter que les professionnels de la santé disent la vérité

1.1 Éprouver de l'inquiétude face à l'inconnu

Les femmes rencontrées, dans le cadre de cette recherche, se sont senties perturbées dès l'annonce de l'anormalité décelée à la mammographie et tout au long de l'attente de

résultat de leurs examens complémentaires, notamment en raison du caractère imprévu de cette nouvelle. En effet, les femmes qui passent une mammographie de dépistage sont en bonne santé et espèrent en obtenir la confirmation par le biais de cet examen. Ainsi, l'annonce d'une anomalie a suscité de l'inquiétude face à la situation inconnue qui les attendait : « [le pire] *c'est de rien savoir* ». Cette situation angoisse toutes les femmes rencontrées : « *Ça m'énerve, veux veux pas, ça m'énerve* » [de ne pas savoir] (Madame Yvonne).

L'annonce d'un résultat positif de mammographie déconcerte les participantes et suscite un sentiment d'incertitude concernant l'issue des tests. Cette ambiguïté crée de l'**insécurité** car elles se sentent menacées par un danger potentiel, soit celui d'être atteinte d'un cancer, même si elles n'éprouvent aucun symptôme. Selon Madame Yvonne « *c'est l'insécurité d'avant ... de ne pas savoir ce qui va se passer* » qui est difficile à vivre.

Tout au long de l'attente de résultats d'examens complémentaires, deux des participantes éprouvent différentes **peurs** dont, par-dessus tout, celle d'être porteuse d'un cancer du sein : « *J'avais peur qu'ils me découvrent quelque chose* » (Madame Angèle). Pour Madame Louise, sa principale crainte est celle de la malignité de la lésion et, de plus, elle appréhende de ne pouvoir être traitée rapidement par les services hospitaliers, si le résultat final s'avérait positif : « (...) *la peur d'avoir un cancer, pis les services* ». Par ailleurs, lors de la réception, par courrier, du résultat anormal de mammographie, Madame Angèle a éprouvé un véritable choc. Elle a interprété cet avis comme étant un diagnostic de

cancer du sein et associé cet état à une mort prochaine: « *J'étais comme une personne finie presque (...) comme quelqu'un qui n'en a plus pour longtemps à vivre* ».

C'est alors que **l'attente est longue** et l'intervalle qui les sépare des rendez-vous apparaît comme étant interminable :

Elle allait prendre rendez-vous pour moi en radiologie... a l'avait plus de place... Ben j'ai dit : ça pas d'allure, j'ai dit une semaine. Tsé, c'est ben beau ... ben a dit c'est pas long. J'veux ben croire que c'est pas long, mais quand tu attends là ... (Madame Yvonne)

Ben, l'attente est longue. (Madame Louise)

Par ailleurs, confrontées à cette attente, deux d'entre elles se sentent inutiles et **impuissantes**, ce qui accroît leur malaise. En effet, elles sont dans l'impossibilité d'intervenir afin d'accélérer le processus d'interprétation des résultats alors que la perspective de poser des gestes concrets, dans le but de prendre une part active au processus de diagnostic, contribuerait à diminuer le stress :

On m'appelle et on me demande, on m'invite ... ça vient de l'extérieur, je n'ai pas de contrôle là-dessus. (Madame Ghislaine)

Moi, j'prenais mon rendez-vous, j'me sentais mieux... j'sais pas ça aidait. (Madame Angèle)

De plus, l'inquiétude qui caractérise cette période peut se manifester par des **épisodes d'angoisse sporadiques**, comme c'est le cas pour deux des femmes rencontrées :

Des fois y a un flash qui te revient pis là tu te dis ah Mon Dieu! Y va arriver telle affaire, telle affaire. Des fois ça dure quinze minutes, mais d'autres fois c'est plus long. (Madame Yvonne)

C'est sûr que j'y pense et j'dois avouer que cette nuit j'me suis réveillée et que j'pensais à ça. (Madame Ghislaine)

Une des dames est **obnubilée par l'anxiété** qu'elle ressent :

J'ai juste ça dans la tête. (...) là t'es assise pis tu penses ... pis tu penses à tout ça là (...) C'est long parce qu'on a toujours cette idée-là dans la tête ... on pense au résultat. Y a pas, en tout cas, une heure, deux heures qu'on y pense pas (Madame Louise)

L'obsession des connaître les résultats dans les plus brefs délais fait en sorte qu'elles sont alors à l'affût des détails et **interprètent les moindres indices** qui pourraient les mettre sur une piste leur permettant de prédire l'issue des tests. Ainsi, les décisions des professionnels de la santé, leurs propos, les regards échangés, les expressions sont scrutés attentivement afin d'y déceler des signaux qui favoriseraient l'anticipation du résultat final :

C'est qu'y ont sauté une étape ... faque y sont encore plus sûrs que c'est ... en tout cas, dans ma tête, sont sûrs que c'est de quoi qui est plus positif que négatif. C'est peut-être des scénarios que j'monte dans ma tête mais c'est sûr que j'peux pas m'empêcher de penser que c'est plus positif. (Madame Yvonne)

J'me dis là, quand on est rendu à la biopsie là, y passe pas ça pour rien, han! (Madame Louise)

Dans cette même perspective, ces femmes demeurent sceptiques devant la rapidité des rendez-vous qu'on leur alloue. Elles ne croient pas aux annulations qu'on prétexte alors et attribuent davantage cette efficacité à la gravité de leur état :

Comme elle a vu que j'étais nerveuse pis tout ça, avait trouvé une place pour que je passe le lendemain. Mettons que j'l'ai pas crue vraiment ... en tout cas j'ai mis ça sur le compte que c'est plus grave ... c'est parce que c'est plus grave que juste mon stress. (Madame Yvonne)

J'ai dit là peut-être qu'a m'a dit qu'y a une cancellation pis c'est pas vrai ... que c'est marqué urgent. Faque là, j'me suis dit c'es-tu marqué urgent? As-tu regardé les radiographies pis là a trouvé vraiment ça pas normal pis que ça presse tsé, y a toutes sortes d'idées. (Madame Louise)

Ben là, ça va tellement vite que y a peut-être vraiment quelque chose ... J'trouve que ça va trop vite à mon goût, c'est peut-être pas bon signe ... Peut-être qu'a marqué urgent pis qu'a me l'a pas dit, là, j'ai trouvé ça vite. (Madame Louise)

Par contre, la lenteur dans la communication des résultats peut être considérée comme étant de bon augure: « *Pas de nouvelles, bonne nouvelle* » (Madame Louise).

Trois des participantes voient leur **niveau d'anxiété s'accroître** au fur et à mesure que l'attente se prolonge et que les examens se succèdent, car elles considèrent qu'elles se dirigent inéluctablement vers un diagnostic de cancer:

Pis plus ça va, plus la pression est grande, parce que tu te dis, plus c'est signe qu'y a quelque chose d'un peu plus grave qu'ils te font passer de plus en plus d'examens. (Madame Yvonne)

Ça va en augmentant, le téléphone sonne, je regarde c'est qui ... j'ose pas sortir, j'me dis que tout à coup qu'y m'appelle ... Plus ça va plus j'm'en fais (Madame Louise)

À partir du moment où le deuxième [examen] a été fait, pis là que c'était visible qu'y avait de quoi, ça commencé à monter. (Madame Yvonne)

La recrudescence de l'anxiété, vécue par trois des femmes en attente, semble atteindre son apogée au moment de la biopsie : « *Le plus difficile, sur une échelle de un à cinq, je dirais que c'est peut-être l'examen de la biopsie où je sentais du stress, je pourrais dire trois* » (Madame Ghislaine). En effet, la mammographie représente, pour deux d'entre elles, un examen de routine qui ne soulève pas d'inquiétude en comparaison aux examens complémentaires : « *C'est quatre fois plus stressant là que ... non au début c'était comme une routine* » (Madame Yvonne). Or, la possibilité de la présence d'un cancer n'ayant pas été éliminée, au cours des premiers examens complémentaires, elles croient que les risques d'être porteuse d'une néoplasie sont plus élevés lorsque les médecins recommandent de procéder à une biopsie. Selon elles, ce test n'est utilisé qu'en dernier recours et représente un examen critique qui est effectué lorsque les soupçons convergent vers un diagnostic de cancer :

J'me dis, quand y sont rendus à la biopsie là ... y passent pas ça pour rien ... là, la tension a monté! (...). Ben c'est énervant, tsé [elle pleure].
(Madame Louise)

Paradoxalement, l'expérience de Madame Angèle se démarque de celle des autres participantes, en ce qui concerne l'évolution de ses sentiments. En effet, l'angoisse qui l'habitait à la mammographie et à la réception du résultat anormal a subsisté jusqu'à l'échographie mais, le soutien qu'elle a reçu de son médecin, au cours de cet examen, a diminué son inquiétude et fait en sorte qu'elle se sente **de mieux en mieux**. Dès lors, la

période d'attente de résultats d'examens ne s'est plus déroulée sous le signe de l'anxiété et la tenue de la biopsie n'a pas occasionné un stress additionnel :

J'étais pas mal gonflée à bloc quand j'suis arrivée là (échographie). Quand j'suis repartie j'me sentais bien. Même si je devais continuer autre chose, j'me sentais beaucoup mieux. (Madame Angèle)

Ça allait de mieux en mieux ... J'me sentais de mieux en mieux même si l'ultime approchait. (Madame Angèle)

Du reste, le stress ressenti par les femmes en attente de résultats d'examens ne se manifeste pas uniquement par des bouleversements psychologiques. Ainsi, certaines d'entre elles ont éprouvé, au cours de cette période, des **problèmes physiques**. Trois des participantes ont vécu des perturbations gastro-intestinales :

L'autre jour, j'ai eu mal à l'estomac. (Madame Louise)

J'ai toujours été constipée, mettons que j'le suis pus. (Madame Yvonne)

J'étais nerveuse : l'intestin fonctionnait souvent. (Madame Angèle)

De plus, Madame Louise parle de ses **difficultés de concentration** : « *Mais j'regarde des programmes de télévision, on l'écoute mais on l'entend pas* ». Cependant Madame Ghislaine n'a pas connu des troubles de cet ordre : « *Non j'peux pas dire que j'ai des problèmes de concentration* ». Deux des participantes ont vécu des problèmes de sommeil, soit sous forme d'insomnies ou par la présence de cauchemars : « *Il m'arrive occasionnellement de me réveiller ... J'me suis réveillée cette nuit, j'pensais à ça* » (Madame Ghislaine) et « *J'dors mal ... j'ai des cauchemars* » (Madame Louise). Par contre, Mesdames Yvonne et Angèle n'ont pas eu cette difficulté : « J'suis trop *stressée*

dans le jour, j'sus tellement fatiguée que j'dors bien mes nuits » (Madame Yvonne).
Finalement, deux participantes ont éprouvé des problèmes de fatigue accrue au cours de cette période : « *J'me sens fatiguée un peu plus que d'habitude* » (Madame Ghislaine) et « *J'me lève, j'suis fatiguée* » (Madame Louise).

De manière globale, les extraits d'entrevue ont illustré comment la vie des participantes a été perturbée au cours de la période d'attente de résultats de leurs examens complémentaires. Ces perturbations se manifestent par de l'inquiétude en raison du caractère inconnu des examens complémentaires à subir et des résultats qui en découleront. L'inquiétude, alors ressentie, a entraîné chez la plupart des participantes des sentiments d'insécurité, de peur, d'impuissance. De plus, l'incertitude qui entoure cette période a occasionné des manifestations d'angoisse sporadiques ou continues dont l'intensité s'est accrue au fur et à mesure que les examens se sont poursuivis, sauf pour une des dames. De plus, des désordres d'ordre physique et psychologique sont apparus chez la plupart des femmes rencontrées.

1.2 Vouloir être informée

Inquiétées par les examens complémentaires auxquels elles doivent se soumettre, trois des participantes veulent être informées de tout ce qui leur arrive au cours de cette période afin de diminuer une partie de l'appréhension reliée à la phase pré-diagnostique. Quant à la quatrième dame, elle ne manifeste pas ce désir. Trois des femmes interrogées souhaitent

donc être renseignées sur les tests additionnels qu'elles auront à passer, ce qui aura pour effet de les apaiser. La connaissance du milieu médical contribue également à les rassurer. Par ailleurs, elles réclament la présence d'une personne-ressource qui puisse répondre à leurs questions. À cet effet, deux femmes rencontrées désirent obtenir de l'information ponctuelle concernant les examens qu'elles subissent alors qu'une autre dame est à la recherche de renseignements sur d'éventuels traitements qui seront proposés si le résultat de biopsie est positif et qu'elle est atteinte de cancer. Dans tous les cas elles espèrent, cependant, que les professionnels de la santé fassent preuve de franchise et leur disent la vérité sur leur état.

Les participantes veulent **être renseignées** au sujet des examens complémentaires qu'elles auront à passer et qui élucideront la nature de la lésion identifiée à la mammographie.

J'veux savoir ce qu'on fait au fur et à mesure ou même avant que ça se passe (...). D'la connaissance de ce qui se passe, dans ce que mon corps vit et la connaissance de savoir comment gérer ça. (Madame Ghislaine).

Elles disent manquer d'information concernant la biopsie et n'arrive pas à identifier celle qui lui a été faite : « *Mais c'es-tu la même biopsie? Là y en ont trois ou quatre, faque j'le sais pas ... y a toutes sortes de biopsies, j'sais même pas laquelle y m'a passé* » (Madame Louise).

Les participantes mentionnent que la **compréhension des techniques d'examens les rassure**. Elles affirment que connaître les étapes du déroulement de l'échographie et

plus particulièrement de la biopsie diminue une partie de l'angoisse qui les habite car elles savent alors ce qui les attend : « *Ça allait mieux parce que je savais ce qui m'attendait là* » (Madame Angèle); « *J'peux pas dire que j'étais inquiète parce que je savais ce qui se passerait* » (Madame Ghislaine). Dans cette perspective, Madame Yvonne **souhaite la présence d'une personne-ressource** qui puisse écouter et répondre aux besoins des femmes en attente de diagnostic :

Ça prendrait sûrement, j'sais pas moi ... quelqu'un qui pourrait répondre à toutes ces questions-là (...). Ben, en tout cas, j'pourrais voir quelqu'un ... un psychologue, j'sais pas quoi ...

Elle considère que les conditions qui prévalent lors de la biopsie ne favorisent pas la demande d'informations : « *Ils te donnent pas vraiment le temps de réfléchir pis de poser des questions ... sur le moment quand j'ai de quoi, j'ai ben de la misère à penser vite* » (Madame Yvonne). Par ailleurs, deux femmes pensent que **la connaissance du milieu** où se déroulent les examens **les rassure** et contribuent à diminuer l'anxiété qui prévaut lors de la tenue des tests: « *J'étais un petit peu rassurée, j'avais vu le milieu, tout ça* » (Madame Angèle). Quant à Madame Yvonne, elle se dit avantagée par le fait d'avoir travaillé pendant de nombreuses années dans le milieu hospitalier et, par le fait même, d'en comprendre le fonctionnement :

Parce que tu sais qu'y se passe telle affaire, telle affaire, t'es pas inquiète (...) Pis moi, c'est mon domaine. Comme ma sœur me disait, j'irai jamais seule quand j'sais que j'vas passer un examen comme ça. A dit, t'arrives là, t'es tellement énervée! Même si RX est marqué, tu le vois même pas, tu

passes tout droit, tu te perds. Moi c'est mon domaine. J'ai toujours été là-dedans! Ça m'énerve pas.

Par ailleurs, deux attitudes contradictoires se dessinent en ce qui concerne la recherche d'information. **Une d'entre elle veut connaître ce qui va se produire si le résultat de la biopsie s'avère positif.** Quels seront les traitements possibles ? Y aura-t-il une hospitalisation ? **Deux autres, par contre, préfèrent de l'information ponctuelle** sur les examens en cours et ne souhaitent pas explorer les différentes possibilités qui s'offriront à elles s'il y a présence de malignité:

C'est ben beau, j'vas aller à l'hôpital mais après ça c'est quoi, c'est la radiothérapie? C'est pour combien de temps? (Madame Yvonne)

D'la connaissance de ce qui se passe ... qu'est-ce qui va se passer après ... pour être informée de ce qui va arriver ... d'avoir une moins grande surprise de ce qui va arriver. (Madame Ghislaine)

Non je ressens pas le besoin. Au moment où j'aurai ... si le résultat est positif oui j'irai. (Madame Angèle)

Les participantes recherchent avant tout une attitude honnête de la part des professionnels de la santé et **désirent que leur médecin leur disent la vérité**, même si leur résultat ne correspond pas à celui qu'elles espèrent. Elles avouent qu'elles en seront stressées mais que cette réaction sera alors tout à fait justifiée et ne reposera pas, comme au moment de l'attente, sur des suppositions :

Faque tu sais à quoi t'attendre. Tu sais qu'est-ce qui va arriver ... j'aime mieux le savoir. Pis comme là j'ai vu les rapports de la radiologie, j'aime

mieux les voir ... comme ça je suis sûre qu'y enjolive pas la chose. C'est vraiment ça, c'est ça. Tu stresses pas pour rien. (Madame Yvonne)

On a besoin ... qu'y nous raconte pas des menteries non plus. (Madame Angèle)

À la lumière des propos tenus par les femmes rencontrées, il ressort qu'elles sont toutes perturbées, à divers degrés, au cours de l'attente de résultats d'examens complémentaires. Elles éprouvent de l'inquiétude, associée au résultat inconnu de leurs tests et sur lequel elles ne peuvent intervenir. Par ailleurs, une partie de leur angoisse est reliée aux examens complémentaires qu'elles ont à subir et au sujet desquels, elles savent souvent peu de choses. À cet égard, elles cherchent à diminuer leur inquiétude en s'informant sur ce qui leur arrive.

2. Essayer de garder confiance

Le second thème essentiel émergeant des propos des femmes rencontrées relate comment celles-ci réagissent à l'inquiétude qui les habite au cours de cette période. En effet, la plupart d'entre elles s'efforcent de conserver leur calme et ne pas dramatiser ce qui leur arrive. Ce thème essentiel présente cinq aspects plus particuliers. Du point de vue des données recueillies, garder confiance implique de puiser dans ses forces intérieures et impose une attitude soit d'optimisme ou de découragement. La nécessité de se distraire, le choix des sources de soutien et l'apprentissage d'une nouvelle façon d'être sont globalement les aspects importants au niveau du maintien de la confiance. Le tableau

mieux les voir ... comme ça je suis sûre qu'y enjolie pas la chose. C'est vraiment ça, c'est ça. Tu stresses pas pour rien. (Madame Yvonne)

On a besoin ... qu'y nous raconte pas des menteries non plus. (Madame Angèle)

À la lumière des propos tenus par les femmes rencontrées, il ressort qu'elles sont toutes perturbées, à divers degrés, au cours de l'attente de résultats d'examens complémentaires. Elles éprouvent de l'inquiétude, associée au résultat inconnu de leurs tests et sur lequel elles ne peuvent intervenir. Par ailleurs, une partie de leur angoisse est reliée aux examens complémentaires qu'elles ont à subir et au sujet desquels, elles savent souvent peu de choses. À cet égard, elles cherchent à diminuer leur inquiétude en s'informant sur ce qui leur arrive.

2. Essayer de garder confiance

Le second thème essentiel émergeant des propos des femmes rencontrées relate comment celles-ci réagissent à l'inquiétude qui les habite au cours de cette période. En effet, la plupart d'entre elles s'efforcent de conserver leur calme et ne pas dramatiser ce qui leur arrive. Ce thème essentiel présente cinq aspects plus particuliers. Du point de vue des données recueillies, garder confiance implique de puiser dans ses forces intérieures et impose une attitude soit d'optimisme ou de découragement. La nécessité de se distraire, le choix des sources de soutien et l'apprentissage d'une nouvelle façon d'être sont globalement les aspects importants au niveau du maintien de la confiance. Le tableau

suisant présente, à l'aide des thèmes secondaires et sous-thèmes proposés, les principaux moyens utilisés par les femmes afin de garder confiance dans l'issue favorable des examens.

Tableau 4.2
Description du second thème essentiel

Thème essentiel	Thèmes secondaires	Sous-thèmes
Essayer de garder confiance en l'issue favorable des examens	Puiser dans ses forces intérieures	Réussir/être incapable de contrôler ses pensées Se référer à ses expériences personnelles antérieures Se faire confiance
	Se montrer optimiste/se décourager	Avoir confiance/être méfiante à l'égard des professionnels de la santé Se concentrer sur les paroles réconfortantes des professionnels de la santé Se motiver/broyer du noir Se référer à des expériences positives/négatives
	Réussir/avoir de la difficulté à se distraire	Accomplir des travaux manuels Rencontrer des amis S'attarder à d'autres préoccupations Faire des choses plaisantes Lire Ruminer son anxiété
	Choisir ses sources de soutien	Être rassurée par le soutien des professionnels de la santé Se confier à la famille avec réserve Être angoissée par la réaction des membres de la famille Ne pas vouloir en parler à l'entourage/s'appuyer sur des amis
	Apprendre une nouvelle façon d'être	Éprouver de la fierté à réussir à contrôler son stress Développer une nouvelle force intérieure Surmonter ses peurs Améliorer sa confiance en soi Apprécier son bien-être actuel

Les sous-thèmes et les extraits sélectionnés illustrent les deux attitudes distinctes qui se profilent au sein des femmes rencontrées. En effet, deux des dames interviewées démontrent une attitude que l'on peut qualifier de positive et les tentatives qu'elles effectuent, afin de garder confiance, semblent avoir du succès et leur permettent de traverser un peu plus sereinement cette phase perturbatrice. Par contre, les deux autres dames, en dépit de leurs essais pour garder confiance, se découragent et vivent avec inquiétude la période pré-diagnostique.

2.1 Puiser dans ses forces intérieures

Afin de contrer l'inquiétude associée à l'attente, la majorité des femmes recourent à leurs forces intérieures dans le but de parvenir à maîtriser l'anxiété inhérente à cette période. Les femmes rencontrées sont âgées entre 55 et 64 ans et ont, par conséquent, une longue expérience de vie à leur crédit. Contrôler leurs pensées, aller puiser des ressources dans leurs expériences passées et se faire confiance font partie des moyens qu'elles utilisent afin de mieux vivre leur attente.

Ainsi, en faisant appel à leur capacité de **contrôler** le flot de **pensées** négatives qui les envahissent, deux de femmes évitent de sombrer dans l'angoisse qui peut prendre place à ce stade :

J'veux pas m'énerver, m'inquiéter avec ça ... J'ai le contrôle sur ma pensée (...) L'aide de la pensée ou du travail de la pensée j'pense que aussi c'est un facteur important pour moi. (Madame Ghislaine)

J'me parlais comme on dit ... J'essayais de me convaincre : j'ai rien parce que coudonc j'avais rien. (Madame Angèle)

Cependant, contrôler ses pensées n'est pas un exercice facile et Madame Yvonne est **incapable de toujours freiner les idées alarmistes** qui peuvent l'assaillir :

T'as des périodes que tu te dis non, m'a me fier à ma chum qu'elle c'était négatif mais là, un moment donné, la période d'après y vient un flash, tu dis, c'est sûrement comme ma chum à moi qui ... ben c'était positif.

Deux des femmes rencontrées déclarent également que se **référer à leurs expériences passées**, qui ont été ponctuées de situations semblables ou d'autres moments difficiles qu'elles sont parvenues à surmonter, contribue à calmer leur appréhension :

C'est toute une vie en quelque part, la façon que j'réagis ... oui, je vais puiser là-dedans (...) Y'a d'autres expériences de vie aussi ... j'ai été cherché des moyens de réflexion et des forces là-dedans. (Madame Ghislaine)

J'me suis dis non ... J'ai déjà vécu des biopsies à deux reprises au niveau de l'utérus et c'était négatif chaque fois (...) c'était un renforcement. (Madame Ghislaine)

Madame Angèle **se fait confiance** et croit qu'elle peut surmonter les difficultés reliées à cette période : « *J'me suis parlée pis j'me suis dit; j'sus capable* ». De plus, elle considère qu'elle peut y parvenir seule, sans avoir recours aux autres :

C'est comme ça que j'ai cheminé (...). Pis là, j'ai dit : faut que j'fasse confiance ... à moi (...). Il faut prendre les ressources en soi.

Une autre dame s'efforce de se centrer sur le moment présent afin d'éviter de se projeter dans l'avenir et d'élaborer les scénarios les plus alarmistes : « *Au jour le jour, oui au jour le jour... Demain ça va être autre chose* » (Madame Ghislaine).

À l'aide de leurs forces intérieures deux des femmes rencontrées sont parvenues à apaiser l'inquiétude qui les habitait ce qui leur a permis de vivre leur attente plus sereinement. Les deux autres dames ne sont toutefois pas arrivées, même en ayant recours à leurs ressources intérieures, à contrôler l'angoisse qui les a tourmentées tout au long de la phase pré-diagnostique.

2.2 Se montrer optimiste/ se décourager

L'inconnu qui accompagne la période d'attente de résultats d'examens complémentaires perturbe les femmes et suscite un sentiment d'inquiétude. Deux attitudes distinctes ont été observées chez les femmes rencontrées. D'une part, deux d'entre elles font preuve d'optimisme et démontrent une attitude positive face à la situation d'insécurité qu'elles vivent. D'autre part, les deux autres dames se découragent et sont pessimistes concernant l'issue des examens.

Les deux dames qui se montrent optimistes ont décidé de **faire confiance aux professionnels de la santé**, de les considérer comme des alliés avec lesquels elles veulent collaborer, et de se confier à leurs soins :

J'm'abandonne, y sont là pour m'aider alors je les laisse faire leur travail (...). J'accepte parce que je fais confiance ... ce sont des gens qui sont spécialistes dans ce domaine-là alors, j'accepte ce qu'ils me disent (...). J'me prête à l'examen, j'vais aller jusqu'au bout. (Madame Ghislaine)

J'me disais moi j'suis entre bonnes mains. C'qui font pour moi c'est pour le mieux (...). Oui, j'ai pris ma décision, je coopère à 100%. (Madame Angèle)

En contrepartie, une des participantes ne parvient pas à dissiper l'inquiétude qui l'habite. Cette appréhension est notamment associée au fait qu'elle éprouve de la **méfiance à l'égard du monde médical**. À cet effet, Madame Louise s'inquiète des soins qui sont offerts aux personnes atteintes de cancer, aux délais des traitements et, de plus, soupçonne les médecins de dissimuler parfois la vérité :

Pis là j'me dis avec les hôpitaux, y a pas de services, quelle sorte de services j'vas avoir? (...) Y a des gens qui attendent ça fait deux mois. Ça j'trouvais ça terrible avant là, j'étais pas dedans là, j'me dis si faut que j'sois dedans ça va être quoi? (Madame Louise)

Ben tsé, depuis le début mon médecin m'a dit que : d'après moi là y a rien là ... mais j'passe quand même tous les examens tsé (...). Même le docteur y dit les chances sont sur votre côté ... est-ce que je le crois ou est-ce que je les crois pas? (Madame Louise)

À l'opposé de Madame Louise qui ne croit pas en ses médecins, deux des femmes **concentrent leur attention sur les commentaires réconfortants** qui proviennent, notamment, des professionnels de la santé et qui les rassurent sur la faible probabilité qu'il y ait présence d'un cancer :

En tout cas, on essaie de prendre tous les bons mots en notre faveur, han! Tout ce qui peut être en notre faveur, on a l'oreille très fine (...). Les bons

mots qu'on peut trouver partout ... les bonnes paroles, ça nous fait du bien.
(Madame Angèle)

La personne qui était là m'a dit : ah! ça me surprendrait qu'on vous rappelle ... Ben alors, j'suis partie avec une idée positive, ça réconfortait un peu ma pensée : bon, j'ai rien. (Madame Ghislaine)

Par ailleurs, trois des femmes font des efforts pour **se motiver** et écarter les pensées alarmistes en se convaincant que le résultat final de leur investigation sera négatif :

J'm'encourageais en me disant : voyons donc, j'vas avoir un bon résultat; c'est tout, j'essayais pas de noircir ça (...) c'était possible mais pas pour moi, non. J'ai combattu parce que je disais : non j'ai pas ça. (Madame Angèle)

Dans mon inconscient là c'est sûr que ... ben souvent j'me dis non c'est sûr qui en a que c'est pas positif, faque j'essaie de me convaincre. (Madame Yvonne)

En outre, obsédées par la possibilité d'un éventuel résultat positif de biopsie, deux d'entre elles **broient du noir** et envisagent les perspectives les plus sinistres. Madame Louise conclut à la normalité de cette réaction en affirmant que c'est toujours plus facile de voir le mauvais côté des choses et de s'alarmer avant même d'avoir reçu le résultat décisif : *« J pense que là-dedans, on voit toujours le plus noir ... c'est comme autre chose, on voit jamais le bon côté, on voit toujours le mauvais côté »*. Quant à Madame Yvonne, en dépit de ses efforts pour diminuer ses craintes concernant l'issue de ses examens, elle est convaincue qu'elle a un cancer : *« C'est sûr que j'peux pas m'empêcher de penser que c'est plus positif »*.

Deux des dames interviewées se motivent également en se **référant à des expériences positives**, vécues par des personnes de leur connaissance, dont le dénouement a été heureux :

J'en connais d'autres qui ont eu le cancer du sein pis, entre autres, une madame que je connais. Ça fait trente ans, quarante ans j'pense, a s'est fait enlever un sein mais c'est jamais revenu, ça toujours été correcte. (Madame Louise)

Quand j'me mets à penser, j'me motive aussi là, j'me dis oui! Ça va aller comme elle pis quand même, j'ai été opérée pis ça été très bien. (Madame Yvonne)

Par ailleurs, elles trouvent difficile de garder un bon moral et se **réfèrent** souvent à **des expériences négatives** où des personnes de leur connaissance ont été diagnostiquées d'une tumeur maligne et en sont décédées : « *Mais là, un moment donné, la période d'après, y vient un flash tu dis c'est sûrement comme ma chum à moi qu'elle c'était positif* » (Madame Yvonne). Madame Louise se souvient avec émotion de sa voisine, plus jeune qu'elle, qui est décédée neuf mois plus tôt d'un cancer du sein :

J'ai ma voisine en arrière qui est décédée récemment d'un cancer du sein ... C'était une femme qui faisait ben attention à elle là tsé ... a avait juste 47 ans ... (pleure). Faque j'y pense beaucoup. (Madame Louise)

Les deux femmes, qui présentent une attitude optimiste, vont saisir toutes les opportunités qui leur seront données, afin d'alimenter la confiance en leur bon état de santé et traversent la période d'attente avec sérénité. En outre, celles qui se montrent pessimistes

s'attardent aux aspects négatifs de cette expérience, se découragent et vivent avec davantage d'inquiétude lors de la phase pré-diagnostique.

2.3 Réussir l'avoir de la difficulté à se distraire

Se changer les idées constitue un des moyens utilisés par les femmes rencontrées afin de combattre l'inquiétude qui risque de les envahir au cours de cette période. Ainsi, elles oublient pour un moment, la situation incertaine dans laquelle elles se trouvent et les dangers potentiels de maladie qui les menacent.

Certaines d'entre elles s'adonnent alors à des **travaux manuels** : « *J'tricote pis j'ai un patron pis ... faut que j'suive mon patron là, j'compte mes mailles pis tout ça. J'm'embarque dedans pis ça va* » (Madame Yvonne). **Rencontrer des ami(e)s**, avec qui elles ne se sentent pas menacées, constitue une autre façon de se divertir :

Je rencontre des gens avec qui je vais jaser, des points communs (...). J'ai des amies avec lesquelles j'me sens en confiance et que je peux leur dire ce qui se passe sans être jugée (Madame Ghislaine).

Madame Yvonne, qui vit parallèlement des ennuis concernant les rénovations de sa maison, avoue que **penser à ses autres préoccupations** l'empêche de trop s'attarder à l'attente de ses résultats : « *Ben surtout que j'ai la maison à penser. Ça m'aide peut-être aussi* ». Pour sa part, Madame Ghislaine essaie, au cours de cette période, de **faire des choses plaisantes**, qui la captivent et lui font oublier la situation stressante qu'elle vit :

« *J'peux pas penser à ça et être inquiète et m'occuper à des choses qui m'intéressent, avec lesquelles j'ai beaucoup de plaisir, qui m'absorbent* ». La lecture représente également une source de distraction dans laquelle elles peuvent parfois aller chercher du réconfort. À cet égard, Madame Ghislaine s'adonne à la lecture de témoignages, dans lesquelles elle va puiser des forces, qui la motive et lui fournit des conseils sur les différentes façons de vaincre son anxiété :

J'peux aller chercher dans des témoignages, j'peux aller puiser dans d'autres livres de chercheurs ou des médecins qui vont écrire sur certains comportements que les gens peuvent avoir ou comment essayer de vivre mieux son anxiété, son stress ... dans quoi puiser ses forces. (Madame Ghislaine)

Par contre, les tentatives effectuées pour se changer les idées ne parviennent pas, chez Madame Louise, n'arrive pas à se distraire et à dissiper la pensée obsédante de la menace d'être atteinte d'un cancer. En effet, elle **rumine** continuellement **son inquiétude**:

J'ai juste ça dans la tête (...) J'essaie de ne pas y penser mais j'y pense. Là t'es assis pis tu penses ... pis là tu penses à tout ça (...). Faque y a toutes sortes d'affaires qui nous passent par la tête. (Madame Louise)

La diversion est un des principaux moyens auquel ont eu recours les femmes rencontrées afin de se changer les idées et contrer ainsi l'inquiétude qui accompagne l'attente de résultats. Trois des participantes sont parvenues à se concentrer sur différentes activités, qui leur ont permis de se distraire. Par contre, une dame n'a pas réussi à se divertir et a été continuellement obnubilée par l'inquiétude.

2.4 Choisir ses sources de soutien

Confrontées à une situation où les femmes sont perturbées lors de l'attente de résultats d'examens et dans leur effort pour garder confiance, elles peuvent éprouver le besoin d'être soutenues. En effet, le soutien émotif comble leur besoin de réconfort, essentiel au cours de cette période d'inquiétude. Les participantes à cette étude se montrent, par ailleurs, sélectives à l'égard des personnes qui sauront leur offrir l'aide qu'elles requièrent à ce moment-là.

Les femmes rencontrées apprécient **être rassurées par les professionnels de la santé** qui, par leur attitude et leurs propos apaisants, concernant la faible probabilité de malignité de la lésion, parviennent à diminuer l'angoisse qui les tourmente :

Elle m'expliquait ce qu'elle ferait et puis ... elle faisait son travail vraiment professionnellement sans aucun commentaire sauf celui de me rassurer un petit peu en disant : ça me surprendrait qu'on vous rappelle ... alors j'ai trouvé vraiment ça bien. (Madame Ghislaine)

Y dit moi c'que j'peux vous dire : je ne crois pas que ce soit cancéreux mais y dit faut aller à la biopsie, c'est le pathologiste qui va avoir le dernier mot. Faque ça m'a aidé. Ça m'a aidé qu'y me parle de cette façon (...). (Madame Angèle)

Ça aussi ça doit rentrer dans la balance ... que je ne développe pas une anxiété qui augmente parce qu'il m'a dit : bon, ça me surprendrait qu'il y ait quelque chose (...). Si j'avais pas entendu ces phrases-là il se peut que je sois un peu plus inquiète. (Madame Ghislaine)

Par ailleurs, le soutien émotif apporté par les proches peut, en certain cas, contribuer à diminuer le stress relié à cette situation angoissante. Dans la présente étude, les participantes ont confié, pour celles qui vivaient en couple, leur préoccupation à leur

conjoint : « *J'en ai parlé à mon conjoint parce qu'il savait que je passais des examens et puis c'est des choses qui, pour moi, sont importantes à partager* » (Madame Ghislaine). Elles ne veulent toutefois pas élaborer sur leur état d'âme. Elles manifestent de la **réserve à se confier à la famille** de peur que certains membres ne s'affolent : « *J'en ai pas beaucoup parlé à mon époux, on en a parlé comme ça ... lui aussi ça l'énerve* » (Madame Louise). Outre leur conjoint, elles ont préféré ne pas trop en parler aux autres membres de la famille. En effet, l'inquiétude qu'elles décèlent chez ceux-ci les stresse davantage et elles se sentent alors dans l'obligation de les rassurer :

Le visage lui a changé (conjoint) ... j'avais l'impression que c'était moi qui le rassurait un p'tit peu. (Madame Ghislaine)

Tsé, c'est sûr que c'est stressant, tu le sens dans sa voix [fils]. (Madame Yvonne)

Madame Yvonne, dont la résidence personnelle est en rénovation, est particulièrement affectée par la cohabitation temporaire avec sa mère. En effet, celle-ci n'admet pas que sa fille soit atteinte d'un cancer et la décourage de poursuivre son investigation. Dans cette perspective, la **réaction des membres de la famille angoisse les femmes en attente de résultats**. C'est ainsi que Madame Yvonne doit convaincre sa mère de la nécessité de passer ses examens :

J'peux pas appeler ... ma mère est toujours là pis a rouspète : tu t'en fais pour rien (...). Ça me dérange pas qu'elle écoute là tsé, qu'a comprenne comment j'feel mais c'est qu'a l'accepte pas (...). Pis un moment donné j'ai beau dire : oui maman mais c'est une de ces lésions-là, c'est plus risqué que ça soit malin que bénin. Ah! non tu devrais pas y aller qu'a dit (...). Parce

que ma mère, comme a l'accepte pas, c'est un stress encore là. C'est toujours combattre contre elle. (Madame Yvonne)

Il est, par ailleurs, important de noter que trois des participantes **ne veulent pas en parler avec d'autres personnes de leur entourage**. Le fait qu'elle ne veut pas inquiéter les autres et qu'elle refuse qu'on fasse des suppositions sur ce qui risque de lui arriver, si le résultat de ses examens s'avère positif, sont les raisons invoquées par Madame Angèle :

J'voulais pas de spéculation sur mon cas. J'peux pas entendre ça. J'veux pas entendre ça, donc j'en ai pas parlé pis j'en parlerai pas non plus tant que je saurai pas (...). Pourquoi alerter les autres? Y peuvent pas m'aider. (Madame Angèle)

Pour ce qui est de Madame Ghislaine, elle ne ressent pas le besoin d'obtenir du soutien de la part de ses ami(e)s : *« J'peux pas dire que j'ai ressenti le besoin d'en parler pour me libérer ... pour avoir du support »*. Ces trois femmes ont même remis en question le soutien que leurs proches étaient susceptibles de leur apporter. Elles doutent des bénéfices qu'elles peuvent retirer des confidences faites à autrui. Elles se réfèrent à leurs expériences antérieures où, partager leur anxiété avec les membres de leur entourage ne leur a pas apporté de réconfort. De plus, la réaction de certains d'entre eux n'est pas toujours aidante car, soit ils adoptent une attitude sympathique, soit ils s'enquièrent continuellement des résultats des examens, ravivant ainsi l'anxiété de l'attente :

Tu dis ça à une amie ou à quelqu'un pis là y t'appelle : comment ça va? Faque y te renouvelle toujours ça (...). Parce que j'ai déjà eu d'autres expériences ... on dit on veut se vider le cœur, on raconte tout à tout le

monde, pis on se rend compte qu'au bout du compte, on n'est pas plus avancée. (Madame Angèle)

J'me suis toujours dit conter mes problèmes à quelqu'un, ça va donner quoi? (Madame Louise)

Mes amies et mon compagnon ne sont pas nécessairement les gens les plus aptes à aider (...). Parce qu'une amie, qu'y m'a dit : Ah oui! ... Pis j'voyais qu'elle entrait dans la sympathie. (Madame Ghislaine)

Dans le cas de Madame Yvonne, qui est veuve, elle **s'appuie sur le soutien offert par des amies** tant au niveau des informations concernant les examens, qu'au niveau émotif. Il faut préciser que, tout comme elle, ses amies proviennent du milieu médical, plus particulièrement du département de radiologie et sont familières avec les examens auxquels elle se soumet :

J'ai quand même mon réseau que j'peux m'informer là ... que j'me fie encore à ça (...). Ces personnes-là me connaissent aussi, faque tsé, y savent (...). J'ai plus confiance à ces personnes-là. Ce sont des gens en qui j'ai confiance tsé, qu'y sont dans le domaine ou qu'y ont déjà vécu ça ... ça m'satisfait. (Madame Yvonne)

T'en parles, tout ça, mais ... ça aide là, ben y te disent on pense à toi.... Ça fait du bien de sentir qu'on est pas toute seule. (Madame Yvonne)

En somme, les tentatives pour trouver du réconfort peuvent se faire auprès de différentes personnes, soit les membres de la famille, des amis ou des professionnels de la santé. Toutefois, les femmes en attente sélectionnent les personnes à qui elles se confieront.

2.5 Apprendre une nouvelle façon d'être

Les efforts déployés par les femmes afin de garder confiance dans le caractère bénin de leur lésion, ont permis à certaines de découvrir en elles des capacités insoupçonnées de réagir à cette situation angoissante qu'est l'attente de résultats d'examens. En effet, certaines participantes font une autre lecture de ce phénomène et retirent des bénéfices de leur expérience.

Deux des femmes rencontrées sont parvenues à franchir cette période en maîtrisant l'inquiétude qui les hantait. De cette réussite, elles **retiennent** beaucoup de **fierté** :

Pis j'me suis dit : mon Dieu, j'suis capable ... j'suis pas mal forte (..). Oui j'suis fière d'avoir pu passer comme ça au travers (...). J'suis contente de moi. (Madame Angèle)

Parmi les autres acquis retirés de cette attente, deux participantes ont confié que, grâce à cette expérience, elles sont parvenues à **développer une nouvelle force intérieure** :

J'vas être renforcée pour autre chose (...). Il faut prendre les ressources en soi. J'me suis parlée pis j'me suis dit : j'suis capable, c'est là, y faut maintenant avancer» (Madame Angèle).

Madame Ghislaine considère la période d'attente comme étant un test qui lui a permis de mesurer sa capacité à surmonter les moments difficiles et, de plus, lui procurer de nouveaux moyens afin d'affronter les épreuves ultérieures qu'elle traversera :

Un test de comportement. Un test ... comment gérer quelque chose qui est nouveau pour moi, soit des émotions, de l'attitude face à (...) un point

d'interrogation Je développe une force présentement pour faire face à autre chose. (Madame Ghislaine)

De plus, grâce à cette force intérieure nouvellement acquise, Madame Angèle réalise que cette expérience l'a transformée et qu'elle est parvenue à **surmonter des peurs** qui la tourmentaient et qu'elle pourra dorénavant vaincre :

Ben oui ça m'a changé ... un petit peu m'enlever des peurs, un p'tit peu aussi ... d'autres peurs que ça tsé, sentir que ... j'étais capable de passer à travers beaucoup de choses.

Du reste, la satisfaction d'avoir réussi à bien gérer son stress au cours de cette période cruciale, contribue à **améliorer la confiance en soi**. Madame Angèle explique que le fait d'avoir su maîtriser son angoisse lui permet de croire, qu'à partir de maintenant, elle sera désormais en mesure de faire face à maintes difficultés qui surviendront dans sa vie :

Ben oui, ça m'a changé! Ça m'a changé ... ma confiance en moi et puis ... sentir que j'étais capable de passer à travers beaucoup de choses (...). Mais cette fois là j'ai été capable, les autres fois j'avais pas été capable mais cette fois-ci j'ai été capable de m'en sortir. (Madame Angèle)

Pour ce qui est de Madame Ghislaine, cette confrontation avec la possibilité d'être atteinte d'un cancer du sein l'amène à **apprécier son bien-être actuel**, à découvrir la chance qu'elle a d'être vivante, de profiter de sa vie pleinement, dans le moment présent :

Ma vie a changé un petit peu c'est de dire de vivre pleinement ma vie à tous les jours encore plus ... pis être encore plus consciente de ce que la vie m'apporte, des côtés positifs, de voir encore plus loin ... de jouir encore plus de la vie, d'être plus consciente de tout ce qu'elle m'apporte puis d'être privilégiée. (Madame Ghislaine)

Outre l'inquiétude reliée à l'attente de résultats d'examens complémentaires, certaines ont réussi à trouver un sens à cette expérience et ont développé une nouvelle façon d'être au monde. De cette période, elles conserveront des acquis qui les aideront à mieux vivre d'autres moments difficiles qu'elles connaîtront dans l'avenir.

Ce chapitre décrit l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires, telle que relatée par les participantes qui ont pris part à cette recherche. En rétrospective, les témoignages des femmes recrutées permettent de répondre à la question de recherche et mettent en évidence la structure qui caractérise cette expérience et qui peut être traduit de la façon suivante :

Les femmes, âgées entre 50 et 69 ans dont le résultat de mammographie de dépistage est anormal, sont perturbées lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires et déploient des efforts afin de garder confiance.

Elles affirment que cette situation perturbatrice suscite de l'inquiétude en raison, notamment, du caractère inconnu de ce qui les attend. Elles veulent alors être informées de ce qui arrive. Du reste, elles essaient de garder confiance. La moitié d'entre elles réussissent en puisant dans leurs forces intérieures, en se montrant optimistes, en tentant de se distraire et en choisissant leurs sources de soutien. Fortes de cette expérience, elles apprennent ainsi une nouvelle manière d'être. Cependant, deux des dames rencontrées ne sont pas parvenues à garder confiance, se sont découragées et ne sont pas arrivées à se

changer les idées. Elles ont, par ailleurs, choisi leur source de réconfort. Toutefois, elles n'ont pu, à travers cette expérience, tirer des enseignements enrichissants et découvrir une nouvelle façon d'être.

Cette description fait apparaître l'essence du phénomène d'attente telle que vécu par des femmes âgées entre 50 et 69 ans dont la mammographie de dépistage de cancer du sein est anormale. Il convient maintenant d'élargir cette perspective et d'amorcer une discussion concernant les résultats de cette recherche. C'est ce qui fera l'objet du prochain chapitre.

Chapitre V

La discussion et les recommandations

Le chapitre précédent a décrit l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires à partir des données recueillies auprès de femmes âgées entre 50 et 69 ans et ce, d'un point de vue émique, c'est-à-dire, selon la perspective de celles qui l'ont expérimentée. À la lumière de ces données, le présent chapitre soumet une discussion s'articulant autour des thèmes essentiels, secondaires et sous-thèmes qui ont émergé des propos tenus par les femmes. Dans un premier temps, les données sont mises en relation avec l'approche de Watson, qui a guidé cette recherche. Dans un second temps, un parallèle est établi entre les résultats de cette étude et ceux de la littérature existante. Finalement, des recommandations pour la pratique infirmière, de même que pour d'éventuelles recherches sont proposées.

1. La compréhension du phénomène selon la perspective du *caring* de Watson

Suite à la description de l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires, telle que relatée par les participantes, il appert que cette situation a perturbé la vie de celles qui l'ont vécue et suscité une profonde inquiétude. Inspirée de la théorie du *caring* élaborée par Watson (1979, 1985), la relecture de cette expérience a permis de jeter un regard nouveau sur le phénomène à l'étude. Ainsi, afin de saisir la véritable nature de cette expérience, l'infirmière-chercheuse peut, par l'entremise de

l'approche humaniste-altruiste proposée par Watson (1979), s'imprégner de l'expérience d'attente vécue par les femmes et mieux comprendre les sentiments qu'elles ont éprouvés au cours de cette période. L'infirmière-chercheuse est alors animée du plus profond respect à l'égard de l'attitude présentée par les participantes et ne porte aucun jugement sur leurs réactions.

Selon la conception de Watson, la personne est constituée de trois dimensions indissociables soient le corps, l'âme et l'esprit qui coexistent en harmonie et témoignent du bon état de santé d'un individu. Or, la possibilité de maladie risque de porter atteinte, d'une part, à la dimension « corps » de cette triade et rompre la situation d'harmonie qui existait avant les examens de dépistage, puisque le programme s'adresse aux femmes qui sont asymptomatiques. D'autre part, la menace d'être atteintes d'un cancer crée de l'inquiétude et des perturbations qui sont susceptibles d'affecter également les dimensions « âme et esprit » des femmes. Or, l'être humain tend à maintenir la situation d'équilibre entre ces trois sphères et, pour ce faire, la femme en attente de résultats d'examens complémentaires s'efforce de garder confiance dans le dénouement heureux de son investigation et conserver ainsi la relation d'harmonie, essentielle à son bien-être.

En outre, la femme en attente de résultats est une personne unique et son champ phénoménal, constitué de l'ensemble des expériences vécues, influence l'attitude qu'elle adopte lorsque confrontée à des événements éprouvants de la vie. C'est ainsi que deux des dames qui ont participé à cette étude ont puisé dans leurs expériences antérieures afin d'y

décèler des moyens qu'elles ont déjà expérimentés et qui les ont aidées à surmonter d'autres situations stressantes. Ces comportements adoptés par des participantes lors de la période d'attente, sont également tributaires de l'environnement interne. Cet environnement est propre à chaque individu et consiste en la perception qu'il a des événements, de la culture qu'il véhicule, de la subjectivité de même que des attitudes qu'il présente. À cet égard, l'interprétation subjective d'indices et la perception de l'imminence d'un danger potentiel pour leur santé ont amené certaines femmes à conclure à la malignité de leur lésion et à éprouver davantage d'angoisse au cours de la période d'attente.

Du reste, on ne peut dissocier la personne de l'environnement externe dans lequel elle évolue car, selon Watson (1979) l'individu est un être-dans-le-monde qui est soumis à l'influence de son milieu de vie, de son niveau d'éducation, de son revenu. Ainsi, l'inquiétude présentée par une des femmes rencontrées au cours de la présente recherche a été alimentée par les réactions d'anxiété manifestées par son entourage

Par ailleurs, les tentatives effectuées par les participantes pour garder confiance dans leur bon état de santé et la découverte d'une nouvelle façon d'être au monde s'inscrivent dans les forces existentielles et spirituelles, exclusives à chaque individu, qui lui permettent de transcender une expérience et qui facilitent l'actualisation de soi.

Globalement, certains concepts qui caractérisent la théorie du *caring* de Watson dont l'harmonie corps-âme-esprit, l'environnement et l'actualisation de soi, permettent de mieux comprendre le phénomène d'attente particulier que vivent les femmes rencontrées.

2. La compréhension du phénomène en relation avec les recherches antérieures

Les résultats de la présente étude confirment que le phénomène d'attente de résultats d'examens complémentaires, tel que décrit par les participantes à cette recherche, englobe deux dimensions: être perturbées lors de l'attente de résultats et essayer de garder confiance. En effet, toutes les participantes ont été perturbées, à différents degrés, par l'annonce du résultat anormal de leur mammographie et trois d'entre elles ont essayé de garder confiance en l'issue favorable de leurs examens. Deux de ces femmes semblent être parvenues à maîtriser leur anxiété alors que la troisième, en dépit de ses efforts, a traversé cet épisode avec anxiété. Quant à la quatrième dame, elle a été accablée d'inquiétude tout au long de la période d'attente.

Ces observations se distinguent de l'approche stress/coping utilisées fréquemment par les chercheurs qui se sont intéressés à cette période (Benedict et al., 1994; Fridfinnsdottir, 1997; Poole et al., 1999; Seckel & Birney, 1996). Ces études se limitent souvent à décrire les manifestations causées par l'élément stresser (attente de résultats d'examens complémentaires suite à une mammographie anormale) et les réactions qu'il suscite. Cette description « étique » d'une expérience ne permet pas d'en scruter la nature profonde; elle se contente de la relater selon le point de vue extérieur de l'observateur. Par contre, dans le cadre de la présente étude phénoménologique, l'étudiante-chercheuse a été en mesure d'approfondir la compréhension de l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires en se basant sur la perspective « émique » de cette situation c'est-à-dire selon le point de vue de femmes qui ont vécu l'attente. L'utilisation de cette approche a donc permis l'émergence de deux dimensions essentielles au phénomène d'attente de résultats d'examens complémentaires soient : « être perturbées lors de l'attente de résultats/ essayer de garder confiance » qui s'imbriquent et deviennent alors des composantes indissociables de l'expérience allant au-delà de la description des relations de cause à effet. Ainsi,

l'expérience d'attente suscite à la fois des perturbations psychologiques mais peut également, pour celles qui réussissent à garder confiance, être la source du développement d'une nouvelle façon d'être qui représente un acquis important pour les femmes qui accomplissent ce cheminement.

Cette étude a donc permis d'aller au-delà des réactions présentées par les femmes en réponse au stress occasionné par un résultat anormal. À partir de la théorie du *caring* de Watson et de l'approche phénoménologique, cette recherche a permis de comprendre en profondeur l'expérience, telle que relatée par les participantes, au moment où celles-ci vivaient l'attente. L'étudiante-chercheuse a, de ce fait, mis en lumière les efforts déployés par les femmes en attente de résultats d'examens complémentaires afin de maintenir l'harmonie « corps-âme-esprit » et ce, par leurs tentatives pour garder confiance en l'avenir.

2.1 Être perturbée lors de l'attente de résultats d'examens complémentaires

La description du phénomène corrobore les conclusions d'autres recherches qui attestent que la phase pré-diagnostique est source de stress (Benedict et al, 1994; Deane & Degner, 1998; Fridfinnsdottir, 1997; Lowe et al., 1999; Nothouse et al., 1995; Poole, 1997; Thorne et al., 1999). En effet, les femmes sont **inquiètes face à l'inconnu** : l'inconnu étant les répercussions d'un résultat anormal de mammographie, les examens complémentaires à passer ainsi que les résultats qui en découleront. La présente recherche démontre que l'inquiétude peut prendre place dès l'invitation à subir une mammographie tout comme l'ont décrit Hurley et Kaldor (1992) ainsi que Marteau (1990). Dans cette perspective, une participante a admis que recevoir l'annonce d'un résultat anormal de mammographie par le biais du courrier a suscité chez elle une réaction de choc et de

désarroi. Cette dame a alors associé son résultat anormal à un diagnostic de cancer et à la mort. Cette réaction a également été documentée par Fridfinnsdottir (1997) ainsi que par Ong et al. (1997b). Il est à noter que les trois autres femmes rencontrées n'ont pas été trop ébranlées par l'annonce du résultat anormal de mammographie notamment en raison d'un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant, qui s'est empressé de les reconforter. Par ailleurs, pour les deux dames qui ont reçu leur résultat anormal par courrier, les brochures explicatives jointes à cet envoi n'ont pas semblé calmer leur appréhension.

Les participantes à cette étude ont déclaré éprouver un **sentiment d'insécurité** en raison des examens complémentaires à passer, de l'issue de ces examens et de ce que l'avenir leur réserve. Ce constat a également été fait par certains chercheurs qui se sont penchés sur cette période (Deane & Degner, 1997; Fridfinnsdottir, 1997; Poole, 2000). Cependant, la présente recherche a relevé une nouvelle source d'insécurité exprimée par une participante pour qui la couverture médiatique négative, entourant les services de santé offerts à la population, a fait craindre de ne pas recevoir les traitements requis, dans un délai raisonnable, si elle était atteinte d'un cancer.

En réaction à l'insécurité qu'elles vivent et **obsédées par les résultats**, deux des femmes rencontrées ont fortement tenté d'anticiper l'issue de leurs examens en extrapolant et **interprétant les moindres indices** qui leur permettraient de déduire le résultat des tests. La même constatation a été faite par Thorne et al. (1999) ainsi que Poole et Lyne (2000). Dans la présente étude, ce besoin d'anticipation s'est retrouvé chez les deux

participantes qui ont ressenti davantage d'inquiétude lors de l'attente de résultats car les indices qu'elles accumulaient les amenaient indubitablement à conclure qu'elles étaient porteuses d'un cancer. Les deux autres femmes ont combattu l'invasion de ce genre de pensées qui risquaient de compromettre leur tentative de garder confiance.

Selon les participantes à cette recherche, être en attente de résultats d'exams complémentaires donne lieu à l'émergence de différentes **peurs** dont, principalement, celle d'être atteinte d'un cancer du sein, comme l'ont évoqué d'autres chercheurs (Deane & Degner, 1998; Fridfinnsdottir, 1997; MacFarlane & Sony, 1992; Shaw et al., 1994). La perspective d'être atteintes d'un cancer risque d'entraîner une confrontation avec leur vulnérabilité ainsi qu'avec l'idée de la mort, ce qui alimente davantage la peur ressentie par les femmes au cours de l'attente.

Trois des participantes à cette étude ont manifesté un **sentiment d'impuissance** et de perte de contrôle sur leur vie. En effet, elles déplorent leur incapacité d'agir et affirment qu'elles se sentiraient plus à l'aise si elles étaient en mesure de prendre une part active au processus de diagnostic. Deux de ces femmes sont celles qui se sont efforcées de garder confiance. Cette requête a été relevée également par Thorne et al. (1999) qui ont relaté que les femmes regrettent l'absence d'options et de choix lors de la phase pré-diagnostique, démarche qui peut être réconfortante pour certaines. Par ailleurs, une troisième participante à la présente étude avoue que même si le résultat de son investigation s'avère positif, elle éprouvera un soulagement car elle saura avec précision ce contre quoi elle doit lutter. Cette

dame fût la seule à présenter une certaine exaspération face à l'attente qu'elle vivait. Elle trouve que **l'attente est longue**. Dans cette perspective, aucune des femmes rencontrées n'a manifesté un sentiment de colère ou une frustration face à leur expérience d'attente contrairement à ce qui a été décrit par Fridfinnsdottir (1997) et Shaw et al. (1994), dans le cadre de leurs études auprès de femmes symptomatiques ou à risques d'être atteintes d'un cancer du sein. Leurs émotions se situaient davantage dans un registre d'anxiété.

Le récit de trois des participantes confirme qu'elles éprouvent des **épisodes d'angoisse sporadiques** qui se manifestent comme des bouffées d'anxiété qui les envahissent soudainement. Ces alternances d'humeur et la présence de *vagues* d'anxiété pourraient être associées à l'effort déployé par les femmes afin de garder confiance, effort qui ne réussit pas toujours à calmer l'appréhension qui les anime. La quatrième dame, par ailleurs, a réussi à bien maîtriser le sentiment d'anxiété associé à l'attente

Trois des femmes interviewées, dans le cadre de cette étude, ont constaté une **recrudescence de leur niveau d'anxiété**, associée à la succession des examens complémentaires, comme l'ont démontré d'autres chercheurs (Baum, 1989; Deane & Degner, 1997; Northouse et al., 1995; Poole, 1997). L'indication de subir des examens supplémentaires signifie pour elles que les risques d'être atteintes d'un cancer sont plus grands. En outre, le niveau d'angoisse atteint son paroxysme au moment de la biopsie mammaire. En effet, elles associent la nécessité de se soumettre à la biopsie comme étant reliée à la gravité de leur état, ce qui provoque l'exacerbation de leur inquiétude. Cette

crainte de la biopsie pourrait être reliée aux croyances concernant les anciennes techniques de biopsie mammaire effectuée sous anesthésie générale, où les femmes risquaient de se réveiller dépourvues d'un sein, si le chirurgien le jugeait nécessaire. Cette pratique était courante à une certaine époque avec laquelle les femmes, aujourd'hui âgées entre 50 et 69 ans, sont familières. Toutefois, la quatrième participante a connu un cheminement différent. Les événements entourant sa mammographie soit l'invitation, la tenue de cet examen et la réception du résultat lui ont causé une profonde angoisse. Son niveau d'inquiétude a par la suite diminué, **elle s'est sentie de mieux en mieux** et a traversé la période d'attente sans difficulté. Elle attribue ce revirement de situation au réconfort procuré par l'impression de prise en charge par le médecin radiologiste avec qui une relation de confiance a été établie. De plus, la volonté de garder confiance dans le dénouement favorable de son investigation et la détermination de cette dame a ne pas sombrer dans l'inquiétude expliquent sans doute son cheminement inusité. La démarche particulière de cette participante n'a pas été relevée dans les écrits répertoriés.

Les perturbations vécues par les femmes rencontrées se traduisent par un sentiment d'inquiétude face à l'inconnu qu'elles désirent clarifier et suscitent le désir de **vouloir être informées**. À cet égard, toutes les dames qui ont participé à cette recherche avouent avoir été rassurées par la connaissance des techniques entourant les examens complémentaires ainsi que par la familiarité du milieu où elles ont passé leurs tests. Cette observation est d'ailleurs confirmée par d'autres études portant sur la recherche d'information concernant

le processus diagnostique (Deane & Degner, 1997, 1998; Shaw et al., 1994). À cet égard, deux des femmes rencontrées sont sélectives concernant le type de renseignements dont elles désirent s'enquérir. Ce sont les dames qui ont réussi à contrôler leur anxiété. Elles cherchent à **obtenir une information ponctuelle sur les examens complémentaires** qu'elles subissent et **dont la compréhension les rassure**. Elles ne souhaitent pas extrapoler leur questionnement sur les options de traitements de cancer du sein qui leur seraient proposées. Cette attitude pourrait être liée à la tentative de garder confiance que ces femmes s'efforcent d'entretenir. En effet, chercher à obtenir des informations sur les traitements possibles du cancer du sein serait admettre, à certains égards, cette éventualité ce qui risquerait d'ébranler leur confiance. La quête d'informations ponctuelles a également été soulignée par Shaw et al. (1994) qui se sont penchés sur la gestion de l'information à laquelle se livre les femmes en attente de diagnostic. Par ailleurs, une troisième femme cherche à **être informée sur les étapes qui suivent le diagnostic d'un cancer du sein**. Cette démarche peut traduire le désir de se préparer psychologiquement à l'étape post-diagnostique, si celui-ci s'avère positif. Par contre, la quatrième dame est obnubilée par son angoisse ne semble pas chercher à en savoir davantage.

De plus, **la connaissance du milieu médical** où se déroulent les examens **les rassure**. Par une meilleure connaissance des techniques d'examens et la familiarité avec le milieu où ceux-ci se déroulent, les femmes en attente réduisent le nombre d'éléments inconnus, ce qui a sans doute pour effet de diminuer leur inquiétude. Toutefois, en dépit de

leur désir d'une confirmation de leur bon état de santé, les participantes **souhaitent** avant tout **que les médecins leur disent la vérité** sur la teneur de leurs résultats, même si celle-ci va à l'encontre de ce qu'elles espèrent entendre.

Les médecins traitants ou les radiologistes ont été les personnes désignées, par les femmes interviewées, comme étant celles qui sont les mieux habilitées à combler le besoin d'information. D'ailleurs, les commentaires apaisants émis principalement par les médecins ont su calmer l'angoisse de la moitié des participantes. Cette observation va dans le même sens que celle effectuée par Shaw et al. (1994) qui ont constaté que l'attitude positive du chirurgien, qui rassure sur la faible probabilité d'une lésion cancéreuse, peut réduire l'anxiété des femmes en attente. Il est toutefois important de noter que les participantes à cette étude n'ont pas été mises en contact avec d'autres professionnels de la santé ou groupe de soutien au cours de la phase pré-diagnostique. Seules des brochures concernant les examens complémentaires leur ont été remises, brochures qu'elles ont peu consultées et mal comprises. À cet effet, une des femmes déplore que le contexte de la biopsie ne favorise pas la demande d'information et **souhaite la présence d'une personne-ressource** qui puisse écouter et informer celles qui en manifesteraient le besoin. Il est toutefois permis de croire que les médecins ne sont pas les seuls professionnels de la santé à être en mesure d'assurer le soutien des femmes en attente de résultats et qu'il serait avantageux d'élargir l'équipe d'intervenants susceptibles d'accompagner les femmes en phase pré-diagnostique.

2.2 Essayer de garder confiance

Confrontées à la possibilité d'être atteintes d'un cancer du sein, les femmes en attente de résultats d'examens complémentaires présentent différents degrés de perturbation. Toutefois, trois des participantes essaient de ne pas sombrer dans l'inquiétude et garder confiance en l'issue favorable de leurs examens; deux d'entre elles semblent y parvenir alors que la troisième a de la difficulté à vaincre son anxiété. Par contre, la quatrième dame est accablée d'angoisse, manifeste un certain fatalisme et ne semble pas savoir comment diminuer l'inquiétude qui l'habite et garder confiance dans le bon dénouement de son investigation.

La présente recherche innove par la compréhension inédite du phénomène d'attente de résultats. En effet, l'expérience d'attente provoque à la fois des perturbations psychologiques qui suscitent de l'inquiétude mais peut également devenir l'occasion d'apprendre une nouvelle façon d'être, après avoir réussi à garder confiance au cours de cette situation perturbatrice. Cette dimension « constructive » de l'expérience d'attente n'a pas été relevée dans les études répertoriées qui traitent de la phase pré-diagnostique.

Afin de garder confiance en l'issue favorable des examens, trois des participantes **recourent à leurs forces intérieures** afin de contrer l'inquiétude qui risque de les obséder. Elles s'efforcent donc de **contrôler le flot de pensées négatives** qui menacent de les envahir. Pour ce faire, une des femmes rencontrées essaie de chasser les idées alarmistes qui émergent : elle éprouve cependant de la difficulté à maîtriser son anxiété. Une autre

dame tente de se concentrer sur le quotidien et, ainsi, ne pas anticiper les résultats potentiellement anormaux des examens. De plus, elle rationalise la situation en se référant à ses antécédents familiaux ainsi qu'à son histoire personnelle afin d'évaluer les probabilités qu'elle soit atteinte d'un cancer. Elle réussit, de ce fait, à se convaincre que les risques étaient peu élevés et vit l'expérience d'attente sans trop d'inquiétude. Une troisième femme déploie des efforts considérables pour **se faire confiance** et se persuader qu'elle peut vaincre l'anxiété reliée à l'attente. Elle parvient ainsi à traverser la période d'attente en vainquant son inquiétude. Le recours aux forces intérieures, afin de maîtriser l'anxiété, a été peu documenté par les auteurs qui se sont intéressés à la phase pré-diagnostique. Fridfinnsdottir (1997) a brièvement décrit ce phénomène par ce qu'il qualifie d'attention sélective, où des femmes s'efforcent de déplacer leur attention vers leur travail ou vers d'autres intérêts. Du reste, il ressort de la présente étude que, dans leur effort pour supprimer les pensées alarmistes, les femmes en attente doivent faire appel à leurs capacités cognitives afin d'évincer les émotions rattachées à l'expérience d'attente de résultats. En rationalisant leur situation, en décidant de ne pas sombrer dans l'inquiétude elles parviennent à vaincre les pensées négatives qui risquent de les envahir, à se convaincre de la faible probabilité d'être atteinte d'un cancer et garder ainsi confiance. Cette démarche est exigeante et requiert de nombreux efforts. Il n'est donc pas étonnant de retrouver des signes de fatigue physique et intellectuelle ou des problèmes de concentration lors de la phase d'attente.

Parmi les moyens qui n'ont pas été évoqués dans les écrits répertoriés et qui sont utilisés par les participantes pour contrer l'inquiétude reliée à l'attente figure la **référence aux expériences difficiles de leur vie passée**. Il faut rappeler que les femmes qui collaborent à cette recherche sont âgées entre 55 et 64 ans qu'elles sont porteuses d'une histoire de vie qui comporte son lot de difficultés et à laquelle elles peuvent se référer. En effet, l'évocation des solutions alors apportées ont permis à deux des femmes rencontrées de s'inspirer des ressources utilisées lors de situations éprouvantes et grâce auxquelles elles sont parvenues à surmonter leurs problèmes.

L'attitude optimiste et l'ouverture d'esprit que manifestent deux des participantes n'ont pas été décrites dans la littérature traitant de la phase pré-diagnostique. En effet, ces femmes **se montrent confiantes en leur médecin** et s'abandonnent à leurs recommandations en décidant de collaborer. Du reste, elles apaisent leur inquiétude en se **concentrant sur les paroles réconfortantes** qui leur sont communiquées par les professionnels de la santé. Elles **se motivent** et se **réfèrent à l'expérience positive** de certaines personnes de leur entourage qui ont été atteintes de cancer et qui en sont guéries. Cette réflexion a même prédominé malgré le fait que, pour une de ces participantes, sa voisine soit décédée quelques mois plus tôt d'un cancer du sein et qu'elle l'a accompagnée lors de la phase terminale de sa maladie. Cette dame s'efforce cependant de ne pas s'attarder à cette expérience fatale et se concentrer sur d'autres situations dont le dénouement fût plus heureux. Benedict et al. (1994) ont brièvement décrit le recours à la

pensée positive afin de combattre les idées alarmistes qui peuvent surgir en ces moments d'inquiétude mais les autres recherches traitant de cette période n'ont pas fait ressortir l'utilisation de ce procédé.

Par contre, les deux autres femmes interviewées n'ont pas réussi à contenir le flot de pensées négatives qui les ont envahies et ont ressenti davantage d'anxiété au cours de la période d'attente. Ainsi, elles ont manifesté plus de **méfiance à l'égard des services médicaux** et se sont interrogées sur la franchise des médecins quant aux paroles réconfortantes qu'ils leur ont adressées. De plus, une de ces deux participante **broie du noir** et considère qu'il est normal de voir le mauvais côté des choses et de toujours anticiper la pire situation. Ces deux dames se sont **référées à des expériences négatives** où, des personnes diagnostiquées de cancer du sein n'ont pas répondu aux traitements proposés et sont décédées. Ainsi, une d'entre elles a vu également sa voisine décéder d'un cancer du sein quelques mois plus tôt et ce souvenir l'obsède. À ce propos, les réactions divergentes présentées par deux participantes à cette étude, suite à la mort d'une amie, amènent à se demander quel est l'effet du décès d'une personne significative par cancer du sein, sur l'attitude d'une femme qui reçoit un résultat positif de mammographie?

À la lumière des révélations faites par les participantes à cette recherche concernant leurs attitudes respectives face à cette expérience d'attente perturbatrice, il est opportun de s'interroger également sur l'influence du type de personnalité sur les comportements présentés par les femmes. À ce jour, peu d'auteurs se sont intéressés à ce facteur personnel

dans l'étude des réactions des femmes en attente de diagnostic (Northouse et al., 1995; Poole et al., 1999). Seule l'étude de Northouse et al. (1995) relève que les femmes qui ont davantage d'espoir dans l'avenir manifestent un niveau d'anxiété plus bas lors de la biopsie.

Puisque l'attente est longue, les participantes utilisent la diversion comme moyen de se changer les idées. Trois des femmes rencontrées, dans le cadre de cette recherche, se sont adonnées à différentes occupations et ont **réussi à se divertir**. Une d'entre elle a effectué des **travaux manuels, accompli diverses activités qui lui plaisaient et a lu**, notamment certains témoignages positifs sur l'expérience de la maladie. Une autre a **rencontré des amis**. Une troisième a consacré du temps à **régler d'autres préoccupations**, reliées à la rénovation de sa maison, ce qui est parvenu, selon elle, à lui faire oublier la perspective de la maladie. Ce constat s'oppose aux conclusions de Northouse et al. (1995) qui prétend que la présence concomitante d'autres ennuis contribue à augmenter l'anxiété au cours de cette période. L'utilisation de la diversion, afin de réagir à la situation d'anxiété provoquée par l'attente, a déjà été relevée par d'autres études (Benedict et al., 1994; Fridfinnsdottir, 1997; Poole et al., 1999). Par contre, dans le cadre de cette recherche, une des candidates interviewée **n'est pas parvenue pas à se distraire** et à dissiper l'inquiétude qui l'habitait. Malgré quelques tentatives qu'elle a effectuées pour se changer les idées, **elle a ruminé continuellement son anxiété**.

Les témoignages de trois des femmes interrogées au cours de cette recherche, concernant leur besoin de soutien au cours de la période d'attente, vont à l'encontre des

conclusions rapportées dans d'autres études (Fridfinnsdottir, 1997; MacFarlane & Sony, 1992; Seckel & Birney, 1996). En effet, ces recherches confirment que partager avec la famille et les amis, l'inquiétude et les peurs qui les habitent, procure aux femmes le réconfort émotif souhaité en ce moment difficile. Toutefois, les participantes à cette étude manifestent de la **réticence à se confier à leurs proches** de peur, notamment, de les inquiéter. Elles appréhendent alors de devoir les rassurer et craignent d'être **angoissées par la réaction des membres de leur famille**. Ainsi, elles en parlent brièvement à leur conjoint mais n'élaborent pas sur les sentiments qui les animent. Du reste, elles ne considèrent pas que les membres de leur entourage sont les mieux placés pour apaiser leurs angoisses et mettent en doute les avantages de partager leurs émotions. **Une seule femme** interviewée, veuve, **s'est appuyée sur le soutien offert par ses amies** et s'est dit rassurée par l'idée de ne pas se sentir isolée. Il faut préciser que ses compagnes travaillaient dans le milieu médical, plus particulièrement au département de radiologie, et qu'elles étaient en mesure de répondre au besoin d'information et au besoin émotif de leur amie. À cette égard, les résultats de la présente étude rejoignent les conclusions de celle de Thorne et al. (1999) qui font état de la réserve des femmes en attente à se confier à leur entourage afin de protéger leurs proches. Il est permis de croire que cette attitude ne vise pas uniquement à prendre soin des l'entourage mais également à se protéger elles-même car, consoler les autres peut-être très exigeant. De plus, elles se mettent en garde contre un rappel constant de leur situation, des dangers potentiels qui s'y rattachent et qui pourraient alimenter

l'inquiétude qu'elles combattent. Elles préfèrent traverser seules cet épisode d'attente sans rechercher le soutien de leur entourage ou encore **choisir leur source de soutien**. Dans le cadre de cette recherche, elles déclarent qu'elles ont surtout été **rassurées par les médecins** qui ont su les reconforter tant par les informations fournies que par leur attitude bienveillante. Cependant, toutes les femmes n'ont pas la force de d'apaiser l'anxiété reliée à l'attente, sans recourir à l'aide des autres et il est à craindre qu'elles ne s'isolent et se terrent dans le silence, ce est susceptible d'exacerber les difficultés de la phase pré-diagnostique. Ce risque est d'autant plus présent, que la principale ressource sur laquelle les femmes se sont appuyées sont les médecins, que ceux-ci sont souvent peu disponibles et que les participantes n'ont pas été référées à d'autres sources d'aide.

L'ensemble des recherches existantes traitant de l'expérience d'attente de résultats d'examen complémentaires font état de la morbidité psychologique qui caractérise cette période. Cependant, l'originalité des résultats de la présente étude réside dans la nature « constructive » que peut prendre cette expérience et qui n'a pas été relatée dans les écrits répertoriés. En effet, deux des participantes rencontrées sont parvenues à donner un sens à cette expérience et **développer ainsi une nouvelle façon d'être**. Celles-ci ont interprété leur situation d'attente comme étant la source d'un changement personnel. Ainsi, **réussir à vaincre l'anxiété** inhérente à l'attente qu'elles ont vécu leur a permis **d'acquérir une nouvelle force intérieure**. Cette force va permettre aux femmes d'être mieux outillées pour affronter les épisodes difficiles que la vie leur réserve. De plus, elles ont retiré de la

fierté de leur maîtrise de soi et de leur réussite à surmonter leurs peurs. Elles ont, en outre, **amélioré la confiance** en leur capacité de gérer des situations de stress. Par ailleurs, une de ces deux participantes mentionne que le doute d'être atteinte d'un cancer lui a permis d'envisager la vie avec un regard nouveau et **apprécier son bien-être actuel.**

En rétrospective, les résultats de la présente étude renforce ce qui a déjà été documenté dans les écrits et confirment le caractère perturbateur de la période d'attente de résultats d'examens complémentaires de même l'inquiétude qui s'y rattache. De plus, les femmes en attente ont besoin d'informations, soit ponctuelles ou concernant la phase post-diagnostique, afin de réduire le nombre d'éléments inconnus entourant le processus d'investigation et diminuer ainsi leur inquiétude. De plus, par le biais d'une information adéquate elles seront en mesure de prendre des décisions éclairées et se sentiront impliquées dans le processus d'investigation. En outre, les femmes préfèrent choisir les personnes qui leur apporteront du soutien et, à cet égard, parlent peu des sentiments qui les animent. Ainsi, les membres de la famille ou les proches ne sont pas nécessairement ceux qui réussissent à calmer leurs appréhension alors les médecins ont su apaiser leurs inquiétudes. Cependant, la réticence qu'elles manifestent à partager ce qu'elles vivent implique qu'elles risquent de s'isoler et traverser seule la période d'attente, ce qui peut accentuer les perturbations reliées à la phase pré-diagnostique.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche apportent une nouvelle interprétation à l'expérience d'attente. En effet, confrontées à l'inquiétude de l'attente de résultats,

certaines femmes parviennent à gérer leur anxiété et essaient de garder confiance dans l'issue favorable de leurs tests. Ce faisant, elles trouvent un sens à cette expérience, parviennent à développer leurs forces intérieures et apprennent ainsi une nouvelle façon d'être. C'est dans les aspects « constructifs » de l'expérience d'attente que la littérature existante est plus laconique et que l'apport de la présente étude devient significatif.

Les résultats distinctifs de cette étude peuvent être attribués, premièrement, de l'utilisation de la théorie du *caring* de Watson (1979, 1985) qui a guidé la présente recherche. En effet, la relation transpersonnelle établie entre les participantes et l'étudiante-chercheuse a encouragé les femmes rencontrées à se confier et a favorisé la découverte de la nature essentielle de l'expérience d'attente. De plus, interpréter l'expérience d'attente au regard de cette théorie permet de reconnaître que les perturbations occasionnées par le processus d'investigation constituent une menace à l'harmonie entre les dimensions « corps-âme-esprit », garante de la santé d'un individu. Les femmes en attente s'efforcent alors de préserver cet équilibre qui risquerait d'être mis en péril par un niveau d'inquiétude trop important. En gardant confiance dans le dénouement favorable de leur investigation, elles assurent le maintien de harmonie indispensable à leur équilibre. Deuxièmement, l'utilisation de la méthode phénoménologique, qui a permis aux femmes de s'exprimer sur la réalité de leur vécu, a rendu possible la compréhension en profondeur du phénomène à l'étude. Ce faisant, l'approche phénoménologique a favorisé la découverte d'un sens nouveau à cette expérience qui n'avait pu, jusqu'alors, être révélé par les devis quantitatifs.

Troisièmement, les témoignages des participantes saisis de façon ponctuelle, contrairement à la plupart des études répertoriées, ont sans doute facilité l'émergence d'émotions et de réflexions qui n'ont habituellement plus cours lorsque l'expérience est racontée ultérieurement.

Les résultats de cette étude qui démontrent le caractère « constructif » de l'expérience d'attente obligent à s'interroger sur le choix des deux participantes qui ont manifesté une attitude « positive ». En effet, sont-elles du type de personnalité qui adhère avec empressement à un projet d'étude? Ce à quoi il est possible de rétorquer que ces dames ont été choisies au hasard et qu'elles font partie des femmes qui répondaient aux critères de sélection. À cet égard, les deux autres participantes qui n'ont pas démontré la même attitude et qui ont vécu difficilement leur phase d'attente, ont été sélectionnées de la même manière et ont accepté sans plus de réticence de collaborer à l'étude.

3. Des recommandations pour la pratique infirmière

Cette recherche a mis en lumière l'expérience d'attente de résultats d'exams complémentaires vécue par des femmes qui se soumettent au programme de dépistage du cancer du sein. À cet égard, le rôle des infirmières, dans ce volet de prévention et de promotion de la santé, s'inscrit dans un des postulats de base de l'approche élaborée par Watson (1979). Or, à ce jour, peu d'infirmières se sont impliquées dans la dépistage du cancer du sein malgré l'importance de cette priorité en santé publique.

Cette maladie constitue le type de néoplasie le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes et la seconde cause de mortalité par cancer. À cet égard, le programme québécois

de dépistage systématique du cancer du sein ambitionne rejoindre 70% des femmes âgées entre 50 et 69 ans. Cependant, afin de s'assurer l'adhésion de ces femmes, il est impératif de réduire l'impact psychologique associé aux examens de dépistage. Ainsi, le rôle des infirmières peut être déterminant. En effet, comme le démontre l'étude de MacFarlane et Sony (1992), 45% des participantes qui ont subi une biopsie mammaire considèrent que les infirmières représentent les personnes-ressources les mieux habilitées à réduire leur niveau d'anxiété. Toutefois, au Québec, un nombre restreint d'infirmières oeuvrent dans ce créneau et les participantes à la présente étude n'ont été mises en contact, au cours du processus diagnostique, avec aucune infirmière. Il est donc essentiel que les infirmières soient intégrées au sein de l'équipe de soutien des femmes en attente de résultats d'examens complémentaires. À cet égard, tel que réclamé par une participante qui souhaite la présence d'une personne-ressource qui puisse répondre aux questions, les infirmières seraient en mesure d'assurer cette fonction de coordonnatrice responsable de renseigner, soutenir et référer les femmes qui en manifesteraient le besoin. Comme il a été démontré par la présente étude, l'impression de « prise en charge » éprouvée par une des participantes a contribué à la rassurer et a facilité ainsi son attente.

Afin de venir en aide aux femmes qui participent au programme de dépistage et qui vivent l'inquiétude de l'attente de résultats, les infirmières doivent d'abord être sensibilisées à l'incertitude inhérente à cette phase pré-diagnostique et aux réactions d'anxiété que cela peut générer. De plus, il a été démontré par cette recherche, que le

soutien offert par les professionnels de la santé représentait une des sources les plus importantes de réconfort. Cependant, les participantes ne font mention que du soutien apporté par les médecins alors que les infirmières sont habilitées à accompagner des femmes en attente. Ainsi, par le biais d'une relation de *caring*, les femmes en attente de résultats seront acceptées dans la diversité de leurs réactions. De plus, forte d'une relation transpersonnelle favorisant un rapport d'humain-à-humain établi entre deux individus, l'infirmière sera à l'écoute du récit de l'expérience, telle que vécue par les femmes.

Il ressort de la présente étude qu'une des dimensions du soutien, souhaité par la plupart des femmes fait référence à la quête d'information concernant ce qui leur arrive lors du processus d'investigation. Ce besoin d'information n'est pas comblé par les différentes brochures remises aux participantes du programme de dépistage qui, de plus, sont sélectives quant aux renseignements qu'elles désirent obtenir. Par conséquent, par la connaissance du champ phénoménal propre à chaque femme en attente, l'infirmière pourra évaluer le type d'informations désirées, le moment propice pour les offrir et proposer des réponses accessibles à la compréhension de leurs interlocutrices. Ce faisant, elles réduiront une partie de l'inquiétude reliée à cette phase. De plus, en référence aux résultats de la présente recherche, les femmes en attente désirent prendre une part active au processus de diagnostic. C'est ainsi que grâce aux informations qu'elles auront obtenues, elles seront en mesure de prendre des décisions éclairées et se sentiront impliquées dans le processus de dépistage.

De plus, les infirmières doivent être informées du phénomène d'incertitude et des manifestations psychologiques qui peuvent en découler. Elles seront ainsi habilitées à faire prendre conscience aux femmes des tendances à l'interprétation et l'élaboration des scénarios des plus alarmistes concernant l'issue des examens, qui caractérise cette période. Elles pourront aussi les sensibiliser aux risques que ces scénarios exacerbent l'anxiété qui les anime. Elles auront alors la possibilité de les guider vers la découverte de moyens leur permettant de mieux traverser cet épisode. Du reste, à la lumière des récits de certaines participantes à cette étude pour qui l'expérience d'attente a permis de développer de nouvelles forces intérieures, l'infirmière, inspirée du dixième facteur *caractif* de l'approche du *caring* de Watson (1979), pourra accompagner la femme en attente vers la reconnaissance de ses forces existentielles et spirituelles. Elle lui permettra ainsi de cheminer, au cours de cette période inquiétante, vers l'actualisation de soi.

L'attente est un phénomène auquel on s'attarde peu et dont les répercussions demeurent inconnues pour nombre d'infirmières. À cet égard, guidée par la philosophie humaniste-altruiste de Watson (1979), l'infirmière sera attentive à discerner les frustrations liées à l'attente. Ces frustrations sont souvent occasionnées par une impression de désintérêt et d'irrespect que leur manifestent les personnes responsables de la situation d'attente. Il importe alors de les aider à transcender ces émotions et faire appel à leur rationalité en leur expliquant les raisons de l'attente et en leur manifestant de la considération concernant les inconvénients causés par le délai.

Les participantes ont peu sollicité le soutien émotif de leurs proches au cours de cette phase. Or, il est important pour l'infirmière d'être attentive à l'angoisse éprouvée par les femmes afin de leur apporter le réconfort dont elles ont besoin. Par le développement d'une relation d'aide et de confiance, tel que stipulé par le quatrième facteur *caractif* de l'approche du *caring* de Watson, l'infirmière sera en mesure d'encourager les femmes à verbaliser leurs sentiments et apaiser ainsi l'anxiété qui peut être présente à ce moment. À cet égard, la sous-utilisation des services de soutien offerts aux femmes en attente ne signifie aucunement que celles-ci traversent cette période sans difficulté. Il est donc essentiel que les infirmières soient pro-actives en ce domaine et brisent l'isolement ainsi que le silence dans lequel se réfugient les femmes. Il faut initier des interventions qui rejoignent les femmes pour les encourager à partager les émotions qui les animent au cours de la phase pré-diagnostique.

4. Des recommandations pour la recherche en sciences infirmières

La description phénoménologique de la période d'attente de résultats d'examens complémentaires a permis de mettre en lumière certaines thématiques essentielles à la compréhension du phénomène. Aucune étude québécoise n'avait décrit cette expérience, de façon ponctuelle et selon la perspective de femmes qui la vivent. Comme l'implantation du programme de dépistage est récente au Québec et compte tenu du nombre important de femmes qui s'y soumettent, il serait indiqué que les résultats de cette recherche qualitative

soient utilisées dans le cadre d'une recherche quantitative afin d'en valider les résultats sur une plus grande échelle.

De plus, la nature diversifiée des réactions présentées par les participantes à la présente étude suscite un questionnement. Les facteurs qui influencent les réponses des femmes en attente de résultats et les moyens qu'elles mettent en œuvre afin de traverser cette période le plus sereinement possible, sont autant de pistes potentielles pour une étude qualitative de plus grande envergure.

De même, dans le but de contrer l'incertitude reliée à l'attente, les participantes de cette étude ont confirmé la nécessité d'être renseignées sur ce qu'elles vivent lors du processus diagnostique. À cet effet, la recherche d'information a été abondamment documentée chez les patients atteints de cancer. Cependant, il serait indiqué d'explorer, par le biais d'une étude qualitative, le type d'information identifié par les femmes au cours de la phase pré-diagnostique.

L'idée originale de cette recherche consistait en l'étude de la période d'attente de résultats d'exams complémentaires chez les femmes à faible revenu. Cependant, des problèmes de recrutement et la contrainte de temps, imposée dans le cadre d'une maîtrise, ont fait en sorte que le facteur pauvreté a dû être abandonné. Cependant, l'importance d'explorer l'expérience d'attente chez cette population demeure. Très peu d'études à ce jour, et aucune répertoriée au Québec, se sont intéressées à l'attente de résultats chez les femmes démunies. Pourtant, suite aux résultats de cette recherche, qui mettent en lumière

l'isolement qui menace certaines femmes en attente, l'indication d'aller s'enquérir par une étude qualitative, de la réalité de cette expérience auprès de femmes en difficulté socio-économique, apparaît des plus indiquée. En effet, l'isolement qui caractérise déjà la condition de vie des femmes démunies risque d'exacerber les perturbations reliées à l'attente de résultats d'examens complémentaires, les dissuader de participer au programme de dépistage systématique de cancer du sein et les exposer davantage à cette maladie.

Conclusion

L'étude de l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires consécutifs à un résultat anormal de mammographie, chez des femmes âgées entre 50 et 69 ans, a permis de saisir la nature de cette expérience selon le point de vue des participantes recrutées. En somme, par le biais des écrits répertoriés, la description du phénomène à l'étude et la discussion entourant les résultats, il appert que l'attente de résultats est une expérience qui perturbe la vie des femmes. De la présente recherche, il ressort que, confrontées à la possibilité d'être atteintes d'un cancer, les femmes en attente de résultats vivent cette période d'attente avec plus ou moins d'inquiétude et veulent être informées de ce qui leur arrive. Elles essaient toutefois de garder confiance en l'issue favorable du processus d'investigation. Pour ce faire, elles vont puiser dans leurs forces intérieures, se montrent optimistes, réussissent à se distraire, choisissent leurs sources de soutien et apprennent ainsi une nouvelle façon d'être au monde. Cette attitude a réussi à maintenir la confiance de la moitié de femmes rencontrées. Par contre, une autre participante ne parvient pas, en dépit de ses tentatives, à garder confiance et traverse cette phase avec difficulté. Quant à la quatrième dame interrogée, elle demeure angoissée tout au long de l'attente.

Les résultats de la présente recherche, qui démontrent que l'attente de résultats peut devenir une expérience « constructive », n'aspirent pas à prouver la facilité de cette période. En effet, les perturbations psychologiques liées à l'attente demeurent indéniables

et ne pourront jamais être totalement abolies. Dans cette perspective, il a été reconnu que l'attente peut être bénéfique chez les femmes dont les examens complémentaires confirment la présence d'une tumeur maligne. En effet, cette période de réflexion leur permet de se préparer psychologiquement à l'éventualité d'une néoplasie. Cependant, compte tenu du caractère incontournable de cette étape, il importe d'appuyer les femmes en attente dans les efforts qu'elles déploient afin de garder confiance. À cet égard, les résultats de la présente étude fournissent des pistes d'intervention nouvelles concernant le soutien à apporter aux femmes en attente et leur offrir, dans la mesure du possible, la possibilité d'utiliser cette opportunité en vue de développer une nouvelle façon d'être.

Cette recherche a permis d'approfondir la compréhension du phénomène d'attente de résultats, tel que vécu par des femmes qui ont expérimenté cette situation. Quoique le nombre de participantes rencontrées soit restreint, les conclusions de cette étude permettent toutefois de jeter un regard nouveau sur l'expérience d'attente. Ainsi, il devient possible d'élaborer des interventions de soutien qui s'appuient la réalité de l'expérience vécue par les femmes et qui contribuent à faciliter leur attente de résultat d'examen complémentaires. De ce fait, celles-ci souscriront en plus grand nombre au programme de dépistage systématique de cancer du sein et en assureront la réussite.

Références

- Aiken, L. S., West, S. G., Woodward, C. K., & Reno, R. R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology, 13*, 122-129.
- Allen, M. N., & Jensen, L. (1990). Hermeneutical inquiry : Meaning and scope. *Western Journal of Nursing Research, 12*, 241-253.
- Baum, M., (1989). Bening breast disease : the cost of the service and the cost to the patient. *World Journal of Surgery, 13*, 433-437.
- Benedict, S., Williams, R. D., & Baron, P. L. (1994). Recalled anxiety : from discovery to diagnosis of a benign breast mass. *Oncology Nursing Forum, 4*, 1723-1727.
- Cantin, J. (1997). Les tests de diagnostic après la mammographie et autres examens complémentaires. *Revue du REIQCS : Spécial dépistage, 1*, 26-27.
- Cara, C. (1987). *Les sciences infirmières et le phénomène de la dystrophie musculaire chez l'enfant et sa famille*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Cockburn, J., DeLuise, T., Hurley, S., & Clover, K. (1992). Development and validation of the PCQ : A questionnaire to measure the psychological consequences of screening mammography. *Social Science and Medecine, 10*, 1129-1134.
- Cockburn, J., Staples, M., Hurley, S. F., & DeLuise, T. (1994). Psychological consequences of screening mammography. *Journal of Medical Screening, 1*, 7-12.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec (pp. 42-81)*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Daunais, J. P. (1992). L'entretien non-directif. Dans B. Gauthier (éd.) *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données (2e^e éd.) (pp. 273-293)*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Deane, K. A., & Degner, L. F. (1997). Determining the information needs of women after breast biopsie procedures. *AORN Journal, 65*, 767-776.

- Deane, K. A., & Degner, L. F. (1998). Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nursing, 21*, 117-126.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal : Guérin Universitaire.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw Hill.
- Elkind, A., & Eardley, A. (1990). Consumer satisfaction with breast screening: a pilot study. *Journal of Public Health Medicine, 12*, 15-18.
- Ellman, R., Angeli, N., Christians, A., Moss, S., Chamberlain, J., & Maguire, P. (1989). Psychiatric morbidity associated with screening for breast cancer. *British Journal of Cancer, 60*, 781-784.
- Fortin, M. F. (1996). *Le processus de la recherche : De la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie Éditeur.
- Fridfinnsdottir, E. B. (1997). Icelandic women's identification of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 526-531.
- Gagnon, P., Massie, M. J., Kash, K. M., Gronert, M., Simkovich Heerd, A., Brown, K., Sullivan, M. D., & Borgen, P. (1996). Perception of breast cancer risk and psychological distress in women attending a surveillance program. *Psycho-Oncology, 5*, 259-269.
- Giorgi, A. (1993). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : Problématiques et enjeux*. Rimouski : Actes du colloque du Conseil québécois de la recherche sociale.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Horsham (U.K.) : NFER Publishing Co.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1996). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Cadre de référence. Québec : Direction générale de la santé publique.
- Gram, I. T., Lund, E., & Slenker, S. E. (1990). Quality of life following a false positive mammogram. *British Journal of Cancer, 62*, 1018-1022.

- Harcourt, D., Ambler, N., Rumsey, N., & Cawthorn, S. (1999). Evaluation of a one-stop breast lump clinic : a randomised controlled trial. *The Breast*, 7, 314-319.
- Haynes, R. B., Sackett, D. L., Taylor, D. W., Gibson, E. S., & Johnson, A. L. (1978). Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *New England Journal of Medicine*, 299, 741.
- Hughson, A. V. M., Cooper, A. F., McArdle, & Smith, D. C. Psychological morbidity in patients awaiting breast biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 173-180.
- Huneman, P., & Kulich, E. (1997). *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Armand Collin/Masson.
- Hurley, S. F., & Kaldor, J. M. (1992). The benefits and risks of mammographic screening for breast. *Epidemiologic Reviews*, 14, 101-130.
- Institut national du cancer du Canada. (2001). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2001*. Ottawa : Statistiques Canada.
- Kerlikowske, K., Grady, D., Rubin, S. M., Sandrock, C., & Ernster, V L. (1995). Efficacy of screening mammography : A meta-analysis. *JAMA*, 273 , 149-154.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Montréal : Éditions Études Vivantes.
- Kockelmans, J. J. (1985). *Heidegger and science*. Washington, D.C. : Center for Advanced Research in Phenomenology and University Press of America.
- Kopans, D. B. (2000). Imaging analysis of breast lesions. Dans J. R. Harris, M.E. Lippman, M. Morrow, & C. K. Osborne (Éds), *Diseases of the breast* (2^e éd.) (pp. 123-147). Philadelphie, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Laperrière, A. (1993). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : Problématiques et enjeux*. Rimouski : Actes du colloque du Conseil québécois de la recherche sociale.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York.

- Leonard, V. W. (1989). A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. *Advanced in Nursing Sciences, 11*, 40-55.
- Lerman, C., Rimer, B. K., Trock, B., Balshem, B. A., & Engstrom, P. F. (1990). Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. *Preventive Medecine, 19*, 279-290.
- Lerman, C., Trock, B., & Rimer, B. K. (1991a). Psychological sides effects of breast cancer screening. *Health Psychology, 10*, 259-267.
- Lerman, C., Trock, B., Rimer, B. K., Boyce, A., Jepson, C., & Engstrom, P.F. (1991b). Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms. *Annals of Internal Medecine, 114*, 657-661.
- Lowe, J. B., Balanda, K. P., Del Mar, C., & Hawes, E. (1999). Psychologic distress in women with abnormal findings in mass mammography screening. *Cancer, 85*, 1114-1118.
- MacFarlane, E., & Sony, S. D. (1992). Women, breast lump discovery, and associated stress. *Health Care for Women International, 13*, 23-32.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1989). *Designing qualitative research*. California : Newbury Park, Sage.
- Marteau, T. M. (1990). Screening in practice. Reducing the psychological costs. *British Medical Journal, 301*, 26-28.
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 20*, 225-232.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (2001). *Rapport d'activités des années 1998 et 1999*. Direction des communications. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Régie d'assurance-maladie du Québec.(2001). *Rapport préliminaire du programme de dépistage de cancer du sein en Montérégie*. Document de consultation interne. Québec.

- Northouse, L. L., Jeffs, M., Cracchiolo-Caraway, A., Lampman, L., & Dorris, G. (1995). Emotional distress reported by women and husbands prior to a breast biopsy. *Nursing Research, 44*, 196-201.
- Ong, G. & Austoker, J. (1997a). Recalling women for further investigation of breast screening : Women's experiences at the clinic and afterwards. *Journal of Public Health Medecine, 19*, 29-36.
- Ong, G., Austoker, J., & Brett, J. (1997b). Breast screening : adverse psychological consequences one month after placing women on early recall because of a diagnostic uncertainty. A multicentre study. *Journal of Medical Screening, 4*, 158-168.
- Paskett, E. D., & Rimer, B. K. (1995). Psychosocial effects of abnormal Pap tests and mammograms : A review. *Journal of Women's Health, 4*, 73-82.
- Poole, K. (1997). The emergence of the « waiting game » : a critical examination of the psychosocial issues in diagnosing breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 273-281.
- Poole, K., Hood, K., Davis, B. D., Monypenny, I. J., Sweetland, H., Webster, D. J. T., Lyons, K., & Mansel, R. E. (1999). Psychological distress associated with waiting for results of diagnostic investigations for breast disease. *The Breast, 8*, 334-338.
- Poole, K., & Lyne, P. A. (2000). The cues to diagnosis : describing the monitoring activities of women undergoing diagnostic investigations for breast disease. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 752-758.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Ray, M. A. (1991). Phenomenological method for nursing research. Dans *Summer research conference monograph*. (pp. 163-174). Wayne State University, College of Nursing.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medecine, 4*, 381-406.
- Scott, D. W. (1983). Anxiety, critical thinking and information processing during and after breast biopsy. *Nursing Research, 32*, 24-28.

- Seckel, M. M., & Birney, M. H. (1996). Social support, stress, and age in women undergoing breast biopsies. *Clinical Nurse Specialist, 10*, 137-143.
- Shapiro, D E., Boggs, S. R., Melamed, B. G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perception in women at risk for breast cancer : An analogue study. *Health Psychology, 11*, 61-66.
- Shaw, C. R., Wilson, S. A., O'Brien, M. E. (1994). Information needs prior to breast biopsy. *Clinical Nursing Research, 3*, 119-131.
- Smith, R. A., & D'Orsi, C. J. (2000). Breast imaging and image-guided biopsy techniques : Screening for breast cancer. Dans J. R. Harris, M. E. Lippman, M. Morrow, & C. K. Osborne (Éds), *Diseases of the breast* (2^e éd.) (pp. 101-121). Philadelphie, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Steggles, S., Lightfoot, N., & Sellick, S. M. (1998). Psychological distress associated with organised breast cancer screening. *Cancer Prevention & Control, 2*, 213-220.
- Thomassin, L. (1997). Aspects psychologiques liés au dépistage du cancer du sein. *Revue du REIQCS : Spécial dépistage, 1*, 32-33.
- Thorne, S. E., Harris, S. R., Hislop, T. G., & Vestrup, J. A. (1999). The experience of waiting for diagnosis after an abnormal mammogram. *The Breast Journal, 5*, 42-51.
- Van Manen, M. (1984). « *Doing* » phenomenological research and writing : An introduction. (Monograph No.7). University of Alberta : Faculty of Education.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience : Human science for an action sensitive pedagogy*. London (Ontario) : The Althouse Press.
- Watson, J. (1979). *Nursing : The philosophy and science of caring*. Boston : Little/Brown.
- Watson, J. (1985). *Nursing : Human science and human care. A theory of nursing*. Norwalk (Connecticut): Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1994). *Applying the art and science of human caring*. New York : National League for Nursing Press.

Appendices

APPENDICE A

PERSPECTIVE DE L'ÉTUDIANTE-CHERCHEURE
PRÉALABLE À L'ÉTUDE

Mes présuppositions concernant les femmes en attente de résultats d'examens relèvent, d'une part, de mes connaissances théoriques, élaborées au chapitre de la recension des écrits, qui attestent le caractère anxiogène de cette période. D'autre part, en ce qui concerne mes idées préconçues à l'égard de cette expérience, je prévois donc rencontrer, chez les participantes en attente de diagnostic, une réaction d'angoisse. Une des raisons qui justifie cette anticipation est reliée au fait que ma mère, âgée de 75 ans, a vécu récemment l'attente de résultats d'examens complémentaires après avoir obtenu un résultat positif de mammographie. Cette période a été teintée de beaucoup d'anxiété, tant chez elle que chez les autres membres de la famille dont moi-même.

Par contre, je suis consciente que, dans la majorité des cas, il s'agit de faux-positifs, c'est-à-dire que les lésions découvertes ne sont pas d'origine cancéreuse. Je dois cependant préciser que je considère inquiétante la nécessité de subir une biopsie mammaire, après que les autres examens complémentaires n'aient pas été concluants. Cet examen me semble davantage relever d'une chirurgie et les risques de confirmation d'un cancer m'apparaissent, à ce stade, plus importants.

Je crois également que le niveau d'anxiété présenté peut être influencé par les expériences personnelles de chaque participante. En effet, avoir été témoin, dans

l'entourage immédiat ou la famille, d'une histoire de cancer du sein dont l'issue a été fatale, risque d'exacerber l'angoisse de celle dont le résultat de mammographie est positif.

À mon avis, les infirmières ont un rôle important à jouer dans le soutien à apporter aux femmes en attente de résultats. La relation de confiance dont bénéficient les infirmières et les connaissances qu'elles possèdent, concernant le déroulement du processus diagnostique, font en sorte qu'elles sont en mesure d'informer et de rassurer les femmes dont l'attente s'avère angoissante. De plus, je crois que les infirmières n'occupent pas un rôle suffisamment important dans le dépistage du cancer du sein.

APPENDICE B

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je (nom du sujet en lettres moulées) autorise Madame Johanne Tremblay, du CRID de Charles Lemoyne, à révéler mon numéro de téléphone à Patricia Pineault, infirmière et étudiante à l'Université de Montréal, qui effectue une recherche sur la période d'attente qui fait suite à un résultat positif de mammographie de dépistage du cancer du sein. Le fait que cette chercheuse me contacte ne m'engage à rien et je serai libre de participer ou non à cette étude.

Signature du sujet..... Date

APPENDICE C

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTES

Tire de l'étude :

L'expérience de femmes, de 50 et 69 ans, en attente de résultats d'examens complémentaires suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale.

Chercheur responsable :

Madame Patricia Pineault, infirmière, étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières.

████████████████████

Madame Jacinthe Pépin, infirmière, Directrice de recherche

████████████████████

Introduction :

Le programme de dépistage du cancer du sein a été mis sur pied afin de détecter par mammographie, chez les femmes âgées entre 50 et 69 ans, la présence d'un cancer à un stade précoce. Si le résultat de cet examen est positif, les femmes doivent alors subir différents tests additionnels (échographie, scintigraphie, biopsie) qui permettront de clarifier la nature des lésions identifiées à la mammographie.

À la suite de ces examens complémentaires, les femmes doivent alors vivre une période d'attente avant qu'elles ne soient informées des résultats de leurs tests. À l'heure actuelle, il n'y a que très peu de recherches qui nous permettent de comprendre l'expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires vécue par les femmes.

But de l'étude :

Ce projet d'étude a pour but de mieux comprendre ce que vous ressentez, au cours de la période d'attente de résultat d'examens complémentaires, après avoir reçu un résultat anormal de mammographie

Modalités de participation :

Ce projet de recherche est effectué par Patricia Pineault, infirmière, qui étudie à l'Université de Montréal, dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières.

Si vous acceptez de participer à ce projet, nous vous rencontrerons une fois, pour faire une entrevue.

Cette rencontre peut avoir lieu à votre domicile ou dans un autre endroit, si vous le préférez. Elle durera environ une heure.

Nous vous demanderons de compléter un questionnaire concernant votre âge, votre scolarité, votre revenu ainsi que les circonstances entourant l'annonce de votre résultat de mammographie.

L'entrevue sera enregistrée sur cassette audio.

S'il est nécessaire, vous recevrez, par la suite, un appel téléphonique qui permettra de vérifier si nous avons bien compris le sens de vos explications.

Conditions de participation :

Pour participer à l'étude, il est essentiel de répondre aux critères de sélection suivants:

- être une femme âgée entre 50 et 69 ans
- avoir subi une mammographie de dépistage du cancer du sein et avoir obtenu un résultat anormal
- avoir subi des examens complémentaires dont la biopsie mammaire

- être dans l'attente de résultats des examens complémentaires
- être d'expression française.

Avantages à participer à l'étude :

L'avantage que vous pouvez retirer de votre participation à cette étude consiste en la possibilité d'exprimer les sentiments que vous éprouvez au cours de cette période d'attente.

Votre témoignage est très important pour nous, car il permettra d'augmenter les connaissances des infirmières en comprenant mieux comment vous vivez cette expérience d'attente ainsi que les principaux besoins que vous éprouvez. Ainsi, il sera plus facile de mettre sur pied des interventions qui répondront véritablement aux demandes des femmes qui ont obtenu un résultat positif de mammographie.

Risques et inconforts:

À notre connaissance, il n'y a aucun risque à participer à cette étude.

Participation volontaire :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sans devoir donner d'explications et sans qu'il n'y ait aucune conséquence, au niveau des services médicaux que vous recevrez. Si vous désirez vous retirer de cette étude, vous pouvez téléphoner à la chercheuse responsable : Patricia Pineault, [REDACTED]

Vous serez avisée, tout au long de la recherche, de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre décision de participer à l'étude.

Confidentialité :

Toutes les informations que vous nous fournirez sont confidentielles. À aucun endroit, nous n'utiliserons votre nom et votre adresse ; nous nous servirons de faux noms afin d'assurer votre anonymat.

Les enregistrements sonores seront détruits à la fin de l'étude.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président par intérim du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé, Madame Jocelyne St-Arnaud, téléphone : (514) 343-7619. Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-Josée Rivest, téléphone : (514) 343-210

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'expérience de femmes, de 50 et 69 ans, en attente de résultat d'examens complémentaires
suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale.

Université de Montréal
Faculté des Sciences infirmières
Investigatrice : Patricia Pineault, B. Sc. Inf.

Je, (nom du sujet en lettres moulées).....
déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté
avec (nom de l'investigatrice en lettres moulées).....
et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en
question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je
sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du sujet Date

Je (nom de l'investigatrice en lettres moulées)
déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de
l'étude à (nom du sujet en lettres moulées)
Signature de l'investigatrice Date

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

S'il vous plaît, complétez ou cochez la bonne réponse

Âge :

État civil

- Célibataire
- Mariée
- Séparée ou divorcée
- Union de fait
- Veuve

Habitez-vous seule ?

- oui
- non

Sinon avec qui vivez-vous ?

Niveau de scolarité :

- Primaire : degré.....
- Secondaire : degré.....
- Collégial : degré.....
- Universitaire : degré.....
- Autre

Statut socio-économique:

- 10,000\$ à 14,999.\$
- 15,000\$ à 19,999.\$
- 20,000\$ à 29,999.\$
- 30,000.\$ à 39,999.\$

- 40,000.\$ à 49,999.\$
- 50,000.\$ et plus

- Est-ce votre première mammographie ?
 - Oui
 - Non

Qui vous a appris le résultat de votre mammographie ?.....

Quels examens complémentaires avez-vous passés ?

.....

Combien de temps s'est écoulé entre votre résultat de mammographie et votre 1^{er} examen complémentaire ?.....

Avez-vous déjà souffert d'un cancer ?

- oui
- non

Y a-t-il une femme dans votre famille, ou de votre entourage, qui souffre ou a souffert de cancer du sein ?

- oui
- non

Si oui, quel est votre lien avec cette personne?.....

APPENDICE F

GUIDE D'ENTREVUE

Question principale :

Parlez-moi de votre expérience d'attente de résultats d'examens complémentaires, suite à une mammographie de dépistage de cancer du sein anormale ?

Sous-questions :

- Me raconteriez-vous comment s'est déroulée l'annonce de votre résultat de mammographie ?
- Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez appris devoir passer des examens complémentaires ?
- Parlez-moi de votre expérience d'attente entre les examens complémentaires ?
- Qu'avez-vous ressenti au fur et à mesure que les examens se succédaient ?
- Comment vivez-vous cette dernière attente, suite à votre biopsie ?