

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.



Université de Montréal

Significations attribuées au cancer du sein et à son dépistage par des femmes provenant de groupes ethnoculturels différents et nées hors du Canada

Par
Caroline Provencher

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières
Option clinicienne spécialisée

Octobre 2008

© Caroline Provencher, 2008

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce projet de mémoire intitulé :

Significations attribuées au cancer du sein et à son dépistage par des femmes provenant
de groupes ethnoculturels différents et nées hors du Canada

Présenté par :

Caroline Provencher

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Dubois, PhD
Présidente reporteuse

Chantal Caux, PhD
Directrice de recherche

Francine Gratton, PhD
Codirectrice de recherche

Patricia Pineault, MSc
Membre du comité

Sommaire

Bien qu'il soit implanté depuis 1998 et qu'il cible toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, le *Programme québécois du dépistage du cancer du sein* parvient peu à rejoindre les femmes provenant de divers milieux ethnoculturels et nées hors du Canada. Le but de cette étude était comprendre les significations attribuées par ces femmes à propos de la mammographie comme moyen de dépistage précoce du cancer du sein.

Pour atteindre ce but, des entretiens individuels semi-dirigés ont été conduits auprès de cinq femmes fréquentant un centre communautaire de la ville de Montréal. Un devis qualitatif d'analyse thématique de ces données a été privilégié.

Les participantes perçoivent la mammographie comme un examen permettant de se savoir en santé et d'être rassuré. Le recours à la mammographie est influencé par plusieurs facteurs dont les campagnes publicitaires ou le médecin de famille. Par ailleurs, le cancer du sein est perçu comme étant fatal, ayant des conséquences sur la famille ou sur la santé mentale des femmes et pouvant être induit par autosuggestions.

Des implications pour la recherche, la formation et la pratique infirmière ont pu être ciblées. Cette étude sensibilise au fait que l'exploration des croyances permet de mieux comprendre les décisions qui sont prises en regard de la prévention du cancer du sein et témoigne du fait que la culture n'est pas nécessairement le seul facteur en jeu pouvant justifier le recours ou non à la mammographie.

Mots clés : significations, femmes, groupes ethnoculturels, cancer du sein, dépistage, mammographie, culture.

Abstract

Although it has been introduced in 1998 and targets every women from 50 to 69 years of age, the Québec Breast Cancer Screening Program succeeds little in reaching women coming from various multicultural background and who were born outside Canada. The object of this study is to understand how mammography is perceived by these women as a way of screening breast cancer.

To reach this objective, individual semi-directed interviews were conducted with five women who visit a City of Montreal community center. A qualitative estimate of a thematic analysis of this data was decided upon.

For the women who took part in the study, a mammography is an examination that assesses their good health and reassures them. Advertising campaigns and having a family doctor are factors that influence women in their decision to have a mammography or not. On the other hand, breast cancer is believed to be fatal, with consequences on the family or women's mental health, and to be induced by autosuggestion.

Implications for research, training and the nursing practice were targeted. This study wants to raise people's awareness to the fact that exploring perceptions allows us to better understand the decision process when it comes to breast cancer prevention and shows that cultural background is not necessarily the only factor to come into play when deciding to have a mammography or not.

Keywords: perceptions, women, multicultural groups, breast cancer, screening, mammography, cultural background.

La table des matières

Sommaire	iii
Abstract	iii
La table des matières.....	v
La liste des appendices.....	ix
La liste des tableaux.....	x
Les remerciements	xii
Chapitre I La problématique	1
Le but de l'étude.....	8
Chapitre II La recension des écrits	9
La définition de la culture	10
La toile de fond théorique	12
Les écrits scientifiques à devis qualitatifs.....	14
L'influence culturelle	15
La rationalité liée à la notion de risque perçu	17
Le fatalisme et la peur	19
La santé	21
Les écrits scientifiques à devis quantitatifs.....	24
Les variables sociodémographiques.....	25
Les variables structurelles	26
Les croyances culturelles	29

La notion du risque.....	30
Chapitre III La méthode	33
Le type d'étude.....	34
La population, l'échantillon et le milieu de recrutement	35
Le déroulement du processus de la collecte des données	36
Outils de collecte de données.....	38
L'entretien semi-dirigé	38
Le canevas d'entretien.....	39
Le génogramme.....	40
Le journal de bord	40
Le processus d'analyse des données	41
Les lectures et relectures	44
La codification.....	44
Le processus d'interprétation des données.....	45
Les critères de scientificité.....	46
La crédibilité (validité interne).....	46
L'imputabilité procédurale (fidélité).....	47
Le potentiel confirmatif (objectivité).....	47
La transférabilité (validité externe).....	48
Les considérations éthiques.....	48
Le déroulement des entretiens.....	48
L'anonymat	50

Le consentement libre et éclairé.....	50
Chapitre IV Les résultats	52
4.1 Le profil sociodémographique des participantes.....	53
4.2 Les thèmes émergents de l'étude	58
4.3 Signification du cancer du sein	61
Une maladie qui fait peur	61
Une maladie pouvant être induite par autosuggestion	63
Une maladie héréditaire dangereuse	64
Une maladie préoccupante s'il y a présence de symptômes	67
Une maladie ayant des répercussions psychologiques et physiques	68
4.4 Signification de la mammographie	70
Un examen efficace pour connaître l'état de santé des seins.....	73
Un examen qui permet d'être rassurée.....	75
Un examen qui permet de sauver des vies	76
Un examen plus accessible s'il y a présence d'un médecin de famille ou s'il y a adhésion au PQDCS	77
Un examen publicisé dans les campagnes de sensibilisation et à travers les témoignages de survivantes	79
Chapitre 5 La discussion	85
Discussion en lien avec les thèmes généraux.....	86
Signification du cancer du sein	86
Une maladie qui fait peur	86
Une maladie pouvant être induite par autosuggestion	88

Une maladie héréditaire dangereuse	88
Une maladie préoccupante s'il y a présence de symptômes	89
Une maladie ayant des répercussions psychologiques et physiques	91
Signification de la mammographie	92
Un examen efficace pour connaître l'état de santé des seins	93
Un examen qui permet d'être rassurée.....	94
Un examen qui permet de sauver des vies	96
Un examen plus accessible s'il y a présence d'un médecin de famille ou s'il y a adhésion au PQDCS	97
Un examen publicisé dans les campagnes de sensibilisation et à travers les témoignages de survivantes	98
Considérations théoriques et méthodologiques.....	100
Considérations théoriques	100
Considérations méthodologiques	101
Les limites de l'étude	104
Les forces de l'étude	104
Implications pour la pratique infirmière	105
Implications pour la formation.....	106
Implications pour la recherche	107
Conclusion	108
Références.....	110

Liste des appendices

Appendice A	119
Le certificat d'éthique	120
Appendice B	121
L'affiche publicitaire.....	122
Appendice C	123
Le canevas d'entretien semi-dirigé.....	124
Appendice D	126
Les symboles du génogramme	127
Appendice E	128
Extraits du journal de bord.....	129
Appendice F	130
Le formulaire de consentement	131
Appendice G	141
Génogramme de madame Klara.....	142
Génogramme de madame Gloria.....	143
Génogramme de madame Monique	144
Génogramme de madame Julia	145
Génogramme de madame Roberta	146

Liste des tableaux

Tableau 1 Profil sociodémographique des participantes.....	54
Tableau 2 Significations du cancer du sein et de son dépistage pour des femmes provenant de groupes ethnoculturels différents et nées hors du Canada	60

*Pour mes parents,
Pour m'avoir toujours encouragée
à me surpasser et à donner le meilleur de moi-même*

Remerciements

Merci à ma directrice, madame Chantal Caux, pour sa rigueur, sa patience, sa disponibilité et ses nombreuses réflexions qui m'auront permis d'enrichir la qualité de ce mémoire.

Merci à ma codirectrice, madame Francine Gratton, pour son accompagnement chaleureux, son écoute, son aide si précieuse et pour sa confiance. Vos nombreux commentaires enrichissants ont contribué à parfaire mes connaissances.

Merci à madame Louise Bouchard pour la direction des trois premiers chapitres de ce mémoire et pour la mise sur pied de ce projet. Merci d'avoir partagé votre passion pour l'oncologie avec moi ainsi que vos nombreuses connaissances, nos discussions ont été très enrichissantes pour mon développement personnel et professionnel.

Je tiens à remercier la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal conjointement avec le Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le groupe financier Banque TD et le Centre d'excellence en soins infirmiers pour m'avoir octroyé des bourses d'études pour l'année 2007-2008.

Merci à l'ensemble du personnel du centre communautaire où a eu lieu le recrutement des participantes. Merci pour votre accueil, votre ouverture d'esprit et votre aide.

Merci aux femmes participantes qui ont bien voulu partager leurs perceptions du dépistage du cancer du sein. Merci d'avoir été sincères et de bien avoir voulu me raconter votre histoire.

Merci à Louise Compagna d'avoir été ma bonne étoile dans ma jeune carrière professionnelle. Je ne pourrai jamais te remercier assez d'avoir eu confiance en moi et de m'avoir aidé à atteindre de nouveaux sommets. C'est un réel plaisir de pouvoir travailler avec toi. Du fond du cœur merci...

Merci à Odette Roy pour son écoute, sa générosité, son aide et sa compréhension à mon égard. C'est un privilège quotidien de pouvoir travailler avec toi.

Merci également à toutes mes collègues qui, chaque jour, m'inspirent et me font croire que nous exerçons le plus beau métier au monde... J'apprécie énormément travaillé avec vous tous.

Merci à papa et maman pour tout leur support, leur amour et leurs nombreux encouragements. Merci de m'avoir transmis des valeurs qui, aujourd'hui, guident mes actions et m'amènent à la réalisation de grands rêves. Je vous aime.

Merci à Isabelle et Martin pour toujours croire en moi. Vous m'inspirez quotidiennement par votre joie de vivre et votre souffle de jeunesse, je vous aime.

Merci à toute ma famille et mes nombreuses amies pour leur écoute, leur réconfort et leurs encouragements constants.

Merci à mon mari, François-Olivier, de m'avoir accompagné si généreusement à travers tout ce long processus. Merci, mon amour, de m'avoir toujours tenu la main dans les moments de réjouissance comme dans les moments difficiles. Merci de toujours avoir eu confiance en moi et de m'avoir constamment encouragée. Ton amour, ta confiance et ton support m'auront aidée à donner le meilleur de moi-même et d'être parvenue à la fin. Je t'aime.

Chapitre I

La problématique

Le cancer du sein est devenu un enjeu majeur de santé publique au Canada, comme partout à travers le monde (Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, SCC/INCC, 2008). Les dernières statistiques révèlent que ce type de cancer sera diagnostiqué chez 22 400 Canadiennes au cours de l'année 2008 et, de ce nombre, 5 300 femmes perdront la vie. Au Québec, le cancer du sein est le type qui sera le plus diagnostiqué en 2008 chez les femmes (SCC/INCC, 2007). Les projections statistiques pour l'année en cours démontrent que 5 900 Québécoises seront nouvellement diagnostiquées et que 1 350 en décéderont. Bien que les statistiques soient préoccupantes, la comparaison avec les années antérieures indique que le taux de mortalité est en baisse significative et que le taux de survie augmente (SCC, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008). Toutefois, il est à noter que le taux d'incidence de cette maladie a augmenté régulièrement au cours de la dernière décennie (INCC, 2008).

Au fil des années, la lutte contre le cancer du sein est donc devenue une priorité au niveau canadien et le dépistage précoce a été proposé comme la pierre angulaire et ce, afin de réduire les taux de mortalité et de morbidité liés à ce cancer (Bernier, Bujold, & Choinière, 1998). Ainsi, en 1998, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSSQ), à l'instar des Ministères des autres provinces canadiennes, a mis sur pied le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) visant spécifiquement toutes les Québécoises âgées entre 50 et 69 ans. Le Fichier des tumeurs du Québec (2007) indique une plus grande concentration de nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes qui se situent dans la tranche d'âge visée. Via ce programme, à tous les deux ans, une lettre est personnellement adressée aux femmes les invitant à

passer une mammographie de dépistage. La mammographie est reconnue dans le monde médical comme étant le moyen le plus efficace pour déceler de minuscules lésions non palpables qui pourront être traitées rapidement. Cet examen augmente les chances de guérison et de survie et peut ainsi réduire le taux de mortalité (Gotzsche, & Nielsen, 2006).

Cependant, afin de diminuer le nombre de décès causés par le cancer du sein d'au moins 25 % pour 2012, objectif fixé par le PQDCS, ce dernier doit enregistrer un taux de participation égal ou supérieur à 70%. Or, en 2006, le MSSSQ publiait un bilan statistique sur le PQDCS démontrant que la grande région métropolitaine de Montréal affichait un taux de participation de 38,1 %, soit le taux le plus bas de toutes les régions répertoriées dans la province. Toutefois, le taux de couverture calculé à partir des données issues du fichier des actes médicaux facturés à la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ), lesquelles comprennent des mammographies de dépistage et des mammographies diagnostiques, indique que 59,6 % des Québécoises âgées entre 50 et 69 ans ont eu une mammographie au cours de l'année 2006 dans la région de Montréal. Ainsi, certaines femmes peuvent obtenir une prescription pour passer une mammographie de dépistage autrement que par le PQDCS, notamment par l'intermédiaire de leur médecin de famille. À titre indicatif, les résultats du dernier recensement de 2006 chiffrent le bassin populationnel de Montréalaises âgées entre 50 et 69 ans à 218 759 femmes, toute origine confondue, représentant la plus grande densité de personnes éligibles au programme dans la province (Statistiques Canada, 2007).

À la lumière des chiffres mentionnés, nous pouvons donc constater qu'au moins 40 % des femmes montréalaises éligibles au dépistage précoce du cancer du sein n'y recourent pas dans la région de Montréal. Outre le fait de questionner le fonctionnement du PQDCS, une réflexion approfondie est à faire à ce sujet afin de mieux comprendre ce phénomène. Qui sont ces femmes n'adhérant pas au programme ? Quelles sont leurs significations face au dépistage du cancer du sein ? À notre connaissance, peu d'études québécoises permettent de répondre de façon satisfaisante à ces questions.

En lien avec ce questionnement, une recension des écrits, publiée par l'Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (ACCÉSSS)¹ en 2002, suggère que les femmes des communautés culturelles soient ciblées comme étant possiblement une catégorie de personnes qui répondent moins à l'invitation concernant le dépistage du cancer du sein. L'étude de Vissandjée, Carignan, Gravel et Leduc (1998) corrobore en partie ce constat en affirmant que, contrairement aux services curatifs, les services préventifs en général seraient beaucoup moins utilisés par les personnes immigrantes que par les Québécoises d'origine. Ainsi, il semble que les femmes immigrantes représentent un groupe qui nécessite qu'on s'y attarde puisqu'elles semblent moins nombreuses à recourir au dépistage, notamment les femmes plus âgées de ces communautés (Burack, & Liang, 1989 ; Robertson, 1994). Plus près de nous, il est à noter que les résultats du dernier bilan concernant le PQDCS (Hallouche, 2007) démontrent bien que les secteurs montréalais se situant dans l'ouest

¹ ACCÉSSS est un regroupement de plus de cent organismes portant un intérêt particulier aux immigrants et aux communautés ethnoculturelles. Ils ont publié une recension des écrits dont le sujet principal est le dépistage du cancer du sein en lien avec les femmes de communautés ethnoculturelles (2002).

de l'île sont ceux où l'on retrouve un plus bas taux de participation (29 % à 32 %). C'est également dans ces secteurs qu'une bonne proportion d'immigrants décide de s'établir en arrivant dans la région (Statistiques Canada, 2007).

L'investigatrice principale, ayant travaillé à titre d'infirmière clinicienne avec la population ciblée par le PQDCS, a été à même de faire des constats auprès de femmes provenant de groupes ethnoculturels nées hors du Canada. Ces observations faites dans un Centre de Référence pour Investigation Désigné (CRID), situé dans un hôpital desservant une population multiculturelle de la région de Montréal, lui permettent de penser que le dépistage du cancer du sein par la mammographie semble être utilisé en majorité par la population québécoise née au Québec. Dans son milieu de travail, l'étudiante chercheuse a remarqué que certaines de ces femmes immigrantes semblent mal à l'aise de partager avec les infirmières leurs problèmes lorsqu'il s'agit des seins, et ce, surtout lorsqu'elles sont en présence de leur mari. Elles ont aussi tendance à insister pour que des soins leur soient prodigués uniquement par des intervenantes de sexe féminin. À ce sujet, mentionnons que, dans le cadre du PQDCS, seules des femmes font passer des mammographies de dépistage. Ces observations de l'infirmière chercheuse l'incitent à se demander quelles significations les femmes immigrantes attribuent au cancer du sein et à son dépistage.

À ce jour, quelques études qualitatives font part de divers facteurs entourant le dépistage du cancer du sein chez une clientèle immigrante. En effet, alors que certains chercheurs se sont intéressés prioritairement à la répercussion de la culture dans le choix des femmes à recourir ou non au dépistage du cancer du sein (Donnelly, 2006 ; Kwok,

Sullivan, & Cant, 2006), d'autres ont voulu savoir si la perception du risque face à ce type de cancer influençait réellement les décisions prises concernant le recours à la mammographie (Vahabi, & Gastaldo, 2003) ou encore, si le niveau de fatalisme et de peur pouvait jouer un rôle dans le choix des femmes en regard du dépistage (Lamyian, Hydarnia, Ahmadi, Faghihzadeh, & Aguilar-Vafaie, 2007 ; Phillips, Cohen, & Moses, 1999). Toutefois, à notre connaissance, la signification que ces femmes accordent au cancer du sein et à son dépistage demeure pratiquement inconnue.

Par ailleurs, d'autres études à devis quantitatifs ont également exposé les barrières au dépistage du cancer du sein que les femmes rencontrent lorsqu'elles arrivent dans un pays d'accueil ainsi que diverses variables sociodémographiques ou structurelles qui seraient associées à ce phénomène. Les variables sociodémographiques réfèrent à l'âge, la situation familiale, le soutien social, les conditions de santé, l'expérience personnelle liée au cancer, la communauté ethnoculturelle d'appartenance (Katapodi, Facione, & Miaskowski, 2002 ; Russell, Perkins, Zollinger, & Champion, 2006) et les variables structurelles réfèrent aux conditions objectives (géographiques, administratives, politiques et linguistiques) pouvant réduire l'accessibilité des femmes aux services de dépistage (Choundhry, Srivastava, & Fitch, 1998 ; Gany, Herrera, Avallone, & Changrani, 2006 ; Lee, Fogg, & Sadler, 2006 ; Yu, Wu, & Mood, 2005).

De plus, bien que certaines études aient exploré l'expérience vécue lors du dépistage du cancer du sein (Ham, 2006 ; Wu, 2006) ou la représentation du dépistage en lien avec un autre type de cancer (Bouchard, Baron, & Roy, 2007), à notre connaissance aucune recherche québécoise n'a, à ce jour, exploré plus précisément les

significations que les femmes provenant de divers milieux ethnoculturels attribuent au cancer du sein et son dépistage ainsi que leur choix de recourir ou non à des examens en guise de prévention précoce.

Étant donné notre préoccupation, la toile de fond théorique sur laquelle se greffe cette recherche est celle élaborée par Massé (1995) qui suppose que la culture est centrale à la décision que peuvent prendre des individus quant à leur adhésion à un programme de prévention donné. Selon cet auteur, le processus cognitif conduisant à des décisions est influencé par deux types de représentations. La première est la représentation globale que se fait un individu de la santé et de la maladie alors que la seconde est sa représentation à la fois de l'institution qui fait la promotion d'un programme et des intervenants en cause. Pour Massé (1995), comme il y a des rationalités divergentes, c'est-à-dire propres à chaque individu et relevant du domaine de la subjectivité, il importe d'adopter une perspective émique² de la connaissance. Ainsi, le chercheur est invité à comprendre, à partir de l'individu lui-même, ce qu'il pense, ce qu'il vit, ce qu'il conçoit ou perçoit. L'approche de Massé est aussi indiquée puisqu'elle permet d'aborder la problématique étudiée sous un angle d'analyse anthropologique qui situe les logiques préventives d'une population dans une perspective globale de santé telle que définie à partir de leur propre culture et contexte de vie.

Selon Massé (1995), le paradigme post-positiviste dans lequel se sont inscrites la plupart des recherches biomédicales portant sur les programmes de prévention et de

² Le terme *émique* réfère à une approche respectant les principes et les valeurs propres à un acteur et une culture donnés. Ce concept ne peut avoir de validité universelle et n'a de sens que dans un cadre culturel déterminé (Massé, 1995).

dépistage du cancer du sein ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique, principalement en raison de ses limites à saisir la complexité de l'expérience humaine. Ainsi, cette recherche s'inscrit dans un paradigme socioconstructiviste visant, avant toute chose, la compréhension et l'interprétation de l'expérience vécue par des femmes provenant de groupes ethnoculturels nées hors Canada³.

Une meilleure compréhension de ce que signifie le dépistage du cancer du sein pour ce groupe de femmes permettra de fournir des pistes pour l'élaboration de plans d'interventions infirmières plus appropriés afin de rejoindre cette clientèle. Ultimement, cette visée pourrait avoir comme conséquence positive le recours au dépistage du cancer du sein dans une optique de prévention chez un plus grand pourcentage de femmes immigrantes.

Le but de l'étude

Le but de cette étude qualitative est de comprendre les significations attribuées au cancer du sein et à son dépistage par des femmes provenant de groupes ethnoculturels différents et nées hors du Canada.

³ Le thème femmes provenant de groupes ethnoculturels est défini comme suit : « des immigrantes de première génération, nées en dehors du Québec ou du Canada qui ont été soumises au stress de l'émigration et de l'adaptation dans une société d'accueil plus ou moins différente de la société et de la culture d'origine. » L'utilisation du terme groupe ethnoculturel réfère au concept d'immigration en excluant toute référence au concept de race, il évoque tout simplement l'appartenance ethnique des membres d'un groupe. Ce concept souligne le « respect des différences religieuses, linguistiques ou autres susceptibles de créer d'importantes divisions intraethniques ». (Massé, p.381)

Chapitre II

La recension des écrits

De nombreux chercheurs de divers pays se sont intéressés au dépistage du cancer du sein chez différentes populations. Cette recension des écrits vise à donner une vue d'ensemble des recherches susceptibles de décrire certains éléments contextuels associés au dépistage du cancer du sein chez des femmes provenant de divers groupes ethnoculturels.

Étant donné que le thème de la culture sera omniprésent dans ce projet, il a été jugé opportun, dans les deux premières sections de ce chapitre, de définir brièvement cette notion de culture et de présenter les différents concepts de l'approche théorique de Massé (1995), approche qui a fortement influencé les assises de cette étude. En troisième lieu, divers écrits scientifiques à devis qualitatif et quantitatif pertinents à la problématique étudiée seront présentés.

La définition de la culture

Le terme culture a été maintes fois défini par différents auteurs. Pour la présente étude, nous avons retenu la définition que propose Helman (1990) citée dans l'ouvrage de Massé (1995) intitulé « Culture et santé publique » :

*« [La culture est] un ensemble de balises (explicites et implicites) dont héritent les individus en tant que membres d'une société particulière et qui leur disent de quelle façon voir le monde, l'expérimenter émotionnellement et s'y comporter en relation avec les autres, les forces surnaturelles, les dieux et l'environnement naturel. Elle offre aussi à ces gens une façon de transmettre ces balises à la génération suivante – par le recours à des symboles, un langage, l'art et le rituel. »
p. 16.*

D'autres auteurs ont aussi abordé la notion de culture à travers leurs écrits portant précisément sur le cancer et la définition qu'ils proposent permet de compléter celle de Massé.

Pour le groupe ACCÉSSS (2002), la culture est présentée comme étant un cadre de référence symbolique où il y a partage d'un ensemble de représentations, d'images et de symboles relatifs aux aspects de la vie sociale. Elle constitue le produit de la faculté humaine à symboliser ce qui l'entoure pour permettre à l'individu de se situer dans un univers cohérent. La prise en considération de la culture lors de l'exploration d'un phénomène vécu en contexte migratoire revêt donc une importance capitale puisqu'elle favorise une meilleure compréhension de ce qui est vécue et ressentie par des individus appartenant à une culture donnée. En complémentarité, mentionnons que Saillant (1988) souligne que la symbolique entourant une maladie potentiellement mortelle, comme le cancer, influence directement les comportements qu'adoptera un individu relativement à son recours à des services de dépistage. La culture guide les individus dans leur interprétation de leur condition de santé et dans l'attitude qu'ils adopteront en matière de dépistage.

Étant donné que la notion de culture est un élément omniprésent dans le cadre de cette étude, l'approche théorique retenue vise à intégrer ce concept et à faire des liens avec les divers thèmes abordés. La prochaine section présente la toile de fond théorique élaborée par Massé (1995) et qui a influencé l'élaboration de cette étude.

La toile de fond théorique

Les significations attribuées par les femmes en regard de l'adhésion à un programme de dépistage alors qu'elles appartiennent à divers groupes ethnoculturels est, selon plusieurs auteurs, intimement liée à la notion de culture (Fry, 1999 ; Gravel, Battaglini, Riberdy, & Guay, 2000 ; Hahn, 1995 ; LeBreton, 1995 ; Martiniello, 1995 ; Poutignat, & Streiff-Fénart, 1995 ; Saillant, 1988). Ainsi, le modèle conceptuel, proposé par Massé (1995), intègre les notions de déterminants culturels, de santé et maladie, d'anthropologie ainsi que de savoirs populaires et propose donc des référents théoriques pertinents à l'étude des significations accordées par des femmes provenant de divers groupes ethnoculturels et qui ont connu une immigration au Canada.

Selon les assises de ce modèle, dans toutes les sociétés, les humains produisent un ensemble de savoirs pour décrire, comprendre et expliquer la santé et la maladie. Toutefois, la fonction principale de ces savoirs n'est pas de connaître mais plutôt de donner un sens. Dans cet ordre d'idées, le comportement préventif de l'individu est largement conditionné par sa conception des causes et des circonstances de la maladie. Une personne ne se contente pas de savoir ce qu'est la maladie ; elle tente également de l'expliquer et de la mettre en perspective par rapport à sa culture, ses croyances, ses valeurs afin de prendre une décision en regard de sa prévention et de son dépistage. À ce sujet, Massé parle d'un savoir populaire qui n'est aucunement relié aux connaissances scientifiques mais qui relie davantage les divers discours sur la santé et prend en compte les valeurs, les croyances, les attitudes.

L'aspect culturel demeure important puisqu'il permet de faire un lien avec les significations selon lesquelles les individus vont percevoir et interpréter leur propre comportement et celui des autres. Il apparaît donc intéressant de cerner les structures de significations ou cadres d'interprétation afin de rendre intelligibles les comportements humains et les décisions prises.

L'individu, entre autres, de par son bagage culturel, ses origines, son histoire de vie interprétera ses expériences grâce à son propre savoir et ses propres significations. La pression sociale perçue par un individu peut également influencer grandement ses décisions en regard de sa santé. Massé (1995) présume que la faible participation des individus à un programme de prévention pourrait s'expliquer par leur adhésion à des services préventifs de remplacement souvent non reconnus par les professionnels de la santé, par exemple le recours à des produits naturels ou les consultations auprès de membres religieux détenant des pouvoirs spécifiques. Il ne faut pas supposer qu'ils sont nécessairement désintéressés par rapport aux actions préventives mises sur pied. Massé (1995) propose également que les conceptions culturelles liées à la santé et au cancer peuvent prendre une place importante dans la façon dont des personnes asymptomatiques interprètent les coûts et les bénéfices liés au dépistage du cancer et adoptent des comportements préventifs. Les êtres humains sont dotés d'une capacité de rationalité leur permettant de faire un usage adéquat, par rapport aux comportements attendus par les professionnels de la santé, de l'information disponible en regard d'un programme de dépistage du cancer du sein, par exemple.

Le modèle que propose Massé (1995) est d'autant plus pertinent qu'il est basé sur une approche humaniste permettant de faire ressortir les besoins de l'individu et de bien comprendre dans quel contexte les décisions en regard de sa santé ont pris naissance. Ainsi, la vision de Massé (1995) rejoint de près l'école humaniste du soin largement documentée dans les écrits en sciences infirmières par de grandes théoriciennes dont Watson (2002) et Parse (2002). Chaque individu est perçu comme étant unique et capable de décider de ce qu'il croit être le mieux pour sa santé en fonction de son environnement. Le potentiel de soin de toute personne peut donc être amélioré si l'expérience humaine est prise en considération. Ce modèle conceptuel semble approprié afin de répondre au but fixé dans la présente étude. Le modèle proposé par Massé permettra de mieux comprendre les significations du dépistage du cancer du sein de femmes provenant de groupes ethnoculturels différents.

La prochaine section présente la recension des écrits qualitatifs pertinents en regard de notre problématique.

Les écrits scientifiques à devis qualitatifs

Les thèmes principaux en lien avec la problématique qui nous intéresse ont été recensés à travers divers écrits scientifiques à devis qualitatifs. Cette section présente donc différents écrits qui abordent l'influence culturelle, la rationalité liée à la notion du risque perçu, le fatalisme et la peur ainsi que la santé.

L'influence culturelle

Le but de l'étude qualitative canadienne menée par Donnelly (2006) est de rendre compte du processus par lequel l'influence culturelle relativement au corps féminin, à la santé et à la maladie, à la famille ainsi qu'à la relation entre des femmes immigrantes et les professionnels de la santé a des répercussions sur leur taux de participation aux programmes de dépistage des cancers du sein et du col utérin. Quinze femmes vietnamiennes prennent part à cette étude. Elles ont entre 49 et 78 ans et ont immigré au Canada depuis un intervalle de temps se situant entre 9 et 26 ans. Suite à des entrevues individuelles semi structurées, l'auteure relève trois catégories sous lesquelles sont regroupés plusieurs thèmes permettant de faire la lumière sur l'influence des valeurs culturelles de ces femmes en regard du dépistage de cancers féminins. Parmi les thèmes regroupés sous la catégorie « connaissances culturelles et valeurs concernant le corps féminin », le degré de gêne et d'embarras à l'idée d'exposer son corps devant une personne étrangère ainsi que les valeurs et croyances du corps féminin face aux pratiques de santé sont identifiés. En regard de ce thème, l'auteure conclut que le nombre d'années vécues en terre d'accueil par une femme immigrante n'influencent pas nécessairement sa décision à se soumettre à des programmes de dépistage. Ce constat va à l'encontre d'autres études selon lesquelles plus une personne immigrante a vécu d'années en terre d'accueil, plus elle est influencée par les programmes de prévention et plus souvent elle décide d'y adhérer (Gany et al., 2006 ; Lee et al., 2006 ; Yu et al., 2005). La catégorie discutant des « conceptions culturelles en regard de la santé et de la maladie » définit la santé comme étant de l'or (*health is gold*) et aborde la

maladie comme étant causée par un déséquilibre du corps ou par une invasion bactérienne ou étant prédéterminée par une force suprême associée au destin de chaque individu. Finalement, les « croyances et valeurs concernant la relation entre la patiente et le prestataire de soins » font également l'objet d'une attention particulière puisqu'elles ont une influence sur l'utilisation des services de dépistage chez cette catégorie de femmes immigrantes. On y souligne aussi le rôle crucial du soutien familial dans la décision de ces femmes à recourir ou non au dépistage. Bien que cette recherche révèle que les valeurs culturelles influencent les pratiques des femmes en matière de santé et apporte une certaine contribution à la problématique étudiée, l'auteure demeure peu précise face à sa méthodologie puisque les critères d'inclusion ne sont pas explicités. De plus, cette étude n'a pas exploré la signification donnée par des femmes au sujet du cancer du sein.

Le but de la recherche qualitative menée par Kwok et al. (2006) est d'explorer, par le biais d'entrevues individuelles semi structurées, le rôle de la culture en matière de santé des seins auprès de 20 femmes chinoises âgées entre 50 et 69 ans ayant immigré en Australie depuis environ 5 à 10 ans. Les auteurs font référence aux aspects culturels et sociaux qui représentent le sein pour cette communauté. Les auteurs parviennent au constat suivant : ces femmes modulent leurs décisions face à l'adhésion ou non à des programmes de dépistage en matière de cancer du sein selon leur réalité culturelle. En effet, les femmes ayant pris part à cette étude mentionnent que les seins sont intimement liés à la notion de sexualité et qu'il est inapproprié d'en parler ainsi que de s'en préoccuper. Le sein possède une symbolique culturelle tabou qui empêche de l'exposer

à une autre personne que le mari. De plus, ces femmes se croient à l'abri de développer un cancer du sein, le considérant comme une maladie de blanches. Les résultats obtenus permettent de démontrer que la culture a une influence sur la façon dont les femmes voient le cancer du sein, sur leurs pratiques de santé pour les seins, surtout en ce qui concerne l'auto-examen des seins, ainsi que sur les risques perçus du cancer du sein. Cette recherche permet de faire des liens avec notre problématique puisque les auteurs se sont penchés sur le rôle de la culture chez une clientèle immigrante spécifique lorsqu'il est question de dépistage du cancer du sein. Cependant, le sujet de la mammographie comme examen de dépistage précoce n'a pas été abordé.

À la lueur de ces deux études précédentes, il semble que la notion de culture puisse influencer les femmes dans les choix qu'elles font quant à la santé de leurs seins. Ainsi, les auteures démontrent qu'il est justifié de prendre en considération la culture puisqu'elle vient possiblement moduler la signification attribuée au dépistage du cancer du sein par des femmes. Dans un autre ordre d'idée, mentionnons que la notion de risque perçu face au cancer du sein par des femmes immigrantes a aussi été abordée par d'autres auteurs.

La rationalité liée à la notion du risque perçu

L'étude canadienne qualitative conduite par Vahabi et Gastaldo (2003) aborde l'angle de la rationalité pour traiter du risque perçu en regard des décisions que prennent l'ensemble des femmes face au dépistage du cancer du sein par la mammographie. Des entrevues ont été menées auprès de 180 femmes âgées entre 25 et 45 ans. Les auteures

fondent leur interprétation sur la prémisse selon laquelle la rationalité est unique à chaque personne et est influencée par le contexte socioculturel, les relations de pouvoir avec le conjoint, les capacités cognitives et l'identité politique. Parmi les principaux thèmes issus de l'analyse des résultats, la notion de responsabilité et de surveillance individuelle afin de prendre soin de son corps ressort comme un thème majeur. À ce sujet, les femmes mentionnent qu'elles n'ont recours à la mammographie de dépistage que si elles reconnaissent qu'il existe un véritable risque de développer ce type de cancer et si elles admettent que le cancer du sein pourra être guéri plus facilement par le dépistage précoce. Les résultats de l'étude permettent aussi de constater que les femmes qui reconnaissent l'existence d'un risque face au cancer du sein se sont informées de cette maladie, ce qui peut les rendre moins vulnérables que les femmes ayant des connaissances limitées au sujet de cette pathologie. Cette recherche apporte une contribution dans la manière de comprendre comment les femmes prennent la décision de recourir à une mammographie de dépistage en lien avec la notion du risque face à une maladie potentiellement mortelle. Toutefois, la population ciblée lors de cette étude n'était pas une clientèle appartenant à un groupe ethnoculturel ayant connu une immigration et, par conséquent, les résultats ne tiennent pas compte de la réalité d'un contexte migratoire.

Dans cette ligne de pensée, la recherche menée par Bouchard et al. (2007) explore les croyances et opinions d'une population québécoise asymptomatique à propos de la santé, du cancer et d'un programme éventuel de dépistage du cancer colorectal. Bien que cette recherche ne s'attarde pas au dépistage du cancer du sein, les

résultats démontrent que les notions de risque liées au cancer et de bénéfices à recourir au dépistage du cancer prennent différentes formes selon les croyances et connaissances sur la santé/maladie, le contexte des tests de dépistage, la recommandation d'un médecin traitant et la confiance envers l'expertise médicale tout comme envers le système de santé. Les personnes interrogées sont d'origine québécoise, se considèrent peu à risque du cancer du côlon et leur vision de la santé est centrée davantage sur la qualité de vie et la promotion de la santé que sur la prévention et le dépistage du cancer.

Le fait de se considérer à risque de développer une maladie potentiellement mortelle peut générer un sentiment de peur face à celle-ci. En ce sens, plusieurs écrits ont exploré cette perspective en lien avec le cancer du sein. La prochaine sous section aborde ce sujet.

Le fatalisme et la peur

Le but de la recherche qualitative américaine menée par Phillips et al. (1999) est d'explorer les croyances, les attitudes et les pratiques reliées au cancer du sein et à son dépistage. Vingt-six femmes immigrantes afro-américaines ayant un revenu faible à modéré y participent. Les résultats de cette étude permettent d'identifier les diverses barrières auxquelles font face les femmes immigrantes. Les facteurs de vulnérabilité, de fatalisme et de peur sont abordés et ressortent comme étant des barrières majeures au recours au dépistage pour le cancer du sein chez cette population. Les auteures émettent l'hypothèse que les femmes plus pauvres, qui présentent des attitudes fatalistes et de la peur par rapport au cancer du sein, seront davantage diagnostiquées à un stade plus

avancé que les femmes mieux nanties si elles développent la maladie surtout parce qu'elles n'auront pas recours au dépistage avant d'être symptomatiques. De plus, cette étude révèle que les femmes africaines participantes sont plus préoccupées par d'autres problèmes de santé que le cancer du sein, comme par l'hypertension, l'arthrite ou le diabète. Elles mentionnent que ces problèmes de santé génèrent des symptômes qui leur rappellent la maladie quotidiennement et limitent également leurs capacités physiques. Le fait d'être asymptomatique par rapport à une maladie est également abordé par ces femmes comme étant un frein au recours à des examens de dépistage. Outre ce constat, les auteures mentionnent aussi que c'est surtout cet aspect qui génère de la peur puisqu'il s'agit d'une maladie pouvant apparaître n'importe quand et bouleverser une vie. Cependant, nous aurions apprécié connaître certaines caractéristiques des participantes comme leur nombre d'années en terre d'accueil et le lieu de leur naissance afin de savoir si les femmes étaient vraiment des immigrantes de première génération c'est-à-dire nées à l'extérieur des États-Unis.

Une seconde étude menée par Lamyian et al. (2007) explore le concept du fatalisme. Le but est de comprendre le point de vue des femmes iraniennes sur les facteurs inhibiteurs et facilitateurs du dépistage précoce du cancer du sein. Par le biais d'entrevues individuelles auprès de 31 femmes âgées de 40 ans et plus et provenant de divers milieux sociaux, les auteurs utilisent une approche par théorisation ancrée. Ils regroupent les thèmes émergents en deux grandes catégories soient les facteurs internes et externes ainsi que trois sous thèmes à savoir les attitudes, sentiments et convictions des femmes, l'expérience des réseaux sociaux féminins et l'accessibilité aux services.

Parmi les facteurs facilitateurs, les auto-soins, la crainte, le *coping* (capacité de faire face aux situations) proactif, l'état d'esprit et le soutien sont mentionnés par les participantes à cette étude. La négligence, la crainte du cancer, le fatalisme et l'inefficacité de la communication en matière de santé sont catégorisés comme des obstacles au dépistage. Parmi l'ensemble des facteurs mentionnés, les attitudes de fatalisme sont celles qui semblent influencer davantage le non recours au dépistage, surtout chez la clientèle moins bien nantie de cet échantillon. Les résultats de cette étude permettent de rendre compte que le fatalisme peut réellement être une barrière au recours aux examens de dépistage chez les femmes en général. Il est à noter que les participantes ne sont pas des immigrantes.

Bien que le concept de la peur et les attitudes de fatalisme en lien avec le cancer du sein soient souvent omniprésents chez un grand nombre de femmes, il se trouve que la santé est un état qui est convoité et recherché par toutes.

La santé

Très peu d'auteurs ont abordé la notion de santé auprès de femmes immigrantes dans le but d'explorer leur propre définition de ce concept et l'influence que peut avoir leur manière de penser sur le fait de se soumettre à des activités de dépistage et de prévention.

La revue critique des écrits menés par Vissandjée et al. (1998) propose une réflexion concernant la santé des femmes immigrant au Québec ainsi que des pistes de recherche pour identifier des stratégies de promotion plus adaptées à leurs besoins. Les

auteures mentionnent que l'état de santé est défini par la capacité des femmes immigrantes à exercer le contrôle sur leur propre vie. Ces dernières agissent en fonction de leur propre conception de la santé tout en possédant un certain contrôle sur les éléments qui la favorisent. Ainsi, l'autonomie et l'autorité qu'exerce un individu sur sa propre santé réfèrent au concept « *d'empowerment* » qui est intimement lié à celui de la promotion de la santé. Une personne immigrante faisant preuve d'autonomie et d'autorité sur sa santé peut être en mesure de mieux contrôler sa santé et de la promouvoir tout en augmentant son sentiment de contrôle réel sur sa vie. Ces auteures mentionnent certains éléments contextuels répertoriés dans diverses études démontrant que l'état de santé peut dépendre de l'appartenance à une strate sociale ou des conditions socio-économiques précaires pouvant créer des situations de vulnérabilité. L'isolement et le non-emploi ressortent aussi comme étant un frein au maintien d'une bonne santé. De plus, les auteures nous mettent en garde quant à la définition de la santé qui peut être source de disparité entre la vision des femmes immigrantes et celles des professionnels de la santé oeuvrant en milieu québécois. Elles recommandent donc que les professionnels s'assurent de bien comprendre ce que représente la santé pour cette clientèle afin de pouvoir offrir des programmes préventifs qui soient culturellement significatifs et compatibles avec le système de valeurs de ces immigrantes.

Une autre recherche québécoise aborde le sujet de la santé chez les immigrantes par le biais d'entrevues individuelles. L'étude menée par Vissandjée, Carignan et Bourdeau-Marchand (1999) auprès de huit femmes nouvellement immigrantes a pour

but d'obtenir d'abord un tableau des conceptions ayant trait à leur santé et à sa promotion, à la prévention de la maladie, de même qu'un profil de leurs recours aux services sociaux et de santé de nature préventive. Les femmes participantes à cette étude sont issues de milieux ethnoculturels divers et de groupes d'âge différents. Les résultats démontrent que la conception de la santé rejoint des idéaux proches de la culture occidentale. La définition de la santé qu'elles proposent repose sur des visions positives (être en bonne forme) et négatives (ne pas avoir de problèmes de santé). Les auteurs parviennent à la conclusion que les conceptions des immigrantes face à la santé tendent à rejoindre la vision des femmes d'origine québécoise après quelques années de vie en terre d'accueil. De plus, elles ajoutent qu'il faut tenir compte du lien inextricable entre les personnes et leur environnement afin de bien comprendre la signification qu'elles attribuent au concept de santé.

Bien que ces deux dernières études ciblent une clientèle féminine immigrante, les chercheuses ne s'attardaient pas au dépistage du cancer du sein prioritairement ni à un groupe d'âge permettant de faire des liens avec la problématique étudiée. Par contre, les résultats des diverses études démontrent la nécessité de donner la parole aux femmes pour qu'elles fassent part de la signification qu'elles attribuent à la santé, de la place qu'elles lui donnent dans leur vie quotidienne, et ce, afin d'être en mesure d'offrir des programmes préventifs qui soient culturellement significatifs et porteur de sens pour cette clientèle diversifiée.

Les écrits à devis qualitatifs présentés précédemment s'avèrent très pertinents puisque les auteurs ont su cibler diverses variables dont la culture, la rationalité et le

risque lié au cancer, le fatalisme et la peur, la notion de santé en lien avec un contexte de dépistage du cancer du sein chez une population de femmes immigrantes ou non. De plus, l'emploi d'un devis qualitatif reposant sur l'analyse des discours des femmes interrogées offre un éclairage sur la réalité complexe vécue par des femmes ayant connu un processus migratoire en regard de l'adhésion à un programme de dépistage.

Ces écrits ont donc permis de documenter quelques aspects concernant le dépistage du cancer du sein chez des femmes provenant de groupes ethnoculturels divers, cependant ils ne peuvent s'appliquer directement au contexte québécois et à la réalité montréalaise. De plus, les études citées précédemment n'ont pas étudié directement la problématique qui nous intéresse en regard de la signification attribuée au dépistage du cancer du sein dans un contexte migratoire. Mentionnons également qu'aucune de ces études n'a pas défini le thème « immigrante » ce qui peut porter à confusion.

La prochaine section explorera les diverses études quantitatives en lien avec la problématique étudiée.

Les écrits scientifiques à devis quantitatifs

La recension des écrits nous amène aussi à constater que plusieurs variables sociodémographiques et structurelles fournissent des éléments pertinents à notre problématique. De plus, les notions de croyances culturelles et de risque sont à nouveau explorées parce que l'utilisation d'un devis quantitatif met en lumière de nouvelles

perspectives pouvant être reliées au but de notre étude et qui sont à prendre en considération.

Les variables sociodémographiques

Russel et al. (2006) réalisent une recherche quantitative dont le but est d'explorer l'utilisation de la mammographie dans un contexte socioculturel. Cent onze Afro-Américaines, âgées de 40 ans et plus, y participent. Les résultats démontrent que les variables sociodémographiques exercent une influence directe sur la décision des femmes à se soumettre au dépistage du cancer du sein annuellement. En effet, les chercheurs constatent que l'âge, le revenu, le fatalisme, le soutien social, les conditions de santé ainsi que la situation familiale ont des répercussions sur la décision des femmes étudiées à entreprendre ou non des démarches afin d'avoir une mammographie de dépistage. Ainsi, les femmes plus âgées ayant un faible revenu, peu de soutien de la part de leur réseau formel, présentant des problèmes de santé chroniques, comme le diabète, et qui entrevoit le cancer avec beaucoup de fatalisme ont peu recours au processus de dépistage. Bien que les données obtenues soient en lien avec le contexte qui nous intéresse, quelques lacunes ressortent de cette étude dont le fait que les auteurs ne mentionnent pas depuis combien d'années ces femmes vivent aux États-Unis, ni l'instrument de mesure utilisé pour générer les résultats mentionnés.

La recherche quantitative américaine menée par Katapodi et al. (2002) auprès de 833 participantes âgées de 46 ans en moyenne et issues de trois milieux ethnoculturels différents traite de l'influence positive du soutien social sur l'adhésion à des pratiques

de dépistage en matière de cancer du sein chez une population immigrante. À l'aide d'un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques et le soutien social, les auteurs démontrent que plus les femmes sont capables d'identifier un réseau social formé de personnes significatives (famille ou amies), plus elles sont enclines à se soumettre à des activités de dépistage pour le cancer du sein. Cette étude cible aussi certaines variables sociodémographiques dont l'âge, le revenu, le niveau d'éducation, la langue, le lieu de naissance comme ayant une influence sur le recours au dépistage du cancer du sein. Bien que les résultats issus de cette étude permettent de démontrer qu'il semble y avoir un lien entre le soutien social, la présence de certaines variables sociodémographiques et le recours au dépistage, la notion de signification attribuée à ces concepts n'a pas été explorée. En plus, les auteures demeurent peu précises sur les critères d'inclusion qui ont été pris en considération chez les participantes de cette étude à savoir si ces femmes sont des immigrantes de première génération ou non.

En plus des variables sociodémographiques qui semblent avoir une certaine répercussion sur le recours au dépistage du cancer du sein, d'autres conditions objectives (géographiques, administratives, politiques et linguistiques) sont relatées dans des études et sont catégorisées sous la rubrique des variables structurelles.

Les variables structurelles

Une revue des écrits menée par ACCÉSSS (2002) a démontré que le taux de dépistage du cancer du sein dépend des sources régulières de soins, des recommandations d'un médecin de famille, de l'habitude à fréquenter les services de

santé, du nombre de consultations récentes auprès d'un service d'urgence ou d'un médecin, de la performance du système de santé à contacter les femmes pour le dépistage (notamment par le biais de la lettre d'invitation), du délai pour l'obtention d'un premier rendez-vous au centre de dépistage, de l'accès au transport, de l'information disponible sur le dépistage ou sur les services offerts, de la possibilité de poser des questions et de recevoir des réponses au sujet du dépistage, des services adaptés à la langue parlée ou écrite des femmes issues de milieux ethnoculturels. De plus, ces barrières sont souvent accompagnées d'un stress lié à l'expérience migratoire (surtout chez les nouvelles immigrantes). Ainsi, il semble que les femmes qui rencontrent certaines difficultés lors de leurs démarches favorisant le dépistage du cancer du sein tendent à abandonner ou, du moins, à les reporter plus tard. Les auteurs de cette recension prennent position en affirmant qu'il ne faut pas croire qu'il y a, chez toutes ces femmes, une absence de préoccupation quant au cancer du sein. Cependant, il est possible qu'elles soient perturbées par l'ensemble des barrières rencontrées lors de leur immigration récente, ce qui pourrait justifier, en partie du moins, leurs décisions.

En lien avec ces divers éléments, l'étude exploratoire quantitative canadienne, effectuée par Choudhry et al. (1998), se concentre sur les pratiques de dépistage du cancer du sein chez des femmes provenant d'Asie du Sud, âgées de 40 ans ou plus et ayant immigré dans la ville de Toronto. Cinquante-sept femmes ont répondu à un questionnaire axé sur les pratiques de santé pour les seins et les principaux résultats démontrent que plusieurs obstacles sont susceptibles d'influencer négativement les femmes à recourir aux moyens de dépistage du cancer du sein. On mentionne l'âge

avancé, le statut socioéconomique faible, l'insuffisance des connaissances au sujet du cancer, l'absence de participation à un programme de dépistage, le non recours au dépistage dans l'entourage, la non disponibilité d'un médecin de famille ainsi que la barrière reliée à la langue du pays d'accueil. La pertinence de cette étude réside dans le fait que les chercheurs se sont intéressés aux variables structurelles (facteurs économiques, linguistiques, administratifs) d'une population immigrante au sujet du cancer du sein. Dans leur conclusion, les chercheurs suggèrent que l'ajout d'information pour ces femmes pourrait les inciter davantage à se prévaloir des examens de dépistage pour le cancer du sein. Par contre, cette proposition ne fait pas l'unanimité de la communauté scientifique car elle ne tient pas compte de la réalité complexe de ces femmes.

Lee et al. (2006) ont réalisé une étude quantitative aux États-Unis en recrutant 189 femmes immigrantes coréennes âgées de 40 ans ou plus afin d'identifier des raisons pouvant créer des obstacles à l'adhésion à des programmes de dépistage du cancer du sein. Par un questionnaire téléphonique, ces auteurs sont parvenus à la conclusion que les femmes âgées, non mariées, n'ayant pas complété leurs études secondaires, étant sans emploi, ayant peu d'habileté à s'exprimer dans la langue anglaise et ayant des problèmes de santé autres que le cancer du sein, sont les moins susceptibles d'adhérer à un programme de dépistage du cancer du sein. Les auteurs constatent aussi que les femmes ayant un médecin de famille et qui subissent des examens de routine régulièrement sont davantage encouragées à se prévaloir du programme de dépistage pour le cancer du sein. Toutefois, l'accès aux soins de santé étant plus difficile aux

États-Unis, les conclusions de cette recherche peuvent être plus difficilement transposables au contexte québécois. De plus, les auteurs ne mentionnent aucun cadre de référence sur lequel les assises de cette étude reposent.

Les variables sociodémographiques et structurelles permettent de faire certains liens avec la problématique d'intérêt pour cette étude. Par contre, l'ajout d'information au sujet de la notion de culture est un facteur permettant de faire le lien avec la clientèle provenant de divers milieux ethnoculturels.

Les croyances culturelles

Le but de cette recherche quantitative menée aux États-Unis par Yu et al. (2005) est d'explorer les attitudes basées sur les croyances culturelles au sujet des comportements de dépistage du cancer du sein. Pour cette étude, 202 femmes asiatiques âgées de 40 ans ou plus vivant en région urbaine, dans l'état du Michigan, ont répondu à un questionnaire évaluant les caractéristiques sociodémographiques, l'importance des croyances culturelles ainsi que les diverses expériences en lien avec le recours à la mammographie. Les résultats de cette étude démontrent que les croyances culturelles au sujet des programmes de prévention exercent une forte influence sur l'adhésion et le recours à ce type de programme. Les quatre variables indépendantes suivantes sont explorées : l'affiliation culturelle, les raisons de se prévaloir des méthodes de dépistage, l'accessibilité aux méthodes de dépistage et enfin les connaissances en regard de l'utilisation de la mammographie. Les auteurs parviennent à des conclusions permettant de faire un lien entre les croyances culturelles, une conception erronée de la

mammographie et sa sous-utilisation. Cependant, les auteurs fournissent très peu d'information quant au recrutement des participantes et ne précisent aucun critère d'exclusion en regard de la sélection des participantes.

Le dernier sous thème qui a été exploré permet de faire un lien avec plusieurs facteurs mentionnés dans la dernière section. En effet, la notion de risque face à la possibilité de développer un cancer du sein a été étudiée par quelques auteurs afin de faire un lien avec le recours au dépistage.

La notion du risque

L'étude quantitative faite par Ham (2006) a pour but de comprendre les facteurs qui modulent les comportements de 310 femmes coréennes, âgées de 30 ans et plus, face à leur intention d'avoir recours ou non à la mammographie de dépistage. Suite à l'analyse du questionnaire utilisé pour cette étude, l'auteure parvient à la conclusion que plus les femmes perçoivent un risque accru face à la maladie plus elles auront tendance à vouloir se soumettre à des examens de dépistage. Ce résultat se juxtapose aux principes véhiculés par le modèle biomédical qui a servi de guide à l'élaboration de cette étude. Parmi les diverses recommandations, l'auteure mentionne que des campagnes d'information et de sensibilisation pourraient être bénéfiques. Elles permettraient de donner plus de renseignements aux femmes concernant le cancer du sein et les risques qui l'entourent, ce qui pourrait les inciter à prendre la décision d'avoir recours à la mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage.

Une recension des écrits quantitatifs réalisée par Facione et Katapodi (2000) met l'accent sur l'influence de la culture sur le dépistage du cancer du sein, la détection précoce de ce cancer et les efforts pour diminuer le taux de mortalité associé à ce type de cancer. L'une des préoccupations de ces chercheuses est la notion du risque telle que perçue par les femmes, au sujet du cancer du sein. Elles relatent que le comportement préventif de ces femmes dépend de l'estimation des facteurs de risque qu'elles jugent pertinents. Le fait de se sentir vulnérable face à une maladie dont le niveau de létalité est élevé inciterait davantage une femme à se prévaloir des programmes de dépistage. Bien que ce rapport apporte des éléments touchant la notion du risque liée au dépistage du cancer du sein, il est difficile de transposer les données obtenues à notre problématique notamment parce que nous n'avons aucune information au sujet de la clientèle étudiée et de l'instrument de mesure employé.

Toutes les études quantitatives abordées dans cette section ont permis d'établir, d'une façon ou d'une autre, la pertinence de prendre en considération certains facteurs qui influencent la décision de se soumettre à un dépistage du cancer du sein. Ceux-ci peuvent aider à apporter une explication aux choix faits par ces femmes et permettent de voir le problème sous un angle différent. Par contre à notre connaissance, aucune de ces études n'a permis d'explorer les significations qu'attribuent les femmes en regard à la fois du dépistage et du cancer du sein. Certains éléments semblent contribuer à une amorce de réponse mais ne peuvent se transposer concrètement à la problématique étudiée puisque plusieurs critères diffèrent.

En somme, la recension des écrits nous a permis de réaliser que notre problématique est d'intérêt puisque le sujet du cancer du sein est largement documenté dans les écrits. Bien que plusieurs facteurs aient été répertoriés par les auteurs à travers leurs études respectives, la signification attribuée au dépistage du cancer du sein n'a pas été couverte spécifiquement. Plusieurs éléments de réponse suggérés dans les écrits sélectionnés ne peuvent venir éclairer le sujet de la présente étude principalement dû au fait que le contexte du système de santé au Québec est particulier et spécifique. Par contre, les sous thèmes qui émergent des différentes études recensées dans ce chapitre semblent être récurrents et méritent qu'on leur accorde une attention particulière. Ainsi, les significations de femmes seront, sans doute, modulées par un ensemble de facteurs dont certains pourront déjà avoir fait l'objet de conclusions en regard du dépistage du cancer du sein. Toutefois, nous considérons que notre étude permettra d'apporter un nouvel éclairage au sujet des significations attribuées par des femmes provenant de groupes ethnoculturels différents nées hors du Canada à propos du dépistage du cancer du sein, un sujet qui ne semble pas avoir fait l'objet d'aucune étude québécoise et qui permettra d'apporter des éléments de réponse à des questions soulevées dans notre étude.

Chapitre III

La méthode

Ce chapitre présente les différents éléments de la méthode permettant d'atteindre le but proposé par cette étude. Le type d'étude, le milieu, l'échantillonnage, le processus de collecte des données, le déroulement de l'étude, le processus d'analyse des données, les critères de qualité ainsi que les considérations éthiques y sont décrits.

Le type d'étude

La méthode de recherche retenue est de type qualitatif exploratoire avec analyse thématique et se situe dans un paradigme socioconstructiviste. Ce paradigme permet une compréhension et une interprétation des pratiques ainsi qu'une réciprocité entre le processus de développement de savoirs et l'action. Le socioconstructivisme reconnaît l'existence de multiples perceptions de mondes vécus d'où émerge un contexte social tributaire de sens pour une personne (Levy, 1994). Le chercheur adhérant à ce paradigme vise avant toute chose la compréhension et l'interprétation de l'expérience vécue par les sujets concernés par l'étude. Les connaissances issues des études se basant sur ce paradigme sont donc considérées comme des co-constructions générées par l'interaction entre le chercheur et les participants de l'étude. L'adhésion à ce paradigme vise la recherche de significations dans le monde vécu et la négociation (Guba, & Lincoln, 1994). Ce paradigme permettra de mieux comprendre ce que signifie, pour les participantes, le cancer du sein et son dépistage en lien avec notre problématique.

La population, l'échantillon et le milieu de recrutement

La population visée était des femmes âgées entre 50 et 69 ans, nées hors du Canada et vivant au Québec. Contrairement à la recherche quantitative, la recherche qualitative ne vise pas la généralisation des résultats, mais tente plutôt d'obtenir une compréhension du phénomène d'intérêt (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2004). Dans cette optique, des stratégies d'échantillonnage intentionnel ont été privilégiées, c'est-à-dire que les participantes étaient sélectionnées en regard des informations recherchées et selon les données obtenues lors des entrevues précédentes (Loiselle et al., 2004). Aussi, la recherche d'un site donnant accès à des participantes qui pouvaient potentiellement fournir une information « riche » à l'étudiante chercheuse relativement au but poursuivi était privilégiée.

Les critères d'inclusion suivants ont défini la catégorie de femmes ciblées :

- femme âgée entre 50 et 69 ans ;
- née à l'extérieur du Canada ;
- résidente dans la province de Québec ;
- pouvant s'exprimer en français ;
- participante au centre communautaire.

Deux critères d'exclusion ont également défini notre échantillon. Les femmes ayant déjà eu ou ayant un cancer du sein ne pouvaient prendre part à cette étude puisqu'elles ne pouvaient plus recourir au dépistage précoce pour ce type de cancer. De plus, les femmes ayant eu ou ayant toute autre forme de cancer étaient exclues puisque

les différents thèmes étudiés auraient pu les placer dans une situation de vulnérabilité non souhaitée.

Le site retenu pour le recrutement des participantes était un centre communautaire de la ville de Montréal pour la population immigrante. Le centre s'adresse spécifiquement aux femmes immigrantes en situation de vulnérabilité et a comme mission de les aider à sortir de leur isolement, à échanger, à apprendre un métier et, ultérieurement, à intégrer le marché du travail québécois.

Le déroulement du processus de la collecte de données

En premier lieu, le présent projet a reçu l'aval d'un comité d'approbation composé de la première directrice de recherche qui détient une expertise dans le domaine de l'oncologie ainsi que de deux membres détenant une maîtrise en sciences infirmières. De plus, le projet a été étudié par le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal qui a donné son approbation au projet proposé (appendice A). Ensuite, il y a eu une rencontre de l'étudiante chercheuse avec les personnes responsables du centre communautaire. Une personne du centre (travailleuse sociale) a été sélectionnée pour faire part du projet de recherche à des femmes provenant de divers milieux ethnoculturels répondant aux critères d'inclusion lors de rencontres de groupe. Le recrutement a également été fait par l'entremise d'affiches publicitaires décrivant les grandes lignes du projet (appendice B) aux personnes du centre communautaire ciblé pour cette étude. Les femmes intéressées à participer à la recherche ont été invitées à communiquer leur nom à la personne de

l'organisme choisi. Par la suite, les coordonnées ont été transmises à l'étudiante chercheuse qui entrait alors en contact avec les femmes ayant manifesté un intérêt à prendre part à l'étude.

Selon Boutin (1997), le contact initial entre le chercheur et le participant revêt une importance non négligeable. Ainsi, un appel téléphonique a été fait aux candidates potentielles afin de confirmer leur intérêt ou non à participer à la présente étude. Pour ce faire, Boutin (1997) suggère, lors d'une première conversation téléphonique, d'être naturel, de ne pas se confondre en explications trop complexes et de s'adapter au rythme de son interlocuteur. L'authenticité, l'écoute, le respect et l'empathie ont été des attitudes privilégiées par l'étudiante chercheuse. Au moment de l'appel, cette dernière expliquait le but de l'étude, l'approbation des instances concernées, le respect de l'anonymat et confirmait l'intérêt de la femme à vouloir participer à l'étude ou non. Si la femme désirait toujours participer, une rencontre était planifiée à l'heure de son choix au centre communautaire visé par l'étude. De plus, la femme était informée qu'il serait préférable qu'elle soit seule au moment de l'entrevue puisqu'il s'agissait d'une étude visant uniquement ses opinions personnelles. Toutefois, si elle le jugeait nécessaire, elle pouvait être accompagnée d'une personne de sexe féminin.

Lors de la première rencontre, le projet était à nouveau expliqué et l'étudiante chercheuse était disponible afin de répondre aux diverses interrogations que la femme pouvait avoir en regard du projet d'étude. La première rencontre permettait également d'initier un lien entre la chercheuse et la participante. Par la suite, le formulaire de consentement à la recherche était expliqué et un temps de réflexion était offert si

nécessaire. Ce formulaire était signé avant le début de l'entretien. Le formulaire a été élaboré en s'inspirant du modèle fourni par le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal. L'entretien avait lieu à la première rencontre à moins que la femme en décide autrement. De plus, les conversations étaient enregistrées sur bande audio.

Trois outils principaux ont été utilisés dans le cadre de l'entretien semi-dirigé : le canevas d'entretien, le génogramme (cet outil servait, entre autres, à recueillir des données sociodémographiques) ainsi que le journal de bord. La prochaine section décrit ces outils.

Outils de collecte des données

L'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé permet, entre autres, de rendre possible l'organisation et la structuration de la pensée de l'étudiante chercheuse et d'approfondir certains thèmes qui méritent une attention particulière (Thorn, 2007). La création d'un climat permissif permettant à la participante de pouvoir s'exprimer librement et sans crainte d'être jugée est également à privilégier (Boutin, 1997). Dans cet ordre d'idées, au début de chaque entretien l'étudiante chercheuse rappelait à la participante qu'elle pouvait prendre son temps pour répondre et même choisir de ne pas répondre si tel était son désir. L'étudiante chercheuse lui disait aussi de se sentir très à l'aise de nous faire répéter une question si elle en sentait le besoin et qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Le canevas d'entretien. Les entretiens ont été guidés par un canevas comportant des questions ouvertes en regard des principaux thèmes que nous voulions aborder lors de cette recherche. Ces questions permettaient à l'étudiante chercheuse d'orienter son entretien (appendice C). Il est important de prendre note que toutes les questions n'étaient pas nécessairement posées à l'ensemble des participantes. L'étudiante chercheuse jugeait s'il était nécessaire de poser certaines questions en regard des réponses et des thèmes qui étaient abordés spontanément par la participante au cours de la discussion. Les questions qui figuraient dans ce canevas pouvaient, au besoin, être modifiées ou reformulées en cours de route en fonction d'une première analyse d'entretiens réalisée précédemment.

Des questions visant la santé/maladie, le cancer, le cancer du sein et son dépistage, la peur et le fatalisme, les institutions de santé et les professionnels étaient posées aux participantes si elles n'abordaient pas d'elles-mêmes ces thèmes puisque la recherche visait principalement les significations attribuées par les femmes immigrantes en regard de ceux-ci.

En recherche qualitative, la collecte de données se veut souvent un processus itératif et concomitant à l'analyse des données (Thorn, 2007). En effet, plusieurs auteurs recommandent que la collecte de données soit simultanée à l'analyse de celles-ci (Lincoln, & Guba, 1985 ; Miles, & Huberman, 2003). Ainsi, l'étudiante chercheuse a amorcé l'analyse des données dès le premier entretien puisqu'en s'inspirant de ses données préliminaires, des questions pouvaient être modifiées.

Le génogramme. L'emploi du *génogramme* est fait régulièrement en soins infirmiers et en recherche infirmière pour recueillir des données. Le génogramme fournissait une configuration de la participante et de sa famille tout en permettant de recueillir certaines informations utiles telles que des renseignements sur la santé, la profession ou le métier, la religion, l'origine ethnique et les migrations (Wright, & Leahey, 2000). L'emploi de cet outil permettait de recueillir des informations qui pouvaient possiblement venir éclairer certaines réponses des femmes en regard de la signification du dépistage du cancer du sein. De plus, la construction du génogramme représentait un bon moyen pour débiter l'entretien, pour détendre l'atmosphère et apaiser la nervosité tout en permettant à l'étudiante chercheuse de démontrer son intérêt pour les proches de la participante. Il est à noter que les données sociodémographiques étaient recueillies lors de l'élaboration de cet outil et étaient ajoutées sur le schéma lors de la collecte. La légende est présentée à l'appendice D.

Le journal de bord. Tout au long de ce processus, l'étudiante chercheuse a tenu un journal de bord afin d'y colliger ses notes personnelles ainsi que ses interrogations, lesquelles ont modulé la façon de percevoir et de conduire les entretiens. Les notes rédigées dans ce journal étaient de natures descriptive et réflexive (appendice E). Alors que les premières font référence à la description des événements, des situations ou des participantes, les secondes réfèrent davantage aux réflexions de la chercheuse en lien avec l'étude (pensées personnelles, idées, sentiments, émotions, interrogations, réflexions). De plus, la rédaction d'un journal de bord permettait à l'étudiante

chercheuse d'avoir un compte-rendu chronologique des événements (Thorn, 2007). Ce journal était élaboré lors des entrevues et après les rencontres avec les participantes. Les commentaires qui ont été inscrits en regard des participantes ont été associés au même pseudonyme donné lors des entrevues afin que ces dernières ne puissent être identifiées par une personne autre que l'étudiante chercheuse.

Idéalement, la collecte doit se poursuivre jusqu'à saturation des données. Ce phénomène survient lorsque les catégories d'analyse sont stables et que l'ajout d'informations supplémentaires n'apporte rien de nouveau à la compréhension du phénomène qui est à l'étude (Fortin, 1996). Cependant, dans le cadre de cette étude, la taille de l'échantillon prévue devait se situer autour de 5 à 7 femmes, et ce, afin de respecter des échéances sur le plan académique. Le nombre de participantes était sujet à modification au fur et à mesure de la collecte de données. Compte tenu des difficultés de recrutement (refus, barrière de langue, sujet délicat), cinq femmes ont été rencontrées.

Le processus d'analyse des données

La totalité des entretiens enregistrés a fait l'objet d'une transcription intégrale (tous les verbatim) par l'étudiante chercheuse ce qui a totalisé la somme de 200 pages qui ont été soumises à l'analyse. Les notes d'observation consignées dans le journal de bord pouvaient y être ajoutées en marge afin d'aider l'étudiante chercheuse lors de l'analyse des données. Suivant la transcription des entrevues de chaque participante, une révision a été faite par une infirmière détenant une maîtrise et occupant la fonction de conseillère clinicienne en soins infirmiers afin de s'assurer de leur concordance.

Toutes les entrevues ont été remises aux trois professeures qui ont agi à titre de directrices et de codirectrice de l'étudiante chercheuse.

L'analyse qualitative des données est un processus visant à la compréhension des phénomènes humains complexes suscitant des réflexions. Afin de parvenir à cet objectif, le chercheur doit continuellement réviser et reformuler ces textes afin de parvenir à dégager le sens central de ceux-ci. Aucun modèle d'analyse unique n'est applicable à tous les textes (Boutin, 1997). Le processus d'analyse de contenu qui est utilisée dans le cadre de cette étude était celui de Miles et Huberman (2003). L'interprétation subjective des données est obtenue suite à une analyse rigoureuse de contenu. Cette étape est caractérisée par un processus menant vers l'identification de codes et de thèmes qui font référence au sujet de l'étude (Hsieh, & Shannon, 2005). Pour Miles et Huberman (2003), l'analyse des données qualitatives est représentée selon trois flux concourant d'activités : la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des conclusions.

La condensation des données s'effectue continuellement lors de toutes les étapes d'un projet à devis qualitatif. Cette première étape est un processus de sélection, de simplification, d'abstraction et de transformation des données brutes recueillies depuis le début de l'élaboration du plan de recherche. Elle s'effectue même lorsque le chercheur décide de ses différentes balises au tout début (cadre conceptuel, but de la recherche, sélection du site), elle se poursuit au fur et à mesure de la collecte des données lorsque le chercheur choisit des résumés, des codes, des thèmes, des mémos, des regroupements. En somme, la condensation des données fait partie intégrante de

l'analyse des données et permet de faire un travail de triage, de sélection, d'épuration, d'organisation et de distinction pouvant permettre au chercheur de tirer des conclusions et de les valider (Miles, & Huberman, 2003).

En seconde étape, la présentation des données représente un processus majeur visant à extrapoler les données pouvant mener à des conclusions autour du sujet d'intérêt. Miles et Huberman (2003) abordent cette notion en parlant de « format de présentation » comme une forme d'organisation au niveau des données qui permet de pouvoir dégager des constats qui mèneront vers une prochaine étape d'analyse. La forme la plus fréquente de présentation des données qualitatives est le texte narratif ; c'est sous cette forme catégorisée en diverses sections et sous-sections que sont présentées les données qui ont été obtenues.

En dernier lieu, Miles et Huberman (2003) présentent l'étape visant l'élaboration/vérification des conclusions lors de l'analyse de données qualitatives. Lors d'une recherche à devis qualitatif, le chercheur n'émet pas de conclusions trop hâtives au sujet des données qu'il obtient. De prime abord, le travail du chercheur consistera à déceler les récurrences, les *patterns*, les configurations possibles ainsi que les tangentes possibles des conclusions qu'il pourra émettre. Les constats finaux qui feront office de conclusions peuvent être seulement explicites à la fin de ce processus. Toutefois, selon les auteurs, le chercheur aura tôt fait de pressentir le résultat final. Miles et Huberman (2003) précisent toutefois qu'établir des conclusions n'est pas un processus suffisant et que ces dernières doivent être vérifiées au fur et à mesure du travail de l'analyste.

À travers les trois étapes définies précédemment, d'autres processus viendront compléter l'analyse des données de cette étude : les lectures et relectures, la codification, l'attribution de thèmes ainsi que les différentes tactiques d'interprétation des données.

Les lectures et relectures

Afin de prendre connaissance des données obtenues et pour commencer à se forger une opinion en fonction du but de la recherche, de nombreuses lectures et relectures des transcriptions d'entrevues ont tout d'abord été réalisées. Cette étape était essentielle afin de dégager des propos significatifs. Par la suite, l'étape de la codification a débuté.

La codification

Au moment de cette étape, Miles et Huberman (2003) suggèrent d'indiquer les grandes lignes desquelles émergeront les différents codes qui mèneront vers une compréhension des données et construiront les conclusions. Il était impératif que les codes utilisés soient définis de façon claire et précise afin d'éviter toute confusion possible dans l'interprétation des données pour une personne extérieure à la recherche. Il est à noter que les différents codes pouvaient être modifiés au cours de l'analyse selon l'évolution et les différents constats. Selon Miles et Huberman (2003), un code est une abréviation ou un symbole attribué à un segment de texte en vue d'une classification et il découle souvent des questions, hypothèses ou concepts-clés de la recherche. Voici des exemples de codes ayant été utilisés pour cette étude :

« Ça veut dire que la vie est finie. (Roberta, 103) Il y a des traitements qui peuvent nous garder en vie pour quelques années mais ce n'est pas, ce n'est pas définitif donc... » (Roberta, 141) (Une maladie qui fait peur)

« [...] il ne faut pas penser à telle maladie parce que vous allez être une malade imaginaire, vous imaginez, vous nourrissez des maladies dans votre cerveau et puis brusquement vous pouvez faire sans même faire des... vous ne l'avez pas mais vous pensez oui c'est ça que j'ai donc vous allez la faire quand même ... vous allez finir par la faire cette maladie-là. » (Roberta, 737) (Une maladie pouvant être induite par autosuggestion)

Une fois que tous les segments ont été codés, l'étape subséquente consistait à effectuer un codage thématique afin de parvenir à un nombre réduit de thèmes conceptuels plus synthétiques. Ce processus a permis à l'étudiante chercheuse d'obtenir une meilleure vue d'ensemble sur ce qui se passait sur le terrain et a permis de débiter l'analyse des données de manière conjointe avec la collecte des données qui se poursuivait. Ainsi, l'étudiante chercheuse a eu un regard plus concis sur ce qu'elle recherchait vraiment. Afin d'illustrer cette étape, le code thématique « Signification du cancer du sein » a été attribué aux deux codes mentionnés précédemment.

Le processus d'interprétation des données

La signification des données peut être faite selon plusieurs tactiques spécifiques d'analyse afin de parvenir à dégager des conclusions (Miles, & Huberman, 2003). Selon ces auteurs, nous pouvons noter différents concepts tels que le regroupement des données, le repérage de thèmes ou *patterns*, l'établissement de contrastes et de comparaisons et la subdivision de variables. Lors de l'analyse des données, l'étudiante chercheuse pouvait choisir la tactique qui répondait le mieux à ce qu'elle constatait et

ainsi pouvait aborder l'analyse selon différentes interprétations pouvant permettre de mieux comprendre ce qui a été étudié. Par exemple, l'étudiante chercheuse a dû établir des contrastes lorsqu'elle a conceptualisé une opposition entre le fait que les femmes exprimaient une confiance et également des interrogations envers le processus de dépistage.

Les critères de scientificité

Les critères de scientificité établis par Lincoln et Guba (1985) ont servi de guide à cette recherche afin d'en assurer la validité.

La crédibilité (validité interne)

La crédibilité vise à s'assurer que l'interprétation de l'étudiante chercheuse fait en regard des données recueillies correspond au monde vécu des participantes. Ce critère permet également de s'assurer que ce qui est analysé renvoie à des significations pertinentes et vraisemblables pour ces femmes. Dans le cadre de cette recherche, ce critère a été assuré par l'utilisation de plusieurs outils de collecte de données (questions ouvertes, réalisation du génogramme, réflexions dans le journal de bord). De plus, l'étudiante chercheuse a eu de nombreuses discussions avec ses directrices et sa codirectrice de recherche tout au long du processus afin de s'assurer du respect de ce critère.

L'imputabilité procédurale (fidélité)

Ce critère permet de s'assurer que le processus entourant la recherche soit suffisamment clair et explicite pour que des personnes de l'extérieur n'ayant eu aucun lien avec la présente étude puissent réviser et comprendre ce qui a été réalisé. De plus, cette manière de procéder permet que des réviseurs puissent évaluer la pertinence des décisions méthodologiques encourues. Afin de s'assurer que les procédures utilisées lors de cette étude étaient pertinentes et valides tout en représentant un élément de rigueur inhérent au processus d'une recherche, la révision de l'analyse des données a été effectuée tour à tour par la directrice et la codirectrice de recherche à diverses reprises et soumises à plusieurs rectifications afin de respecter les exigences de ce critère. Il est à noter que les directrices avaient en mains les transcriptions des entretiens et pouvaient y référer. Mentionnons également que la tenue d'un journal de bord permettait de pouvoir repérer les divers événements selon un ordre chronologique.

Le potentiel confirmatif (objectivité)

Le potentiel confirmatif vise à s'assurer que les données ainsi que les conclusions obtenues émergent de la recherche en question, qu'ils sont authentiques et qu'ils proviennent du site où l'étude a eu lieu. Afin de vérifier ce critère, les données peuvent être retracées par le biais des enregistrements audio, de la retranscription des verbatim (qui a été remis aux directrices et à la codirectrice) et des écrits dans le journal de bord de l'étudiante chercheuse.

La transférabilité (validité externe)

Ce critère réfère au degré selon lequel les résultats d'une étude peuvent s'appliquer à d'autres constantes (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires, 1997). La production d'une description riche et détaillée permet d'assurer une certaine validité au regard de ce critère (Gendron, 2007). Selon Creswell (2003), d'autres critères permettent aussi d'assurer la transférabilité. La prise en compte de biais induits par le chercheur, des informations contradictoires fournies par les participants, le temps investi sur le terrain, le recours à une personne de l'extérieur afin de revoir le projet et l'association avec un collègue afin de réviser les questions inhérentes au processus de recherche permettent d'assurer une bonne validité externe.

Les considérations éthiques

Avant de pouvoir débiter le processus de recherche, le protocole de l'étude a été préalablement révisé et approuvé par le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal. Le centre communautaire, n'ayant aucun comité d'éthique, exigeait seulement l'approbation de l'institution d'enseignement de l'étudiante chercheuse. Les aspects suivants ont été pris en considération afin d'assurer le respect des balises éthiques en vigueur.

Le déroulement des entretiens

Le moment de l'entretien était déterminé par les participantes. Une salle de réunion au centre communautaire était prévue à cet effet et toutes les entrevues ont eu

lieu à cet endroit. Au début de chaque rencontre, avant l'entrevue, le projet leur était à nouveau expliqué. Par la suite, l'élaboration du génogramme permettait l'établissement d'un lien de confiance entre la participante et l'étudiante chercheuse tout en maximisant l'état de bien-être et de confort puisque l'emploi de cet outil permettait de démontrer de l'intérêt pour les proches de la participante. L'entretien ne débutait officiellement que lorsque la femme était prête et durait environ 75 minutes.

La participante était informée que l'entretien était enregistré sur une bande audio, qu'elle était libre d'arrêter l'enregistrement si elle le jugeait nécessaire, qu'elle pouvait décider de quitter ou de ne pas répondre aux questions, et ce, sans devoir se justifier.

De plus, afin de s'assurer que les femmes n'étaient pas influencées par une personne externe au moment de l'entretien, il leur était demandé de se présenter seule. Toutefois, si elles le désiraient, les femmes pouvaient être accompagnées par une personne de sexe féminin afin qu'elles se sentent plus à l'aise au moment de l'entrevue. Cette situation ne s'est toutefois pas présentée.

Compte tenu du fait qu'il était possible que des participantes soient perturbées en regard du sujet étudié ou souhaiteraient en discuter davantage, un soutien psychologique, par le biais du centre, était prévu afin d'assurer que les femmes puissent être référées aux ressources appropriées. Cette information était indiquée au formulaire de consentement.

L'anonymat

Les moyens utilisés afin d'assurer la confidentialité des données étaient expliqués aux participantes dès le tout début des contacts avec elles. Chaque participante se voyait attribuer un pseudonyme afin de préserver l'anonymat. Seule l'étudiante chercheuse connaît la correspondance entre les pseudonymes et l'identité des femmes participantes. Les femmes étaient informées que l'étudiante chercheuse est la seule personne à pouvoir faire un lien entre elles-mêmes et les transcriptions. Ainsi, les enregistrements audio et les transcriptions de verbatim ont été identifiés à l'aide du pseudonyme de la participante et seront gardés sous clé pour une période de sept ans. Les participantes étaient également avisées que les résultats émanant de cette recherche pourraient ultérieurement faire l'objet d'un article scientifique. Cependant, elles étaient aussi informées que toutes informations et combinaisons d'informations pouvant mener à leur identification seraient retirées des documents découlant de cette recherche (mémoire, présentations, publications).

Le consentement libre et éclairé

Un formulaire de consentement à la recherche était présenté avant le début de l'entrevue pour chaque femme qui désirait prendre part à cette étude (appendice F). Le formulaire renfermait tous les renseignements nécessaires afin que la participante puisse faire un choix libre et éclairé en regard de sa participation à l'étude. L'étudiante chercheuse s'est assurée que la femme comprenait bien le libellé du formulaire notamment en posant des questions permettant de vérifier sa compréhension. Au besoin,

le contenu du formulaire de consentement était vulgarisé afin de s'assurer que la participante comprenne bien les implications de son acceptation. Elle était également informée qu'elle pouvait se retirer du projet à tout moment et ce, sans justification, seulement en le mentionnant verbalement et sans préjudice.

CHAPITRE IV

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de cette étude. Dans un premier temps, le profil sociodémographique de chaque participante sera décrit en lien avec la collecte des données réalisée lors des entretiens. Un résumé du portrait global des femmes ayant pris part à cette étude sera également détaillé. Dans un deuxième temps, les principaux thèmes et sous thèmes émergents seront présentés en regard de notre but qui était de comprendre les significations attribuées au cancer du sein et à son dépistage des femmes provenant de groupes ethnoculturels différents et nées hors du Canada.

4.1 Le profil sociodémographique des participantes

Le profil sociodémographique de chacune des participantes est issu des différents outils utilisés par l'étudiante chercheuse afin de réaliser cette étude, soit le génogramme, ainsi que les notes colligées au journal de bord lors de chacun des entretiens.

En premier lieu, il s'avère pertinent de mentionner quelques éléments en regard du portrait global des cinq femmes qui ont pris part à cette étude. Toutes ont été recrutées par le biais d'un centre communautaire de la région de Montréal qui a comme mission de favoriser l'intégration des immigrantes sur le marché du travail tout en brisant leur isolement et qui emploie ces femmes afin de leur apprendre divers métiers. La langue maternelle de trois des cinq femmes interrogées était l'arabe tandis que le français l'était pour les deux autres.

Le tableau 1 présente les renseignements sur le profil sociodémographique des participantes en regard de la problématique étudiée.

Tableau 1

Profil sociodémographique des participantes

Pseudonyme	Âge	Pays d'origine	Nombre d'années au Québec	Statut civil	Maisonnée	Médecin de famille	A reçu la lettre du PQDCS	Nombre de mammographies passées
Klara	57	Afrique du Nord	10-15 ans	Mariée	1 enfant	Oui	Oui	3 au Québec
Gloria	50	Afrique du Nord	Plus de 25 ans	Mariée	4 enfants	Non	Non	Aucune
Monique	51	Océan Indien	0-5 ans	Mariée	2 enfants	Non	Oui	1 dans le pays d'origine
Julia	50	Afrique du Nord	0-5 ans	Mariée	4 enfants	Oui	Non	1 au Québec
Roberta	63	Caraïbes	Plus de 25 ans	Divorcée	2 enfants	Oui	Oui	6 au Québec

Cette section présente un profil plus exhaustif des participantes. Le génogramme de chacune des femmes est présenté à l'appendice G.

Klara, âgée de 57 ans, est née en Afrique du Nord. Dans le milieu des années 1990, elle immigrait au Canada et s'installait dans la région de Montréal. Klara vit avec son mari algérien et leur quatrième enfant dans un immeuble à logements. Dans son pays d'origine, elle exerçait la profession d'enseignante. Aujourd'hui, elle est couturière au centre communautaire sélectionné pour l'étude et fait l'enseignement de ce métier aux nouvelles immigrantes. Ses principales activités se font soit avec sa famille ou au centre communautaire où elle a plusieurs amies. Elle ne souffre pas de problèmes de santé majeurs hormis des épisodes d'arthrite et des antécédents d'hyperthyroïdie. À sa connaissance, il n'y a aucun problème lié au cancer dans sa famille.

Gloria, âgée de 50 ans, est originaire d'Afrique du Nord. Elle est arrivée au Québec il y a plus de 25 ans et s'est installée dans la ville de Montréal où elle vit toujours avec son mari marocain. En terre canadienne, elle a donné naissance à quatre enfants qui vivent toujours avec le couple. Gloria ne travaillait pas alors qu'elle vivait en Afrique du Nord. Elle mentionne qu'il lui arrivait de faire du bénévolat. Depuis son arrivée au pays, elle occupe le métier de couturière au centre communautaire et dit qu'elle s'y plaît bien puisqu'elle a l'occasion de rencontrer beaucoup de femmes de différentes origines culturelles et d'échanger avec elles. Gloria aurait eu une cholécystectomie antérieurement au Maroc et dit n'avoir aucun problème de santé

présentement. Il y a quatre ans, elle a perdu sa sœur cadette, vivant dans son pays d'origine, des suites d'un cancer du sein et ses propos ont laissé entendre que cette épreuve a été très difficile pour elle. En effet, Gloria garde un souvenir douloureux des derniers instants au chevet de sa sœur. Madame pose plusieurs questions durant l'entrevue en disant vouloir connaître la vérité au sujet du cancer du sein.

Âgée de 51 ans, Monique est originaire de l'Océan Indien. Elle est arrivée au Québec avec son conjoint et ses trois enfants en récemment après avoir soigneusement planifié son immigration. Dans son pays, madame travaillait auprès d'enfants présentant des handicaps physiques ou des déficiences intellectuelles. Depuis son arrivée ici, elle a cherché un emploi similaire mais, au moment de l'entrevue, n'a pu en obtenir un. C'est pourquoi elle travaille comme couturière au centre communautaire en attendant de trouver un emploi dans son domaine d'intérêt. Elle partage son temps entre sa famille et l'église de son quartier. Ayant un réseau de pairs très limité, elle socialise en compagnie des femmes qui pratiquent le même métier qu'elle. Monique se dit en très bonne santé et n'a souffert d'aucune maladie jusqu'à présent. Tout au long de l'entrevue, son discours est centré sur ses préoccupations comme nouvelle immigrante (obtenir un visa, trouver un logement, trouver un emploi, intégrer les enfants dans une école).

Arrivée d'Afrique du Nord au Canada au depuis plus de 2 ans, Julia vit dans la région de Montréal avec son mari algérien et ses quatre enfants. Âgée de 50 ans, elle est en bonne santé et n'a jamais souffert de maladies nécessitant un suivi médical. Julia

détient une formation d'éducatrice spécialisée, un métier qu'elle a pratiqué avec passion et enthousiasme pendant plus de 15 ans dans son pays d'origine. Aujourd'hui, elle apprend le métier de couturière dans le centre communautaire de la ville de Montréal. Ses principales activités se déroulent en famille ou avec les femmes qui travaillent avec elle. Elle exprime sa motivation à demeurer en santé et pratique différents sports environ trois fois par semaine.

Roberta, âgée de 63 ans, est originaire des Caraïbes. Elle habite le Québec depuis plus de 25 ans. En sol québécois, elle a eu quatre enfants avec son mari provenant, lui aussi, de l'extérieur du Canada. Roberta a connu un divorce il y a 15 ans et a quitté la ville de Montréal pour aller vivre en banlieue. Après avoir exercé plusieurs métiers dont celui de couturière et de préposée aux bénéficiaires, elle héberge et soigne présentement quatre personnes présentant une déficience intellectuelle. Pour elle, il s'agit d'une véritable passion de s'occuper de ceux qui sont dans le besoin. Hormis un problème d'ulcères d'estomac sporadique, Roberta ne connaît aucun autre problème de santé. Une de ses tantes maternelles a succombé au cancer du sein, ne pouvant bénéficier de soins médicaux en raison de leurs coûts trop élevés.

En résumé, le profil de chaque participante de cette étude permet de faire quelques constats. Nous pouvons observer que Gloria, Monique et Julia se trouvaient nouvellement dans le groupe d'âge ciblé par le PQDCS. Klara, Monique et Roberta reçoivent la lettre du PQDCS qui les invite à passer la mammographie aux deux ans.

Gloria est la seule participante à n'avoir jamais eu de mammographie ici ou ailleurs. Les autres femmes avaient déjà subi cet examen dans le cadre d'un dépistage précoce. Mentionnons aussi que Monique est la seule femme à avoir passé une mammographie de dépistage dans son pays d'origine, et ce, même si cet examen engendrait des frais médicaux qu'elle devait déboursier. C'est également la seule participante à avoir bénéficié d'une campagne publicitaire annuelle au sujet du dépistage dans son pays d'origine. Toutes les femmes ont mentionné avoir déjà entendu parler, parfois très peu, de la mammographie dans leur pays d'origine

Ces profils permettent de constater que chaque participante vit une situation qui lui est propre au regard de son recours au dépistage du cancer du sein comme moyen de dépistage précoce.

4.2 Les thèmes émergents de l'étude

La prochaine section présente les thèmes qui ont émergé de l'analyse de contenu effectuée selon la procédure proposée par Miles et Huberman (2003). Les verbatim ont été analysés pour atteindre le but de notre étude qui était de comprendre quelles sont significations attribuées au cancer du sein et à son dépistage par des femmes provenant de groupes ethnoculturels divers et nées hors du Canada.

Les thèmes émergents sont regroupés en deux axes distincts : la signification du cancer du sein et la signification attribuée au dépistage précoce de ce type de cancer par la mammographie⁴.

De manière générale, les participantes ont laissé entendre que le cancer du sein est une maladie crainte pouvant amener de graves répercussions et dont il faut se méfier. C'est parce qu'elles ressentent une peur face à cette maladie potentiellement mortelle que les femmes décident d'entreprendre des démarches pour passer une mammographie, un examen qui leur permet d'être rassurées et de se savoir en santé.

Le tableau 2 présente les thèmes généraux ainsi que les sous thèmes qui émergent de cette analyse.

⁴ Il est à noter que le sujet de notre étude visait préalablement la notion de dépistage du cancer du sein. Or, l'analyse a permis d'inférer que ce terme ne fait pas partie nécessairement du vocabulaire de toutes les femmes rencontrées. Certaines participantes abordent de manière spontanée la mammographie comme un examen permettant de déceler la présence ou l'absence d'un cancer du sein, mais ignorent totalement ce que signifie « dépistage ». Les résultats de notre étude seront donc présentés en tenant compte de ce constat.

Tableau 2

Significations attribuées au cancer du sein et à son dépistage par des femmes
provenant de groupes ethnoculturels différents et nées hors du Canada

Thèmes généraux	Sous thèmes
Signification du cancer du sein	Une maladie qui fait peur Une maladie pouvant être induite par autosuggestion Une maladie héréditaire dangereuse Une maladie ayant des répercussions psychologiques et physiques Une maladie préoccupante s'il y a présence de symptômes
Signification de la mammographie	Un examen efficace pour connaître l'état de santé des seins Un examen permettant d'être rassurée Un examen qui permet de sauver des vies Un examen plus accessible s'il y a présence d'un médecin de famille ou s'il y a adhésion au PQDCS Un examen publicisé dans les campagnes de sensibilisation et à travers les témoignages de survivantes

Les thèmes et les sous thèmes mentionnés dans le tableau 2 sont décrits dans la prochaine section de ce chapitre et illustrés par des verbatim. Le code qui suit un verbatim, entre parenthèses, permet d'identifier le nom de la participante ainsi que le numéro de la ligne où débute l'extrait de l'entretien choisi. Par exemple, ces éléments entre parenthèses (Julia, 123) indique qu'il s'agit du verbatim débutant à la ligne 123 de la transcription de l'entrevue faite avec madame Julia.

4.3 Signification du cancer du sein

Le sujet du cancer du sein a suscité un sentiment de peur généralisé chez les participantes de cette étude. Cette maladie est crainte non seulement parce qu'elle peut être fatale mais également parce qu'elle pourrait inévitablement venir perturber l'équilibre familial, physique et psychologique de la femme.

Une maladie qui fait peur. Pour toutes les femmes interrogées, l'appréhension du cancer du sein est omniprésente. Cette maladie est crainte pour plusieurs raisons : elle est possiblement fatale et elle revêt un caractère sournois parce qu'elle peut apparaître n'importe quand. Pour les participantes, le cancer du sein fait donc naître un sentiment de peur qui semble affecter la façon dont elles l'interprètent et le perçoivent. Dans un premier temps, les participantes ont exprimé que le cancer du sein est associé à une mort quasi inévitable.

« Ça me paraît que ça va être dur pour la personne qui l'aura... Et je pense toujours à la souffrance surtout pendant que la personne est malade. [...] Présentement ça me paraît qu'il y a une fin pas bonne. » (Klara, 70)

« [...] le cancer et je dis c'est triste ça avoir un cancer comme ça parce que, parce que tu te dis cancer c'est pas, c'est quelque chose qui n'est pas, même pas bien ça coûte la vie de la personne. » (Julia, 138)

« Une maladie fatale... On meurt. Une maladie incurable... (Monique, 82) »

Deux des femmes, ayant un historique familial de cancer, ajoutent que même avec des traitements, la rémission complète n'est pas possible lorsqu'on est atteint de cette forme de cancer.

« Ça veut dire que la vie est finie. (Roberta, 103) Il y a des traitements qui peuvent nous garder en vie pour quelques années mais ce n'est pas, ce n'est pas définitif donc... » (Roberta, 141)

Cette autre participante précise que la peur de cette maladie peut être associée au fait qu'un nombre grandissant de personnes en sont, aujourd'hui, atteintes. De plus, étant donné que sa sœur est décédée du cancer du sein récemment alors qu'elle était sous traitements médicamenteux, elle a des propos, en regard de l'efficacité des traitements, semblent teintés de cette expérience de vie personnelle :

« C'est une maladie grave parce qu'on voit, on en entend beaucoup les gens malades avec le cancer, c'est ça... Ça fait peur. [...] Parce que c'est une maladie, ça ne se guérit pas ! (Gloria, 60) Ben oui, même tu prends le médicament, ça guérit pas. » (Gloria, 66)

D'un autre côté, certaines participantes décrivent le cancer du sein comme une maladie qui peut se manifester sans qu'il y ait eu de signes physiques précurseurs. En ce sens, ce type de cancer est perçu comme sournois, ce qui semble contribuer à perpétuer la peur associée à cette maladie.

« Si on pense bien, le cancer peut être là dans chaque femme, elle ne sait pas parce qu'elle n'a pas de douleur, elle ne ressent rien... » (Monique, 964)

« [...] Tu peux t'attendre à tout, du jour au lendemain tu peux avoir un cancer du sein [même si tu ne sens rien]. » (Julia, 595)

Bien que les femmes aient mentionné que le cancer du sein puisse être décelé précocement par le biais de diverses interventions de dépistage, dont la mammographie, la peur concernant cette maladie demeure tout de même omniprésente. Elle s'exprime de diverses façons pour ces femmes et, notamment, par la peur des résultats de la mammographie ou par la peur de mourir à cause de cette maladie.

« Ils veulent pas, c'est-à-dire ils ont peur si jamais ils font la mammographie et trouvent cette maladie. Vous voyez, donc ils préfèrent de ne pas aller, de ne pas voir. » (Julia, 639)

« Ils ont peur de mourir (rire), c'est ça... C'est la peur de mourir... Quand on nous déclare que on est cancéreux, c'est cette peur-là que les personnes a. » (Roberta, 376)

« Même y en a qui veulent pas même pas aller faire l'examen. Parce qui ont peur que le médecin va dire des nouvelles, ah vous avez le cancer. » (Gloria, 606)

« Peut être, c'est bête, peut être ils ont peur que le médecin leur disent qu'il y a un problème, qu'il a vu quelque chose, c'est bête ... » (Monique, 428)

Suite aux propos rapportés, il semble donc que la peur soit omniprésente dès qu'on aborde la question du cancer du sein. Bien que la crainte de cette maladie soit en partie associée au fait qu'elle soit sournoise, ce qui lui confère un aspect mystérieux, les participantes ont aussi exprimé la crainte que cette maladie apparaisse lorsqu'on y pense trop.

Une maladie pouvant être induite par autosuggestion. La possibilité de contracter soi-même un cancer du sein par le simple fait de toujours y penser est également

évoquée par des participantes. Ce facteur semble également intimement lié au fait que le cancer du sein soit une maladie qui fait peur. Ainsi, certaines des participantes font référence à un concept d'autosuggestion en regard de la possibilité de développer cette maladie. Le fait de toujours penser à ce type de cancer ou le craindre constamment pourrait contribuer à provoquer cette maladie dont l'issue peut être fatale. À ce sujet, voici les propos de deux de ces femmes :

« [...] *Parce que disons que psychologiquement si on pense seulement toujours à cette maladie même si on ne l'a pas et on a peur de ça peut être est-ce que nous l'aurons...* » (Klara, 483)

« [...] *il ne faut pas penser à telle maladie parce que vous allez être une malade imaginaire, vous imaginez, vous nourrissez des maladies dans votre cerveau et puis brusquement vous pouvez faire sans même faire des... vous ne l'avez pas mais vous pensez oui c'est ça que j'ai donc vous allez la faire quand même ... vous allez finir par la faire cette maladie-là.* » (Roberta, 737)

En plus de mentionner que le cancer du sein est perçu comme une maladie qui fait peur, les femmes ont aussi parlé d'une maladie qui avait des conséquences sur plusieurs sphères de leur vie personnelle. Ces répercussions possibles semblent directement en lien avec la signification qu'elles attribuent au cancer du sein et à leurs craintes de recevoir ce diagnostic.

Une maladie héréditaire dangereuse. Les femmes ont tôt fait de mentionner que la présence d'un cancer du sein aurait de sérieuses répercussions sur leur famille. Elles expriment clairement qu'une maladie, aussi grave qu'un cancer, réduirait leur disponibilité pour répondre aux besoins de leurs enfants.

« Étant donné que je suis une maman, je dois tout le temps m'occuper de mes enfants. Je dois tout le temps être en bonne forme pour eux parce que les enfants y savent pas si vous êtes, si vous êtes malade ils ont toujours besoin de vous, vous devez toujours être là pour les écouter. » (Monique, 27)

« Elle ne peut pas s'occuper de ses enfants et les enfants ils ont toujours besoin de leur mère et ... ça fait beaucoup de problèmes quand on est malade. » (Klara, 63)

Elles soulignent aussi leur inquiétude concernant le risque de transmission de cette maladie aux autres générations, incluant leurs filles. Elles se disent soucieuses des conséquences, à long terme, que pourrait infliger cette maladie sur leur entourage.

« Et aussi je commence à dire puisque moi j'ai un cancer du sein je pense par exemple aux autres. Par exemple, j'ai des filles moi, je me dis que peut être ce sera héréditaire. » (Julia, 154)

Les femmes mentionnent aussi que le risque de développer un cancer du sein est étroitement relié à leurs antécédents en matière de santé familiale. Pour cette raison, des femmes ont exprimé qu'elles vivraient davantage d'inquiétude quant à leur santé et à la possibilité de développer cette maladie si elles savaient qu'une femme de leur famille était atteinte de ce cancer. La notion d'hérédité comme facteur de risque a donc été exploitée et révèle qu'un danger guette les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein.

« J'ai vu ça (le cancer du sein), donc y faut que je le fasse (l'examen). Surtout les gens ils disent si dans la famille ça arrive, [...] ça peut toucher d'autres personnes aussi. » (Gloria, 858)

Par ailleurs, bien que l'hérédité semble un facteur reconnu comme pouvant avoir un impact sur la santé, des témoignages incitent à penser que la présence ou l'absence de

cancer du sein dans la famille semble plus ou moins influencer la décision d'avoir recours à un examen de dépistage précoce.

Néanmoins pour cette participante, qui a régulièrement passé des mammographies avant son arrivée au Québec, ses propos laissent entendre qu'elle se soumettrait plus souvent à des examens si le cancer du sein était présent dans sa famille. La perception d'être vulnérable inciterait donc cette dernière à recourir seulement plus rapidement à des examens de dépistage précoces si ce facteur héréditaire était présent. Rappelons que cette femme passe des mammographies régulièrement depuis l'âge de 50 ans.

« Non, non pas vraiment je ne pense pas à cela parce que je sais pas, je ne suis pas à l'abri mais vu que dans ma famille je n'ai (pas) entendu parlé de quelqu'un qui a ou quelqu'une qui a eu un cancer du sein alors je me préoccupe pas trop... (Monique, 271) Je serais allée plus vite, oui, parce que je suis une personne à risque à ce moment là, oui (si une de ses sœurs avait un cancer du sein) » (Monique, 844)

Par contre, pour cette autre femme, le fait que sa tante soit décédée d'un cancer du sein dans les années 70 ne semble pas l'inquiéter quant au risque encouru pour sa propre santé. Elle mentionne ne pas connaître d'autres personnes dans sa famille affectées par cette maladie et, par conséquent, ne croit pas qu'elle pourrait en être atteinte. Cependant, cette participante qui a déjà travaillé dans le domaine de la santé passe systématiquement, à tous les deux ans, une mammographie de dépistage.

« On dit que c'est héréditaire mais je ne pense, je ne pense pas que je vais l'avoir... Parce qu'on dit que c'est héréditaire mais c'est la seule qui (sa tante)... et ça fait depuis... je suis entrée ici en 71, elle est morte en 72. Ça fait des années... J'ai jamais entendu qu'il y a une autre personne de la famille qui fait cette maladie là, ni de loin, ni de près... » (Roberta, 747)

Bien que la notion d'hérédité ait été abordée et que, pour certaines femmes, ce soit un facteur de risque préoccupant, pour d'autres c'est surtout le fait d'être

symptomatique qui importe. En l'absence de symptômes, il est possible de croire qu'il y a aussi absence de cancer. Mentionnons, par contre, que ces propos sont en contradiction avec ceux émis précédemment à l'effet que le cancer du sein puisse être sournois et même présent sans que des symptômes physiques ne le soient.

Une maladie préoccupante s'il y a présence de symptômes. Deux des femmes interrogées affirment qu'étant asymptomatiques, elles disent qu'il est impossible qu'elles soient atteintes d'un cancer du sein éventuellement. Ainsi, la présence de symptômes est perçue comme un signe précurseur, pour ces femmes, les incite à dire que, dans ces conditions, elles consulteraient un médecin plus rapidement car elles seraient alors plus vulnérables et pourraient développer un cancer.

« Présentement, je pense pas trop avoir cette maladie. (Klara, 569) Si j'ai une douleur, ça me clique un peu. Je me dis peut être que j'ai quelque chose, peut-être, s'il y a une douleur. (Klara, 646) »

L'absence de symptômes physiques au niveau de ses seins amène cette même participante à dire qu'elle est plus préoccupée par son problème d'arthrite dû au fait, notamment, qu'elle ressent de la douleur régulièrement.

« Mais par contre si j'ai une douleur, peut être parce que je suis stressée ou je sais pas. Si j'ai une douleur, ça me clique un peu. Je dis : ah, peut être j'ai quelque chose, peut être. S'il y a une douleur. (Klara, 644) Mais mon arthrite je sens des douleurs, je sens dans mes genoux trop de douleur, je le sens. La douleur elle est là, la maladie elle est là...[en disant plus se préoccupée d'autres problèmes de santé] » (Klara, 618)

Pour cette participante qui a accompagné sa sœur décédée d'un cancer du sein, elle dit se sentir à risque de développer cette maladie. En effet, elle présente parfois des

symptômes qui semblent la préoccuper mais confie aussi que, lorsque ceux-ci disparaissent, elle oublie rapidement qu'elle devrait aller passer une mammographie.

« Non, j'ai mal ici, j'ai mal ici [pointant plusieurs parties de ces seins]. Mais je sais pas pourquoi. Quand ça fait mal, je veux aller faire un examen mais après ça, j'ai pas mal donc j'oublie. » (Gloria, 636)

En dernier point, les participantes ont mis l'accent sur le fait que le cancer du sein était aussi une maladie qui pouvait les affecter autant psychologiquement que physiquement. Les conséquences possibles qui peuvent survenir chez les personnes atteintes contribuent également à percevoir ce cancer comme étant une maladie grave qui fait peur.

Une maladie ayant des répercussions psychologiques et physiques. Un autre aspect inféré de l'analyse est le fait que le cancer du sein soit perçu comme une maladie qui a des répercussions sur le plan psychologique. Les femmes s'expriment en termes de dévalorisation, d'atteinte à l'estime personnelle et de risque de dépression s'il y avait présence d'un cancer.

« Je sais pas [ce qui arriverait si elle était atteinte d'un cancer du sein], ça ne sera plus comme avant ! Je ne serai peut être plus active comme avant, ça joue sur le moral, tu penses toujours que tu as un cancer et tout, je... (Julia, 164) Mais ça reste toujours bloqué que j'ai un cancer que, dans mon cas, je ne peux pas vivre plus longtemps vous voyez. » (Julia, 167)

« Pour moi, si une femme a le cancer du sein elle est toute déprimée, elle sait que sa vie est en danger. Et si ça ne soigne pas c'est la mort. (Monique, 88) Donc si une femme a un cancer du sein, elle va se sentir déprimée, quand une femme est déprimée plus rien ne va. » (Monique, 548)

« Je sens que c'est quelque chose qui fait mal parce que la dame va à chaque fois qu'elle se voit va se sentir mal, ça lui fait mal [mal intérieur]... » (Klara, 121)

Le témoignage de ces participantes permet de prendre conscience qu'elles associent ce type de cancer à une possibilité que leur santé mentale soit affectée de différentes façons. La déprime est mentionnée comme une conséquence spécifique du cancer que les femmes rencontrées veulent éviter

En parallèle avec ce dernier point, les femmes ont également mentionné qu'il était possible que résultent des mutilations de leur corps suite aux ravages causés par un cancer du sein.

Les conséquences physiques possibles sur le corps de la femme sont des répercussions qui pourraient être dérangeantes puisqu'elles projettent l'image d'une personne atteinte d'une maladie grave. La perte d'un sein suite à une chirurgie, la mutilation du corps, la honte sont des éléments qui ont été relevés. L'ablation possible des seins et les marques de cicatrices sont également perçues comme une atteinte à la beauté de la femme.

« [...] pour une femme déjà c'est si on lui enlève le sein ... même si on est un peu âgée toujours on sent que quelque chose va nous manquer et quelque chose qui... qu'on est pas... quelque chose qui va manquer à la femme [...] Notre corps change, on sent qu'il y a quelque chose qu'on avait pas et maintenant on a quelque chose de... on sent qu'on était complète et y a quelque chose qui nous manque. Maintenant, y a quelque chose qui reste incorrect dans notre corps. » (Klara, 93)

« Je crois que ce sont les seins qui font la beauté de la femme et c'est pas... Une femme qui n'a pas de seins, qui n'a pas un sein ne sent pas femme vraiment, c'est surtout ça. » (Monique, 657)

Mentionnons que le discours des participantes peut démontrer que la mutilation du corps pourrait être intimement liée aux répercussions possibles sur la santé mentale en affectant leur estime de soi. En effet, le témoignage livré par ces femmes laisse

entrevoir que les changements physiques peuvent être perturbants et qu'ils peuvent les amener à vivre des sentiments difficiles en regard de leur image corporelle. À l'idée de devoir se faire amputer d'un sein, voici ce que cette participante a mentionné :

« On ne se sent plus femme d'après moi. On est gêné de se déshabiller, d'aller nager. » (Monique, 326)

La prochaine section aborde le second thème principal qui a été analysé soit la signification pour le groupe de femmes étudiées de passer une mammographie comme examen de dépistage précoce.

4.4 Signification de la mammographie

L'exploration de ce que signifie pour les femmes l'action de passer une mammographie permet de mieux comprendre le processus décisionnel face à leur recours ou non à des examens qui sont faits dans une optique de dépistage précoce. En faisant référence à la mammographie, les femmes parlent surtout d'un examen fiable pour leur indiquer la présence ou l'absence d'un cancer du sein.

Dans un premier temps, il semble pertinent de mentionner ce que trois des femmes interrogées ont précisé en regard de la notion de dépistage. Ce processus a été identifié comme permettant de déceler rapidement la présence ou l'absence d'un cancer du sein. De plus, le dépistage est associé à la prévention et à recherche des symptômes.

« Un dépistage c'est pour... on peut savoir si on a un début de cancer ... Dépister ça veut dire trouver la maladie, savoir si la maladie elle est là ou non. » (Klara, 187)

« Dépistage, c'est pour voir si vous n'avez pas le cancer, prévenir avant. » (Monique, 116)

«C'est pour essayer de savoir si on ne l'a pas, si on l'a c'est pour qu'on puisse le trouver de bonne heure pour qu'on puisse trouver un traitement. C'est ça... (Roberta, 197) C'est le matin quand on est réveillé c'est de lever les deux bras et puis ... palper les seins, les mamelons pour voir s'il n'y a pas de bosses, si on a pas de douleurs, est-ce que les seins ça changent de grosseurs, est-ce qu'il y a des apparitions de taches, changement de volumes, si y a des apparitions de, des taches qu'on avait jamais vu on doit en parler avec notre médecin... » (Roberta, 201)

Cependant, aucune de ces femmes n'a précisé d'emblée que le dépistage précoce était effectué par le biais de la mammographie lorsqu'elles ont été interrogées. Ce qu'elles comprennent de cette notion semble différer d'une femme à une autre. Par contre, la lecture des entretiens laisse présager que selon ces trois participantes la notion de dépistage était implicitement liée à la mammographie. Elles ont mentionné y avoir recours lorsqu'elles font le dépistage ou qu'elles reçoivent la lettre du PQDCS.

« Ça me rassure, ça veut dire que je me sens plus à l'aise vu que je passe chaque deux ans [en recevant la lettre du PQDCS] je passe ma mammo, mon test. » (Klara, 595)

Cette femme s'exprime sur le fait qu'elle connaît le dépistage par le biais du PQDCS :

« Oui, chaque deux ans [lorsqu'elle reçoit la lettre du PQDCS] je passe mon examen [la mammographie]... » (Roberta, 229)

Ainsi, l'analyse aura permis d'inférer que les femmes font suffisamment confiance au dépistage pour le répéter. En effet, deux femmes lui font confiance parce que le dépistage permet de les tenir au courant de leur état de santé.

« Si je suis malade il faut le savoir. C'est tout, c'est ça que je pense. (Klara, 142) Ça me rassure... Avec ces tests que je fais, je me sens quand même, je suis, je suis, comment expliquer, couverte. » (Klara, 588)

« Moi je crois que toutes les femmes devraient faire le test [dépistage], une fois par an au moins pour savoir, pour être sûre que qu'on voit la maladie au plus tôt. » (Monique, 294)

Toutefois, tel que mentionné précédemment, le concept de dépistage ne faisait pas partie du vocabulaire de toutes les femmes. Ainsi, la notion de « dépistage » ne pouvait pas du tout être définie par deux des participantes à notre étude. La référence à ce concept semblait poser certaines interrogations puisqu'il était inconnu.

« C'est quoi ça ? Je sais pas. Est-ce que c'est grave ?! » (Gloria, 129)

Cette prochaine participante s'exprime sur le fait que de devoir se soumettre à un dépistage est inquiétant puisque cela fait référence à la présence d'un cancer. Ainsi, pour cette femme qui ne sait pas en quoi consiste un dépistage, le fait de devoir s'y soumettre indiquerait la présence d'une maladie redoutable :

« J'ai aucune idée, aucune idée [en quoi consiste le dépistage] ... (Julia, 208) Mais si jamais je sais que j'ai un dépistage je vais aller voir le médecin tout de suite après parce que c'est inquiétant.... » (Julia, 376)

Par contre, cette femme était en mesure de reconnaître que la mammographie permettait de déceler s'il y avait présence d'un cancer du sein.

« Ah bien si je dis pourquoi c'est important, c'est pour ma santé ! Je veux, je veux rester en bonne santé. Je veux pas avoir un cancer du sein ! C'est pour ça, y faut... de temps en temps faire un contrôle [en parlant de la mammographie]! » (Julia, 527)

Ainsi, la mammographie est un examen auquel on se soumet dans le but de connaître l'état de santé des seins, d'être rassurées et qui permet de sauver des vies. Certains facteurs semblent également plus favorables afin d'avoir recours à un examen de dépistage notamment la présence d'un médecin de famille, l'adhésion au PQDCS, les campagnes de sensibilisation et les témoignages de survivantes.

Un examen efficace pour connaître l'état de santé des seins. L'analyse a permis de démontrer un aspect qui semble primordial pour ces femmes au sujet de leur décision d'avoir recours à des examens permettant de déceler la présence d'un cancer du sein. En effet, pour elles, se savoir en santé est essentiel et elles sont prêtes à tout pour éviter un cancer du sein parce qu'elles désirent vivre. Ainsi, la mammographie a été abordée, par ces femmes, comme un moyen efficace pour connaître l'état de santé de leurs seins.

« C'est bon de savoir si on est bien, si ça va bien, si tout va bien [par le biais de la mammographie]. » (Monique, 540)

En ayant une mammographie régulièrement, en plus de son examen annuel chez son médecin de famille, cette femme émet la réflexion suivante :

« Donc si j'ai quelque chose, si la chose est cachée peut-être que le médecin ne la [maladie] voit pas mais au moins je suis au courant de ma santé. » (Roberta, 427)

Cette participante aborde d'emblée la mammographie en parlant d'un examen de contrôle qui permet d'être tenue au courant de sa santé et d'avoir l'esprit tranquille :

« Il faut y aller [passer une mammographie] c'est ça. [Un examen] de contrôle c'est bon ça. Ah oui, c'est pour [être] tranquille [...] » (Gloria, 628)

Mentionnons que, pour une seule des participantes, la douleur vécue lors de la mammographie pourrait représenter une barrière, mais qui est surmontable afin de demeurer informée sur sa santé.

« [...] j'ai pas peur d'aller faire l'examen [la mammographie], c'est juste la douleur que j'aime pas quand on fait l'examen. [...] c'est mieux que je sache qu'est-ce que j'ai au lieu que je ne [sache] pas. J'irais faire quand même [la mammographie]... » (Roberta, 385)

Un autre constat permet de bien cerner que les femmes expriment leur désir d'être informées sur leur état de santé. Lors de la tenue des entrevues, nous avons exploré la notion d'exposition du corps à une personne étrangère pouvant être de sexe féminin ou masculin. Bien qu'à Montréal, dans le cadre du PQDCS, aucune mammographie ne soit effectuée par un homme, toutes les participantes ont affirmé qu'elles accepteraient de passer cet examen même si c'était un technicien de sexe masculin qui ferait passer ce test. Ce résultat incite à penser que, pour ces femmes, connaître leur état de santé prime sur certaines barrières culturelles ou religieuses.

« Si c'est possible [de passer la mammographie] avec une femme, je préfère mais si [il] y a personne comme vous dites si [il] y a seulement des hommes [pour faire passer la mammographie] ... on peut pas rester avec la maladie à cause de ça. » (Klara, 236)

« [...] ça change rien [que l'examen soit effectué par un homme] du moment que ça joue pour ma santé. » (Monique, 792)

« Ah ça me dérange pas ! Moi je ne vais pas, pas aller au camp nudiste, mais si je dois me mettre toute nue pour, parce que je suis malade ça me dérange pas. Que ce soit un homme ou une femme j'ai pas aucune distinction. Non ça ne me dérange pas ! » (Roberta, 268)

C'est dans cette même optique que les femmes semblent prendre au sérieux les examens qui permettent de déceler de façon précoce le cancer puisqu'elles mentionnent vouloir connaître leur état de santé. Le recours à la mammographie (ou au dépistage pour certaines) peut donc être interprété comme un moyen efficace d'être informée rapidement de la présence d'une maladie potentiellement létale.

Cette participante ajoute à ce sujet que le dépistage est le seul moyen qui permet aux femmes de se savoir en santé ou pas :

« Qu'est-ce qu'on peut faire nous, si on ne fait pas le dépistage, on ne peut pas savoir, on ne peut pas... C'est ça qui est la solution, moi je pense [de faire le dépistage]. C'est important, très important pour moi. » (Klara, 652)

De prime abord, la mammographie est donc effectuée afin de se savoir en santé et non atteinte d'un cancer du sein. La démarche que les femmes entreprennent afin d'y avoir recours est également effectuée afin de se rassurer face à une maladie potentiellement létale.

Un examen qui permet d'être rassurée. Dans le même ordre d'idées, les femmes participantes ont mentionné que le recours à un examen tel que la mammographie leur permettait d'être rassurées sur leur état de santé. Les démarches effectuées afin de passer l'examen régulièrement semblent démontrer que la mammographie leur permet d'avoir un certain contrôle sur la gestion de leur santé et que cela est rassurant pour elles.

À travers ces propos, cette femme mentionne avoir un certain contrôle en décidant de passer une mammographie et dit aussi se sentir sous la responsabilité des professionnels de la santé en ayant un suivi via le PQDCS à tous les deux ans.

« [...] je passe ma mammographie chaque deux ans comme ça je suis rassurée. Ok, tout est sous contrôle pour le moment. (Klara, 618) C'est important, ça rassure, on est sous contrôle. » (Klara, 653)

Cette participante s'exprime au sujet de savoir ce que lui rapporte de se soumettre à une mammographie en guise de dépistage régulièrement :

« De savoir moi que je ne suis pas malade. Et si je l'ai fait une fois, je le [le dépistage] ferai chaque fois quand on me dit de le faire comme ça je vais être rassurée. » (Monique, 503)

Pour cette femme, le recours à la mammographie permet d'avoir le contrôle sur une maladie pouvant apparaître n'importe quand, ce qui semble la rassurer :

« Alors j'ai dit pourquoi pas il faut faire une mammographie comme ça je serai tranquille. On ne sait jamais, on ne sait jamais [quand la maladie pourrait apparaître] ... » (Julia, 424)

Mentionnons que cette dernière participante dit n'avoir toujours pas reçu la lettre d'invitation envoyée dans le cadre du PQDCS. Par contre, elle dit avoir été sensibilisée à passer une mammographie parce qu'elle entendait plusieurs choses au sujet du cancer du sein dans les publicités québécoises. Elle raconte avoir sollicité son médecin de famille, et ce, afin d'obtenir une prescription pour passer l'examen parce qu'elle le jugeait nécessaire pour sa santé. Cette participante affirme que la mammographie lui permet de s'assurer que tout va bien dans un contexte où le cancer du sein ne peut pas toujours être décelé par un médecin lors de l'examen physique.

« J'ai dit pourquoi pas, je vais faire la mammographie et j'ai été voir le médecin, il m'a donné la lettre et j'ai été faire la mammographie. C'est juste pour voir si, si tout va bien. Parce que personne ne sait qu'est-ce qu'on a, qu'est-ce qu'on n'a pas [si des examens approfondis ne sont pas faits]» (Julia, 227)

Le recours à la mammographie semble également se perpétuer à travers les années, pour ces femmes, parce qu'elles reconnaissent que cet examen peut sauver des vies en pouvant détecter des cancers du sein prématurément.

Un examen qui permet de sauver des vies. La confiance envers le dépistage est également attribuable au fait que certaines reconnaissent que cette méthode permet de déceler précocement des signes de cancer qui pourront faire l'objet de traitements plus

rapides et possiblement plus efficaces pour contrer la maladie. Ultimement, le dépistage est perçu comme un moyen pour sauver des vies si la maladie est diagnostiquée rapidement.

« C'est sérieux quand on le fait de bonne heure pour prévenir, c'est mieux de prévenir au lieu de guérir. (Roberta, 355) Donc c'est mieux qu'ils fassent, qu'ils font ce dépistage là, qu'on trouve le bobo de bonne heure pour qu'on sache quoi faire au lieu que la personne s'empire sans consulter un médecin, sans faire de dépistage... (Roberta, 457) Et puis le dépistage aussi, ça peut prévenir la maladie, puis si on l'a et on fait un traitement de bonne heure on peut sauver des vies... » (Roberta, 873)

« J'ai entendu dire que si y a une boule de chair, si on n'a pas le dépistage, qu'on n'a pas fait de soigner à temps que ça peut progresser... (Monique, 88) Si on voit la maladie à temps, ça peut se soigner. » (Monique, 192)

« Mais si elle [la maladie] débute si elle est au début ça veut dire ça se guérit plus vite, plus facilement, c'est ça que je pense. » (Klara, 194)

En plus de reconnaître l'efficacité de la mammographie afin de permettre un diagnostic précoce de la maladie, certains facteurs contribuent également à influencer la décision que prennent les femmes d'avoir recours à des examens de dépistage précoce, et ce, malgré l'absence de symptômes physiques apparents.

Un examen plus accessible s'il y a présence d'un médecin de famille ou s'il y a adhésion au PQDCS. En premier lieu, il semble que le discours médical constitue pour ces femmes un point de repère et elles s'y réfèrent. La présence d'un médecin de famille permettrait également de percevoir la mammographie comme étant un moyen efficace de dépistage précoce. Certaines des femmes suivent les indications du médecin pour aller passer une mammographie après l'âge de 50 ans alors que d'autres le consultent

afin d'obtenir une prescription avant même d'avoir été invitées par le PQDCS à participer à ce programme.

« C'est juste quand il [le médecin de famille] a fait l'examen général, il m'a demandé est-ce que j'ai fait la mammo, j'ai dit non. Il m'a dit il faut la faire. » (Klara, 723)

Puisque cette participante n'avait pas reçu la lettre d'invitation du PQDCS, elle s'est référée à son médecin pour obtenir une prescription :

« [...] je vais faire la mammographie et j'ai été voir le médecin, il m'a donné la lettre et j'ai été faire la mammographie. » (Julia, 225)

La présence d'un médecin de famille permet à ces femmes d'entreprendre des actions concrètes (passer une mammographie, pratiquer l'auto-examen des seins, passer l'examen clinique des seins) visant spécifiquement le dépistage du cancer du sein. Le désir de vouloir se maintenir en bonne santé se traduit aussi, pour certaines, par des actions plus spécifiques démontrant une forme de responsabilité individuelle à l'égard de leur propre santé. Leurs discours tendent à démontrer qu'elles reconnaissent avoir le devoir de s'occuper de leur santé afin de la préserver le plus longtemps possible.

« Il faut que je reste en bonne santé pour vivre, je prends soin de moi-même... » (Julia, 77)

Cette femme explique qu'à chaque année, elle va passer des examens chez divers spécialistes (médecin de famille, gynécologue, radiologiste) afin de se savoir en bonne santé :

« Au moins chaque année je vais pour faire mon bilan de santé et je vais voir mon gynécologue, chaque six mois je vais voir mon gynécologue, ou chaque année. Je passe mon bilan de sang, des tests sanguins chaque année. Je passe mon examen pour mes intestins pour mon estomac parce que je souffre d'ulcères d'estomac je passe tous les tests chaque année... » (Roberta, 422)

Les actions entreprises afin de faire ce que le médecin recommande sont également évoquées comme moyens de se maintenir en santé.

« Je préfère que la personne suive ce que les médecin disent, ceux qui savent qu'est-ce qu'il faut faire, on le suit, on exagère pas, mais il ne faut pas laisser comme ça sans rien faire, c'est pas bon [ne jamais consulter de médecin pour s'assurer d'être en santé]. » (Klara, 518)

En parlant de la campagne publicitaire visant le dépistage du cancer du sein, une femme exprime sa responsabilité de s'occuper de sa santé en allant consulter son médecin de famille :

« Vous voyez alors là c'est [la publicité] fait surtout pour la femme donc c'est pour ça que j'ai décidé de voir un médecin, j'ai dit pour enlever des doutes. » (Julia, 438)

L'adhésion au PQDCS est également un moyen pour les femmes d'obtenir de l'information au sujet du dépistage du cancer du sein ainsi que de s'assurer d'avoir un suivi régulier à chaque deux ans. La réception de la lettre qui rappelle aux femmes de passer une mammographie est également une stratégie adéquate afin de les rejoindre et les sensibiliser.

« [...] j'ai commencé à chaque fois qu'ils m'envoient la lettre, je passe. » (Klara, 161)

« Ce programme là c'est très bien pour essayer d'encourager ceux qui sont peureuses pour qu'ils puissent aller passer le dépistage tous les 2 ans quand tu reçois la lettre. » (Roberta, 1156)

Un examen publicisé dans les campagnes de sensibilisation et à travers les témoignages de survivantes. L'information sur le cancer du sein est un moyen qui semble avoir un impact positif sur le recours à la mammographie lorsque les femmes

sont âgées de 50 ans ou plus. En effet, la diffusion de publicités relatives au PQDCS soulignant la nécessité de faire une mammographie a retenu l'attention des participantes. Elles reçoivent de l'information par les médias et plusieurs publicités. Les femmes participantes ont d'ailleurs mentionné que le sujet était plus abordé au Québec que dans leur pays d'origine respectif.

Pour ces participantes qui, avant leur arrivée au Québec, n'avaient jamais passé de mammographie, la publicité abondante diffusée dans notre province permet de leur fournir certains renseignements sur la maladie.

« On en parlait plus... Parce que je pense, je ne sais pas, peut être que j'entendais moins parler de la maladie de cancer des seins en Algérie. » (Klara, 393)

« J'ai appris ça ici, par la... la radio quand on parle de ça, à la télévision quand on parle de ça et les revues quand je lis des revues [...] » (Roberta, 214)

Pour cette autre femme, c'est la diffusion des diverses campagnes publicitaires qui a retenu son attention.

« Je l'ai déjà fait ici quand je suis venue au Canada parce que quand j'ai entendu parler du cancer parce que je regarde la télé, les publicités et tout, le cancer du sein, etc. » (Julia, 225)

La publicité pouvant avoir été diffusée dans le pays d'origine des femmes nouvellement immigrantes⁵ de cette étude s'est avérée être un facteur pouvant avoir des répercussions positives sur la façon dont ces femmes perçoivent le dépistage du cancer

⁵ Le thème nouvelles immigrantes est relatif et dépend de plusieurs facteurs. Dans le cadre de cette étude, nous avons catégorisé les femmes étant au pays depuis cinq ou moins comme étant de nouvelles immigrantes. Selon O'Malley, Kerner, Johnson et Mandelblatt (1999), il y a un processus qui dure environ cinq ans afin de nouveaux immigrants s'intègrent bien à leur nouvel environnement. Ce temps permet de bien s'intégrer à la culture, aux valeurs et aux croyances du pays.

du sein et décident d'y recourir en arrivant dans un nouveau pays. Les propos de ces participantes démontrent que la mammographie est un examen qui était connu avant leur arrivée au Québec mais qui leur était difficilement accessible étant donné les coûts élevés qui y étaient associés. Ainsi, les femmes sont arrivées en terre québécoise en ayant déjà entendu parler de la mammographie mais en ayant peu d'information complémentaire sur cet examen ou sur le cancer du sein.

« Il parlait comme ça en général à la radio, à la télé qu'il faut suivre, qu'il faut faire... Mais moi j'ai pas vraiment suivi ... Comment ça marchait, je ne sais pas exactement. » (Klara, 381)

« C'est rare là-bas. Ils [les gens en Algérie] entendent pas beaucoup parler de cancers là-bas, non. Mais y en a, mais... Y[ils] vont pas chez le médecin, y [ils] font pas... parce que pour aller chez le médecin ça coûte cher, c'est le problème là. » (Gloria, 190)

« On entend parfois... ils disent telle personne elle a un cancer ou... Une fois de temps en temps tu entends telle personne vous voyez. Mais souvent on n'entend pas ça dans mon pays. (Julia, 288) On parle pas beaucoup vous voyez ou il y a pas de publicités quand on est dans notre pays, à la télé tu vois. » (Julia, 305)

Une femme seulement relate clairement qu'elle avait accès à de l'information dans son pays et que celle-ci était donnée annuellement au sujet du dépistage du cancer du sein. De plus, c'est cette même personne qui, ayant immigrée en 2007 au Québec, semble se référer beaucoup aux connaissances acquises dans son pays d'origine pour préciser ses raisons d'avoir recours la mammographie.

« Ah ben ça [le dépistage] commence à les intéresser dans mon pays parce que y a beaucoup de campagnes, y a des centres pour les femmes. Ils comprennent, elles comprennent très bien. (Monique, 256) [...] on venait souvent faire des causeries sur le cancer du sein. (Monique, 680) [...] quand il y avait la campagne pour aller faire le dépistage, y avait beaucoup de femmes qui allaient. » (Monique, 1066)

L'information reçue par cette dernière dans son pays d'origine au sujet du dépistage du cancer du sein peut influencer son choix de décider de continuer à passer une mammographie en terre québécoise. En effet, bien que cette participante n'ait pas encore adhéré au PQDCS, elle sait pourquoi il faut faire la mammographie puisque ce sujet lui était familier avant son arrivée ici. De plus, les raisons justifiant qu'elle n'ait pas encore passé de mammographie pourraient être qu'elle ignore comment participer au dépistage. Elle affirme aussi ne pas s'être informée de la procédure pour passer une mammographie et avoir d'autres préoccupations pour le moment.

« Parce qu'étant donné que j'ai changé de pays et que j'ai pris beaucoup de temps pour intégrer mes enfants dans leur école, [...] je voulais travailler, je ne voulais pas rester à la maison à ne rien faire. Je n'ai pas eu beaucoup de temps pour penser à cela [aller passer sa mammographie, se trouver un médecin de famille]... » (Monique, 1041)

La présence de femmes survivantes de ce type de cancer dans les campagnes publicitaires semble exercer une influence positive sur la décision des femmes d'avoir recours à la mammographie. L'information transmise semble être mieux assimilée puisque les femmes se réfèrent à cette femme en guise d'exemple. Elles ont mentionné se sentir davantage sensibilisées à avoir recours à la mammographie lorsqu'il y a présence de personnes qui témoignent de leurs expériences en lien avec le cancer du sein dans les publicités. L'impact semble aussi présent si une femme de l'entourage parle de son expérience face au cancer du sein et de la nécessité de passer la mammographie.

« Ça me touche plus, plus quand on voit comment dire, un exemple, comme quand on voit une personne devant nous qui, qui nous parle... C'est la première [femme], en réalité c'est la première qui m'a raconté direct ce qui lui est arrivé et c'est ça, ça me touche... » (Klara, 448)

Pour cette femme, les messages publicitaires qui montrent des témoignages sur la maladie peuvent susciter la peur parce qu'ils rappellent qu'elle n'est pas à l'abri de ce cancer :

« [...] ça peut me faire peur parce que si [il] y a beaucoup de gens alentours qui ont le cancer peut-être que je fais partie de ce groupe là ... » (Monique, 926)

L'échantillon de femmes participant à cette étude a permis de faire le constat que, pour elles, ces messages publicitaires les incitaient à avoir recours à la mammographie. Il est pertinent de noter, à ce sujet, que deux des femmes n'ayant pas passé de mammographie au Québec sont celles n'ayant pas de médecin de famille et n'ayant pas reçu ou utilisé la lettre d'invitation du PQDCS (bien que Monique ait reçu sa lettre, comme elle l'a égarée, elle ne sait pas comment avoir accès au service autrement).

L'analyse qui a été effectuée nous permet de mieux comprendre la signification que les femmes attribuent au cancer du sein et à son dépistage. Les propos émis par les participantes révèlent que la maladie fait peur pour plusieurs raisons mais notamment parce qu'elle a un caractère sournois, peut amener des conséquences physiques et psychologiques et qu'elle peut être mortelle. Le dépistage précoce fait par le biais de la mammographie est un moyen utilisé afin que les femmes se sentent rassurées face à leur état de santé. Elles nous parlent d'un examen qui permet de sauver des vies. Ainsi, de

par les réflexions qu'elles nous ont partagées, il semble que ces femmes aient recours à la mammographie parce qu'elles veulent être informées de leur santé et surtout parce que cet examen permet de déceler précocement une maladie grave qui, si diagnostiquée, pourra être rapidement prise en charge afin de minimiser les conséquences susceptibles de survenir.

CHAPITRE V

La discussion

La première section de ce chapitre présente une discussion, en lien avec les thèmes exposés précédemment. Par la suite, les considérations théoriques et méthodologiques pertinentes à la présente étude sont discutées. Finalement, la dernière partie aborde une réflexion au sujet des implications de cette étude et des recommandations en regard de la pratique, de la formation et de la recherche en sciences infirmières.

Discussion en lien avec les thèmes généraux

On se rappelle que des significations différentes ont été dégagées lors de l'analyse des résultats. En effet, les participantes ont partagé leurs significations du cancer du sein pour ensuite s'exprimer au sujet de la mammographie.

Signification du cancer du sein

Une maladie qui fait peur. Le niveau de fatalisme associé au cancer a été étudiés à plusieurs reprises par différents auteurs (Farmer et al., 2007 ; Lamyain et al., 2007 ; Phillips et al., 1999 ; Straughan, & Seow, 1998 ; Watts et al., 2004). En général, ces derniers concluent que les femmes plus âgées, vivant dans un contexte de pauvreté, moins scolarisées, ayant des antécédents familiaux en matière de cancer ont tendance à moins recourir aux diverses méthodes visant la prévention de la maladie et perçoivent le cancer avec plus de fatalisme. Cette clientèle possède généralement peu d'information sur le cancer et entretient de fausses croyances à ce sujet. Notre étude a pu démontrer que, même si cette notion de fatalisme semble bien présente, les femmes avaient tout de

même recours à la mammographie. On peut penser que leurs décisions reposent sur le fait qu'elles se sont renseignées au sujet de la mammographie, qu'elles font confiance aux examens et qu'elles ont un médecin de famille. Il est concevable que ces facteurs atténuent l'attitude fataliste face au cancer en laissant percevoir qu'il est possible de le déceler à temps, de le traiter et d'éviter ainsi une mort éventuelle causée par cette maladie. Dans notre échantillon, la seule participante qui n'a jamais passé de mammographie peut possiblement agir de la sorte à cause de l'expérience qu'elle a vécue récemment suite à la mort tragique de sa sœur. Notre réflexion provient du fait que cette dernière mentionne que, malgré la médication et les traitements, cette maladie terrible finit par tuer les femmes. L'événement traumatique qu'elle a vécu en lien avec le cancer et le décès de sa sœur est une avenue qui pourrait être explorée afin de mieux documenter cette hypothèse.

Les participantes ont donc exprimé leur peur précisément face à ce type de cancer. La maladie est toujours perçue comme menaçante et l'efficacité des traitements reste à démontrer. En ce sens, la peur peut naître de la conscience qu'elles ont des conséquences possibles des traitements dans leur vie quotidienne dont celle de devoir subir des traitements invasifs provoquant de nombreux effets secondaires désagréables ainsi que de la possibilité que leur vie soit écourtée (Han, Williams, & Harrison, 2000 ; Saillant, 1988). Les résultats de notre étude démontrent que la plus grande peur est celle liée à l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein puisque la mort serait possible.

Une maladie pouvant être induite par autosuggestion. Un autre concept a été également inféré du discours des femmes au sujet de l'appréhension de la maladie : le concept d'autosuggestion en regard de cette maladie. Les propos des femmes sont axés sur le fait que trop penser à la possibilité de développer un cancer puisse être néfaste au point de provoquer l'apparition de cette maladie si elle occupe trop l'esprit. Ce phénomène ne semble pas unique à notre étude. En effet, cet aspect est relaté dans la plupart des écrits traitants du cancer en général et des perceptions de cette pathologie. Ainsi, il semble que, pour certaines femmes, il serait préférable de taire les pensées à ce sujet pour éviter des répercussions négatives sur leur santé ou sur leur vie en général (Saillant, 1988 ; Watts et al., 2004 ; Wu, & Brancroft, 2006). Ce que révèle notre analyse est le fait que les femmes disent qu'elles doivent être conscientes que la maladie existe et qu'elle est grave, mais qu'elles ne doivent pas être paralysées par la peur quotidienne d'être atteintes de cancer. Il ne faut pas toujours penser au malheur qui pourrait arriver.

Une maladie héréditaire dangereuse. Le cancer du sein amène les femmes rencontrées à craindre pour leurs filles et les femmes de leur famille. Les participantes ont exprimé que l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein les amènerait à craindre pour la santé de leurs filles puisque cette maladie est héréditaire. La crainte que ses propres filles développent un cancer du sein est un aspect qui ne semble pas avoir été analysé dans d'autres études entourant le cancer du sein. Les répercussions possibles pour les enfants ont aussi été soulevées par nos participantes puisque les femmes

affirment que la maladie ne serait pas compatible avec leur rôle de mère. Le fait de penser qu'elles pourraient être moins présentes pour leurs enfants, si elles avaient un cancer du sein, les préoccupe beaucoup. Ceci a été démontré à travers d'autres études qui ont ciblé que le cancer du sein affectait les rôles sociaux de la femme comme ceux d'épouse et de mère (Birenbaum, Yancey, Phillips, Chand, & Huster, 1999 ; Shands, Lewis, & Zahlis, 2000).

Chez les participantes de notre étude, le risque de développer un cancer du sein était associé à leurs antécédents familiaux respectifs. Ainsi, la plupart d'entre elles mentionnent ne pas vivre d'inquiétude face à des antécédents héréditaires puisqu'il n'y avait pas d'histoires de cancer du sein dans leur famille. Cette réflexion est soulevée par Wu et Brancroft (2006) qui ont observé que les femmes se réfèrent à leurs antécédents familiaux pour évaluer leur risque de souffrir d'une maladie et décider de se soumettre à des examens en guise de prévention. Mentionnons que, malgré le décès de sa sœur suite à un cancer du sein, Gloria ne se présente pas aux examens recommandés en prétextant un manque de disponibilité en termes de temps, ce qui va à l'encontre des résultats obtenus par l'étude de Wu et Brancroft (2006). Par ailleurs, bien que trois des femmes de notre échantillon aient mentionné qu'il n'y avait pas d'histoires de cancer du sein dans leur famille, elles ont recours à la mammographie de façon régulière afin de mieux connaître leur état de santé.

Une préoccupation s'il y a présence de symptômes. Pour les participantes à notre étude, le risque d'avoir un cancer du sein a également été attribué à la présence de

symptômes. Selon elles, les symptômes sont des signes tangibles de l'apparition de la maladie. Dans les écrits en lien avec notre préoccupation de recherche, la notion de risque est très présente et peut être interprétée sous différentes formes. Ainsi les conclusions en regard de la notion de risque de l'étude de Wu et Brancroft (2006) rejoignent ce que nous avons observé à l'effet que la présence de symptômes soit un incitatif au recours à la mammographie. Sans cette perception d'une anomalie à l'intérieur de leur corps, les femmes ne font pas de démarches pour identifier précisément la présence d'un cancer.

Selon la recension des écrits de Facione et Katapodi (2000), les recherches behavioristes, dont l'objectif était d'étudier le lien entre la présence de symptômes et la perception du risque de la maladie qui y est associée, ont conclu que le sentiment d'invulnérabilité face au cancer du sein peut expliquer le non recours au dépistage ou la nécessité d'être symptomatique pour entreprendre des démarches pour passer une mammographie. D'autres études soulignent que l'origine ethnique influence la perception du risque puisque le cancer du sein est catégorisé comme une maladie reliée à la race blanche (Ham, 2006 ; Kock et al., 2006). Finalement, les résultats obtenus en regard de la notion de risque peuvent démontrer qu'il y a des lacunes en ce qui a trait aux connaissances au sujet du cancer du sein. À ce sujet, les études de Kim, Pérez-Stable, Wong, Gregorich, Samaya, Walsh et Kaplan (2008) ainsi que de Vahabi et Gastaldo (2003) entérinent le fait que la diffusion d'information par le médecin de famille, les différents médias et les campagnes de promotion peuvent aider à resituer les

croyances en regard du cancer du sein et à mieux comprendre la notion de risque et les comportements préventifs visés.

Une maladie ayant des répercussions psychologiques et physiques. Les femmes de notre étude ont exprimé leur crainte que l'apparition d'un cancer du sein puisse affecter leur équilibre psychologique. Elles mentionnent l'atteinte à leur estime personnelle, une déprime possible et un mal intérieur susceptibles d'affecter plusieurs sphères de leur vie personnelle. Les travaux menés par Burstein, Gelber, Guadagnoli et Weeks (1999), Aimont, Libens, Carly, Pastijn, Swimberg, Rozenberg et al. (1998), Ford, Fallowfield et Lewis (1996) ainsi que par Maguire (1994) soulignent l'impact psychologique du cancer du sein qui est très particulier puisqu'il réfère à une double origine symbolique. Il est lié à l'image du cancer, la maladie redoutable par excellence, et à l'image du sein associée à la féminité, la sexualité et la maternité. Ces recherches révèlent également que la tristesse, les symptômes dépressifs et l'anxiété sont fréquemment liés au cancer du sein. Ces symptômes sont rapportés, selon les études, chez 23 à 44 % de la clientèle atteinte de cancer du sein. Les propos de nos participantes à ce sujet témoignent de leur crainte des conséquences psychologiques de la maladie, ce que d'autres études confirment (Aimont et al., 1998 ; Maguire, 1994).

Les conséquences physiques possibles d'un cancer du sein ont été soulignées par les participantes qui les perçoivent, d'emblée, comme pouvant affecter leur beauté. Les changements physiques susceptibles d'apparaître en lien avec cette maladie ont été associés à un rappel constant d'une maladie mortelle. Certaines études font le parallèle

avec ce que nos participantes ont soulevé à ce sujet. Cette préoccupation de la beauté a été rapportée, entre autres, dans les études d'Ogden et Lindridge (2008) ainsi que de Kearney (2006), qui mentionnent que les seins sont associés à la beauté féminine. En plus, ces auteurs précisent que les conséquences physiques pouvant être liées au cancer du sein ne sont pas souhaitées parce que la société d'aujourd'hui projette des standards de beauté très élevés pour les femmes. La possibilité de devoir subir une mastectomie est relatée comme pouvant avoir des conséquences sur la santé psychologique de la femme, sur leur estime personnel et leur sentiment de féminité.

La prochaine section discutera des résultats obtenus en regard du second thème principal soit la signification associée à la mammographie.

Signification de la mammographie

D'entrée de jeu, nous avons pu analyser que la notion de dépistage n'avait pas la même signification pour toutes les participantes à notre étude. Celles pour qui le dépistage précoce permet de déceler l'apparition du cancer du sein à un stade peu avancé, affirment avoir confiance en ce procédé qui leur permet d'être informées de leur santé. Cependant, pour deux autres femmes la notion de dépistage n'était pas connue. Toutefois, ces dernières savaient que la mammographie était l'examen permettant de vérifier, au fil des années, s'il y avait ou non apparition d'un cancer du sein. Mentionnons que certaines études, dont celles menées par Kearney (2006), Wu et Brancroft (2006), Lee-Lin et Menou (2005), Tu, Yasui, Kuniyuki, Schwartz, Jackson, Hislop et al. (2003), Raja-Jones (1999) et enfin Rajaram et Rashidi (1998), concluent

que le manque de connaissance peut susciter des interrogations et de l'inquiétude quant à la nécessité de faire un dépistage pour une maladie asymptomatique. Cependant, malgré le fait qu'elles ne savent pas ce que signifie le terme « dépistage », les deux femmes interrogées connaissent la mammographie et l'une d'entre elles y a même recours régulièrement.

Ainsi, la connaissance ou non du concept de dépistage aurait peu ou pas de répercussions négatives sur le recours à la mammographie. D'ailleurs, le PQDCS met plutôt l'accent sur la nécessité de faire une mammographie de dépistage et non de se soumettre à un processus de dépistage. Les interrogations face au dépistage seraient-elles simplement reliées au fait que certaines femmes ignorent ce que ce concept signifie? Notre étude démontre que les femmes ont recours à la mammographie même si elles ne savent pas exactement en quoi consiste un dépistage précoce c'est-à-dire qu'elles ne définissent pas la notion de dépistage telle que proposée par la communauté scientifique.

Un examen efficace pour connaître l'état de santé des seins. L'analyse des résultats indique que les femmes de cette étude considèrent que la mammographie est un examen permettant d'être informées au sujet de leur santé. C'est surtout pour cette raison qu'elles décident d'y avoir recours. Comme le mentionnent certains auteurs, une maladie reconnue comme étant potentiellement létale peut inciter les gens à recourir à divers examens afin de la déceler (Donnelly, 2006 ; Gany et al., 2006 ; Russell et al., 2006). Ces auteurs évoquent notamment la peur de mourir, l'inconnu face à la maladie

et face à ses stades de développement de même que la perception de la maladie comme étant des incitatifs au recours au dépistage. Ces mêmes idées ont été exprimées chez nos participantes tout au long des entretiens. Elles relatent que la santé est un état espéré et voulu, que le cancer fait peur, qu'elles désirent vivre et éviter la mort.

Puisqu'elles désirent être informées au sujet de leur santé, les participantes ont exprimé être même en accord pour qu'un professionnel de la santé de sexe masculin fasse l'examen. Ce résultat contredit les études sur le sujet. En effet, diverses études ont plutôt établi que la nécessité de devoir exposer son corps à une personne étrangère de sexe masculin pouvait constituer une barrière au recours à la mammographie (Box, 1998 ; Donnelly, 2006 ; Gany et al., 2006 ; Kwok et al., 2006 ; Watts, Merrelle, Murphy, & Williams, 2004). En fait, les auteurs mentionnent que les femmes ressentent de la gêne, de l'embarras et qu'elles ne sont vraiment pas à l'aise d'exposer leur corps à un homme surtout lorsqu'elles sont asymptomatiques. Peut-on penser que ce résultat peut être lié à un biais de désirabilité compte tenu du fait qu'au Québec aucun homme ne fait passer de mammographie dans le cadre du PQDCS ? Ce constat est tout de même intéressant dans la mesure où les participantes laissent entendre que l'important pour elles est le résultat de l'examen et le fait de se savoir en santé.

Un examen qui permet d'être rassurée. Les participantes ont mentionné qu'elles avaient recours aux examens, d'abord et avant tout, pour être rassurées. Le recours à la mammographie leur permet également d'exercer un certain contrôle sur la gestion de leur état de santé. Certaines femmes se sentent même personnellement responsables d'y

recourir. Cette façon d'exercer un contrôle a été explorée par Kearney (2006) ainsi que par Miller et Champion (1997). Selon ces auteurs, les examens permettent aux individus d'être rassurés sur leur état de santé actuel et, en leur absence, l'incertitude ou le doute peut toujours être présent.

Cette notion de contrôle et de responsabilité individuelle fait également référence au concept d'*empowerment*. Eisen (1994) définit ce concept comme étant l'opportunité, pour une personne, d'accroître ses habiletés en ce qui a trait à son estime personnelle, à sa confiance, à son initiative et à sa perception de contrôle. D'autres aspects font également référence à l'*empowerment* dont les notions de sentiments de compétences personnelles (Zimmerman, 1990), de prise de conscience (Kieffer, 1984) et de motivation à l'action sociale (Anderson, 1991 ; Rappoport, Hess, & Swift, 1984). Ce concept fait également référence à la promotion de la santé (Vissandjée et al., 1998) en ce sens qu'un des objectifs de l'*empowerment* est de rendre une personne ou un groupe d'individus capables d'analyser leur situation, d'identifier des problèmes possibles de santé et d'entreprendre des démarches afin de les résoudre (Eisen, 1994). Ainsi, étant donné que les femmes semblent exercer un certain contrôle sur leur état de santé par le recours à la mammographie, elles font référence à des éléments du concept d'*empowerment*. Ce constat est en lien avec le désir qu'elles expriment de tout faire pour prévenir un cancer du sein. Il s'agit d'une attitude leur permettant d'adopter les stratégies appropriées pour exercer le meilleur contrôle possible en identifiant des solutions pour résoudre les problèmes rencontrés.

Un examen qui permet de sauver des vies. La confiance des femmes envers la mammographie repose, en partie, sur le fait que le dépistage pourrait les protéger contre la mort. Selon certains auteurs, la confiance envers le dépistage semble associée aux connaissances acquises au sujet de la mammographie qui permet de déceler des cancers du sein à un stade très peu avancé (Farmer, Reddick, D'Agostino, & Jackson, 2007 ; Kearney, 2006). Il semble que les femmes qui reconnaissent la nécessité de passer une mammographie dans un optique de dépistage précoce soient plus enclines à se soumettre à cet examen et à y faire confiance. Cependant, certains auteurs rapportent qu'un doute persiste, chez certaines cohortes de femmes, quant à la sensibilité de la mammographie pour déceler la réelle présence d'un cancer (Canales, & Geller, 2004 ; Watts et al., 2004). Les participantes aux diverses études citées affirment, en fait, demeurer incertaines face aux résultats d'une mammographie et précisent qu'elles craignent que cet examen ne puisse, occasionnellement, déceler la présence d'un cancer du sein. Or, cette possibilité d'avoir des résultats qui ne sont pas concluants n'a pas été soulevée par les participantes à notre étude. Nos participantes semblent plutôt persuadées que la mammographie leur fournit de l'information juste au sujet de la santé de leurs seins et c'est pour cette raison qu'elles poursuivent les examens au fil des années. De plus, ces dernières conçoivent que la mammographie permet de déceler un cancer du sein de très petite taille et ainsi permettre de faire des traitements rapidement ce qui contribue à sauver des vies.

Un examen plus accessible s'il y a présence d'un médecin de famille ou s'il y a adhésion au PQDCS. La référence d'un médecin de famille et l'adhésion au PQDCS ont également été des éléments abordés par les participantes à notre étude. Selon plusieurs auteurs (Coyne, Hohman, & Levinson, 1992 ; Herman, Speroff, & Cebul, 1995; Kearney, 2006 ; Lee et al., 2006), le recours à la mammographie peut être influencé par les recommandations d'un médecin de famille qui fait office d'autorité médicale influente. Les résultats de notre étude vont en ce sens. En effet, les participantes ayant un médecin de famille s'y réfèrent et ont tendance à suivre ses recommandations dont, notamment, le recours à la mammographie après l'âge de 50 ans. De plus à ce sujet, Straughan et Seow (1998) soulignent que la référence à un médecin de famille favoriserait une vision moins fataliste envers le cancer du sein et le recours plus fréquent à la mammographie. Selon eux, la relation de confiance pouvant se développer entre un médecin de famille et sa patiente, favorise l'intégration de connaissances scientifiques, l'opportunité de poser des questions et d'exprimer sa peur ce qui contribue à une vision moins fataliste.

Par ailleurs, certains aspects sont uniques au PQDCS dont la réception d'une lettre d'invitation afin de recruter les femmes. Bien que les participantes à notre étude aient mentionné que cette manière de les rejoindre était efficace, certains auteurs se sont interrogés à savoir si cette manière de procéder provoquait de l'anxiété en éveillant, par exemple, un passé douloureux ou une histoire personnelle négative avec le corps, la maladie ou le personnel médical (Bouthiller, 2002). Ce phénomène n'a pas été observé chez nos participantes. Néanmoins, l'adhésion à un programme de dépistage a

également été vécue comme un élément rassurant pour celles-ci puisqu'elles savaient qu'elles auraient un suivi à tous les deux ans. Cette notion de confiance, en lien avec l'adhésion à un programme de prévention, est également corroborée par l'étude de Hall, Wimberly, Hall, Pfriemer, Hubbard, Stacy et al. (2005).

Un examen publicisé dans les campagnes de sensibilisation et à travers les témoignages de survivantes. Selon les participantes, la publicité concernant la nécessité d'avoir recours à la mammographie après la cinquantaine est un incitatif à adhérer au PQDCS. Tel que précisé dans les études de Farmer et al. (2007) ainsi que de Steven, Fitch, Dhaliwal, Kirk-Gardner, Seavean, Jamieson et al. (2004), la publicité permettant de rejoindre les femmes favorise le recours aux examens de dépistage. Les auteurs relatent en effet que le taux de participation à un programme visant le dépistage du cancer est plus élevé dans les régions qui publicisent l'information au sujet de la mammographie que dans les régions où il y en a peu. Selon notre analyse, la publicité a influencé la décision de certaines femmes de passer une mammographie. Selon Richardson, Marks, Solis, Collins, Birba et Hisserich (1987), les femmes apprennent davantage sur la mammographie par des messages télévisés que par l'information fournie par leur médecin. De plus, Larose et Goudet (1996) sont d'avis que, pour rejoindre les femmes âgées entre 50 et 69 ans, l'information à leur transmettre doit rallier le rationnel (transmettre de l'information sur le cancer du sein) à l'émotif (la diffusion de discours sensibles par des survivantes). Une des participantes à notre étude

a d'ailleurs mentionné que les témoignages au sujet de la nécessité de passer une mammographie avaient eu de l'influence sur sa décision d'y recourir.

La publicité vue par les femmes dans leur pays d'origine semble aussi avoir des répercussions sur le recours à la mammographie de dépistage. Nous avons constaté que les nouvelles immigrantes, Monique et Julia, avaient déjà entendu parler de la mammographie avant leur arrivée au Québec. Bien qu'elle connaisse cet examen, Julia était peu informée de la nécessité de passer une mammographie dans son pays d'origine puisque aucune promotion n'avait été faite à ce sujet. Elle s'y est davantage intéressée depuis son arrivée à Montréal. Ce constat va à l'encontre des données obtenues par Gravel, Battaglini, Riberdy et Guay (2000) ainsi que par Vissandjée et al. (1998). Selon ces auteurs, des personnes ne se soumettraient pas à des activités de dépistage dans leur nouveau pays d'accueil si ces activités n'avaient pas été publicisées dans leur pays d'origine. De son côté, Monique a connu le dépistage par le biais de campagnes publicitaires prônant le recours à la mammographie dans son pays d'origine. Cependant, même si elle a connu une campagne publicitaire et reconnaît qu'elle a un devoir de passer une mammographie régulièrement, son arrivée récente au pays l'amène à devoir régler divers problèmes qu'elle juge plus importants pour elle que de se soumettre à un dépistage du cancer du sein.

En somme, les résultats obtenus peuvent être majoritairement associés à des recherches ayant pour but d'étudier certains éléments relatifs au sujet du cancer du sein chez diverses populations. Notre étude a, cependant, soulevé de nouveaux éléments de réponses en regard du dépistage du cancer du sein chez une population provenant de

divers milieux ethnoculturels et s'étant établie au Québec. Mentionnons notamment la présence d'attitudes qui découlent de l'*empowerment*, la préoccupation que cette maladie affecte les générations futures dont ses propres filles ou le désir de passer une mammographie pour de nouvelles immigrantes qui n'ont pas été sensibilisées à ce processus avant leur arrivée ici.

La prochaine section présente les considérations théoriques et méthodologiques pertinentes à cette étude.

Les considérations théoriques et méthodologiques

Les considérations théoriques

Les considérations théoriques qui découlent de cette étude sont en lien avec l'approche théorique de Massé (1995) qui a servi de toile de fond.

Premièrement, c'est en s'inspirant de cette approche que l'étudiante chercheuse a construit son canevas d'entretien semi-dirigé. Ce dernier lui a servi de guide lors des entretiens et l'a incitée à constamment adopter une attitude qui favorisait une compréhension de ce que vivaient les femmes par rapport à sa préoccupation de recherche.

La notion de culture, qui est à la base des décisions prises par les individus afin d'adhérer à un programme de prévention, caractérise cette approche. Lors de l'analyse des résultats, nous avons constaté que les diverses perceptions culturelles des femmes participantes étaient exprimées à travers leurs propos sur le cancer, la maladie et la

santé. Un autre aspect associé à l'approche de Massé (1995) est la notion de rationalité en lien avec les décisions prises en regard de la prévention d'une maladie. Toutes les participantes de l'étude ont démontré qu'elles faisaient preuve d'une certaine rationalité dans leurs démarches pour avoir recours à la mammographie en regard de l'information disponible à ce sujet. Les significations qu'elles attribuaient à la mammographie et au cancer du sein permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel elles entreprennent des démarches afin de confirmer qu'elles sont en santé.

Cette étude nous a permis de constater qu'il semblait ne pas avoir de différences notables en regard du parcours migratoire de ces femmes et leur recours à la mammographie dans le cadre d'un dépistage précoce. Les participantes ont eu recours à la mammographie, depuis leur arrivée au Québec, parce qu'elles perçoivent des bénéfices à le faire. Elles percevaient, possiblement, une certaine crainte du cancer du sein et elles voulaient être informées au sujet de leur santé. Ce constat incite à penser que les significations que nous avons dégagées auraient pu être possiblement similaires chez des Québécoises d'origine qui reçoivent les mêmes informations au sujet du dépistage que nos participantes.

Les considérations méthodologiques

L'approche méthodologique privilégiée présente certes des avantages, mais également certaines limites. Premièrement, nos critères de sélection ne ciblaient pas une clientèle spécifique en regard du nombre d'années depuis leur arrivée au Québec. Or, il s'avère que le processus d'acculturation, qui peut exister lors d'une immigration, aurait

pu être une information permettant de faire des liens avec certaines des données obtenues en regard du recours ou non à la mammographie. Selon O'Malley, Kerner, Johnson et Mandelblatt (1999), il y a un processus qui dure environ cinq ans afin que de nouveaux immigrants s'intègrent bien à leur nouvel environnement, c'est-à-dire qu'ils adoptent des comportements leur permettant de fonctionner dans la société d'accueil. Il semble donc qu'en ayant des critères de sélection définis autrement cette notion aurait pu être exploitée davantage. Le fait d'avoir interrogé des femmes vivant au Canada, dont une depuis plus de 25 ans, peut avoir influencé grandement les données. Cependant, l'analyse rigoureuse et constante qui a été faite tout au long du processus de collecte des données a permis de se rendre compte que, pour notre échantillon spécifiquement, les données obtenues n'étaient pas sujettes à interprétation en regard de ce facteur.

Quant à notre processus de recrutement des participantes, certaines lacunes ont été ciblées. En effet, les refus obtenus étaient surtout liés à la barrière de langue et au sujet qualifié de « délicat » par les femmes. Les propos de ces femmes au sujet du dépistage du cancer du sein auraient certainement pu bonifier les résultats obtenus et permettre de comprendre davantage le phénomène à l'étude.

De plus, le fait que l'ensemble des participantes ait été recruté au même centre communautaire constitue un facteur à prendre en considération. Les femmes se côtoient, elles évoluent dans le même environnement de travail et elles forment une petite communauté, ce qui peut avoir créé certains biais lors des entrevues. D'ailleurs, l'étudiante chercheuse a remarqué, à travers les propos des participantes, que ces

dernières parlaient des expériences de l'une et de l'autre au sujet du recours à la mammographie. Ainsi, il y a lieu de croire que certaines d'entre elles avaient possiblement discuté du sujet de l'étude entre la tenue des entrevues ce qui peut avoir influencé les réponses qu'elles ont données. Afin de pallier à cette limite, il y a lieu de croire que notre échantillon aurait eu avantage à être plus grand tout comme le recours à plus d'un milieu de recrutement aurait aussi été bénéfique. Cependant, malgré ce facteur dont nous devons tenir compte, l'analyse des entretiens ne semble pas receler de contradictions notables à ce sujet.

Enfin, nous croyons que les critères de scientificité, préalablement déterminés, ont été respectés. L'étudiante chercheuse a eu de nombreuses discussions avec ses directrices de recherche et sa codirectrice afin de s'assurer que la validité interne de ces données correspondait au monde vécu des participantes. La révision rigoureuse de l'analyse a également permis de s'assurer que la fidélité des résultats obtenus était respectée. Les réflexions de l'étudiante chercheuse au sujet des biais qu'elle aurait pu induire au moment de la collecte des données ainsi que la prise en compte des informations contradictoires fournies par les participantes auront permis de s'assurer d'une bonne validité externe. Finalement, l'ensemble des données peut être retracé, sur des enregistrements audio ou sur les retranscriptions intégrales des entretiens, ce qui contribue à assurer le potentiel confirmatif de cette étude.

La prochaine section discutera des limites et des forces de l'étude en lien avec les données obtenues ainsi que des diverses réflexions posées par l'étudiante chercheuse.

Les limites de l'étude

Cette étude n'a probablement pas permis d'obtenir une saturation des données en regard du sujet qui était exploré. Pour respecter les échéances universitaires d'un programme de maîtrise, seules cinq participantes ont été rencontrées en entretien. Le nombre limité de participantes et le fait qu'elles provenaient toutes du même milieu communautaire rendent peut être plus difficiles la transférabilité des résultats obtenus dans un contexte d'étude différent de celui présenté.

L'influence de l'étudiante chercheuse sur l'élaboration des réponses des participantes peut aussi avoir contribué à créer certains biais. On peut penser que certaines des questions ont pu, à l'occasion, suggérer des réponses ou du moins les influencer. Nous croyons toutefois que ce biais a pu être contrôlé par l'entremise de notre analyse puisque, constamment, nous avons validé nos résultats en référant, par exemple, aux verbatim des femmes pour appuyer chacun des thèmes et sous thèmes de notre proposition. Tout ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étudiante chercheuse en était à ses débuts dans le domaine de la recherche qualitative.

Les forces de l'étude

La principale force de cette étude est qu'elle s'inscrit dans les premières recherches québécoises ayant octroyé l'opportunité, à des femmes provenant de divers milieux ethnoculturels, d'exprimer leurs significations sur le cancer du sein et son dépistage. Plus précisément, cette recherche a permis de rendre compte que, pour nos participantes, la signification de la mammographie semblait directement relier à la

signification négative qu'elles ont du cancer du sein et de ses conséquences possibles. Bien que plusieurs auteurs aient mentionné la possibilité que cette clientèle soit plus réticente au recours à la mammographie en regard de leurs origines culturelles, nos résultats démontrent que plusieurs facteurs contribuent à donner une signification particulière au dépistage du cancer du sein, ce qui peut influencer la décision des femmes d'avoir recours à la mammographie régulièrement. De plus, cette étude aura permis de constater que le PQDCS permet de sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein et que ce programme semble permettre à ces dernières d'avoir accès aux ressources nécessaires pour passer une mammographie. Cette étude permet également de rendre compte du plus valu, pour les professionnels de la santé, de bien explorer les diverses significations qui influencent les femmes à avoir recours ou non à la mammographie dans le cadre d'un dépistage précoce.

Plusieurs des forces qui sont relevées dans cette étude sont en lien avec les implications pour la pratique infirmière, la formation ainsi que la recherche dans ce domaine. Les dernières sections de ce chapitre abordent ces avenues.

Implications pour la pratique infirmière

Le cancer du sein est largement dominé par des sentiments de peur, de crainte et des attitudes fatalistes. Cela nous permet de croire en la nécessité de continuer de divulguer une information pertinente, adaptée et qui tient compte des significations attribuées par la population au sujet du cancer. De plus, nous avons retenu que l'usage de certains thèmes, dont celui de dépistage, pouvait mener à des interrogations quant à y

avoir recours lorsque cette notion n'est pas connue. Ainsi, l'emploi d'un vocabulaire accessible, porteur de sens pour la population et qui évite un message de peur pourrait être fort utile. Baliser l'information reçue, corriger les fausses croyances au sujet du cancer, valider les informations connues et la compréhension de la notion de dépistage sont également des interventions à prioriser.

Dans le même ordre d'idées, les propos émis par les femmes soulignent que les aptitudes professionnelles des divers intervenants de la santé sont continuellement à parfaire. Afin d'optimiser l'établissement d'un lien de confiance avec cette clientèle, il importe d'adopter une attitude empreinte d'écoute, de respect et d'acceptation inconditionnelle.

Finalement, il semble que la recherche des significations attribuées par des femmes en regard du cancer du sein, du dépistage et des thèmes connexes s'avère un travail essentiel afin de comprendre comment elles interprètent, vivent et se sentent face à la prévention de ce type de cancer. Les interventions qui découleront de ces constats seront plus appropriées, plus spécifiques, plus personnelles et plus cohérentes avec la personne puisqu'elles tiendront compte de sa réalité multidimensionnelle qui prend en compte la notion de culture.

Implications pour la formation

Le cancer est d'actualité et a été catalogué par le monde médical comme une maladie qui marquera le 21^e siècle puisque le nombre de femmes qui reçoivent ce diagnostic ne cesse de croître, notamment en raison du plus grand nombre de dépistages

effectués annuellement. Dans cette optique, il s'avère que plusieurs personnes s'intéressent au vaste domaine de l'oncologie. La nécessité d'outiller les infirmières qui travaillent en prévention du cancer du sein a été soutenue par les résultats de cette étude. L'exploration des croyances en lien avec le cancer pourrait permettre aux intervenants de parvenir à des plans d'action plus spécifiques et favorisant l'intégration de la notion de culture. Nous croyons aussi que les particularités, attribuables à des clientèles d'origine ethnoculturelle spécifiques, doivent être considérées et étudiées surtout dans un contexte de travail en milieu montréalais. À cet égard, nous sommes d'avis que l'approche théorique proposée par Massé (1995) est grandement utile puisqu'elle permet de mettre en perspective la notion de culture et de savoir.

Implications pour la recherche

Bien que notre étude ait pu documenter les significations du cancer du sein et de son dépistage attribuées par des femmes provenant de divers milieux ethnoculturels, il n'en demeure pas moins que, pour parvenir à une meilleure compréhension de ce phénomène, d'autres recherches dans cette perspective sont à souhaiter. En effet, cette étude ciblait uniquement une clientèle née hors du Canada. Or, il serait pertinent de pouvoir faire la comparaison entre ce type de population et des Québécoises d'origine afin de corroborer les principaux résultats obtenus. Dans la même optique, le phénomène à l'étude serait plus explicite si plusieurs femmes n'ayant pas recours à la mammographie avaient pris part à cette étude. Enfin, la documentation en regard du sujet de notre étude pourrait être plus complète si la dimension émotive de la femme en

regard de l'expérience personnelle face à la mammographie, de l'attente des résultats ou l'obtention d'un « faux positif » avait été exploitée.

Conclusion

La présente étude avait pour but de comprendre les significations du cancer du sein et de son dépistage attribuées par des femmes provenant de divers milieux ethnoculturels et nées hors du Canada.

À travers leurs propos, les femmes ont affirmé que leur recours à la mammographie initiait un désir profond de vouloir connaître leur état de santé. La décision qu'elles prennent de se soumettre à cet examen leur permet d'être rassurées sur leur état de santé actuel.

Les participantes ont également mentionné que diverses sources d'information semblaient favoriser davantage leur recours à la mammographie en guise de dépistage. En effet, malgré le fait que certaines n'avaient jamais vu de campagnes publicitaires au sujet du PQDCS avant leur arrivée au Québec, elles ont dit que les différents moyens utilisés afin de les rejoindre les avaient intéressées et amenées à avoir recours à la mammographie.

Par le biais de leurs propos, les femmes ont parlé du cancer du sein en termes de fatalité. Cependant, contrairement aux études recensées sur notre sujet, les participantes ne s'empêchent pas, même si la maladie est crainte, d'entreprendre des démarches pour passer une mammographie de dépistage. Puisque cette maladie laisse place à des

sentiments de peur, de vulnérabilité, nos participantes ont bien exprimé qu'elles souhaitaient savoir si un cancer du sein débutait.

Les femmes de cette étude se souciaient des répercussions possibles pour leurs filles et leur famille s'il y avait une confirmation d'un diagnostic de cancer du sein. Il semble que ce facteur favorise aussi le recours à la mammographie.

Bien que les femmes proviennent de milieux ethnoculturels différents, l'aspect culturel inhérent à leur identité ne semble pas affecter systématiquement leur décision à avoir recours ou non à des moyens de prévention pour cette maladie potentiellement mortelle. D'autres facteurs semblent avoir une influence, notamment la présence d'un médecin de famille ou les campagnes de sensibilisation.

Malgré les limites et les biais de cette étude, nous avons constaté que, pour les cinq femmes de cet échantillon, les significations attribuées en regard du cancer du sein et de son dépistage reposent sur leur désir de vouloir connaître leur état de santé et d'éviter cette maladie mortelle qui pourrait avoir des répercussions sur leur famille. Le paradigme socioconstructiviste dans lequel cette étude s'est inscrite a permis d'optimiser notre compréhension face à la problématique initiale et a contribué à la recherche de significations découlant de l'expérience vécue de nos participantes.

Finalement, les résultats obtenus rappellent la nécessité, pour les professionnels de la santé qui oeuvrent auprès de femmes provenant de partout à travers le monde, de s'attarder aux significations qu'elles attribuent à des sujets relatifs à la santé. Ainsi, les interventions qui en découleront seront mieux adaptées à la réalité de la personne.

Références

- Aimont, M., Liebens, F., Carly, B., Pastijn, S., Swimberg, S., Rozenberg, S., et al. (1998). *Assessment of psychological consequences of breast cancer : the sooner the better, in proceedings*. Communication présentée au 10^e International Congress of Senology, Porto.
- Anderson, G. (2007). Breast cancer screening for Korean women must consider traditional risks as well as two genetic risk factors: Genetic polymorphisms and inheritable gene mutation. *Cancer Nursing*, 30(3), 213-222.
- Anderson, J.M. (1991). Immigrant women speak of chronic illness: The social construction of the devalued self. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 710-717.
- Bernier, L., Bujold, R. & Choinière, R. (1998). Les inégalités sociales de la santé : rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Birenbaum, L.K., Yancey, D.Z., Phillips, D.S., Chand, N., & Huster, G. (1999). School-age children's and adolescents' adjustment when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1639-1645.
- Bouchard, L., Baron, G., & Roy, J. (2007). *Croyances et opinions d'une population québécoise asymptomatique à propos de la santé, du cancer et d'un programme éventuel de dépistage du cancer colorectal. Rapport de recherche*. Montréal: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Box, V. (1998). Cervical screening: The knowledge and opinions of black and minority ethnic women and of health advocates in East London. *Health Education Journal*, 57(1), 3-15.
- Bouthillier, L. (2002). *Dépistage du cancer du sein et femmes des communautés ethnoculturelles: Une revue de littérature*. Montréal: Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.
- Burack, R.C., & Liang, J. (1989). The acceptance and completion of mammography by older black women. *American Journal of Public Health*, 79(6), 721-726.
- Burstein, H.J, Gelber, S., Guadagnoli, E., & Weeks, J.C. (1999). Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 340(22), 1733-1739.

- Canales, M.K., & Geller, B.M. (2004). Moving in between mammography: screening decisions of American Indian women in Vermont. *Qualitative Health Research, 14*(6), 836-857.
- Choudhry, U.K., Srivastava, R., & Fitch, M.I. (1998). Breast cancer detection practices of south Asian women : Knowledge, attitudes, and beliefs. *Oncology Nursing Forum, 25*(10), 1693-1701.
- Coyne, C.A., Hohman, K., & Levinson, A. (1992). Reaching special populations with breast and cervical public education. *Journal of Cancer Education, 7*(4), 293-303.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2^e éd.). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative, guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Donnelly, T.T. (2006). The health-care practices of Vietnamese-Canadian women : Cultural influences on breast and cervical cancer screening. *Canadian Journal of Nursing Research, 38*(1), 82-101.
- Echeverria, S.E., & Carrasquillo, O. (2006). The roles of citizenship status, acculturation, and health insurance in breast and cervical cancer screening among immigrant women. *Medical Care, 44*(8), 788-792.
- Eisen, A. (1994). Survey of neighbourhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly, 21*(2), 235-252.
- Facione, N. C., & Katapodi, M. (2000). Culture as an influence on breast cancer screening and early detection. *Seminars in Oncology Nursing, 16*(3), 238-247.
- Farmer, D., Reddick, B., D'Agostino, R., & Jackson, S.A. (2007). Psychosocial correlates of mammography screening in older African American women. *Oncology Nursing Forum, 34*(1), 117-123.
- Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science & Medicine, 42*(11), 1511-1519.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal: Décarie Éditeur.
- Fry, C. (1999). *Anthropological theories of age and aging*. Dans V.L Bengtson, & K.W. Schaie, K.W. (Éds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 271-286). New York, NY: Springer Publishing .

- Gany, F.M., Herrera, A.P., Avallone, M., & Changrani, J. (2006). Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer : A focus group approach. *Ethnicity and Health, 11*(1), 19-39.
- Gendron, S. (2007). *Séminaire de recherche, SOI 6141*. Document inédit, Université de Montréal.
- Gotzsche, P.C., & Nielsen, M. (2006). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD001877.
- Gravel, S., Battaglini, A., Riberdy, H., & Guay, D. (2000). *Culture, santé et ethnicité: Vers une santé publique pluraliste*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (1^e éd., pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hahn, R.A. (1995). *Sickness and healing: An anthropological perspective*. New Haven: Yale University Press.
- Hall, C.P., Wimberly, P.D., Hall, J.D., Pfriemer, J.T., Hubbard, E.M., Stacy, A.S., et al. (2005). Teaching breast cancer screening to African American women in the Arkansas Mississippi river delta. *Oncology Nursing Forum, 32*(4), 857-863.
- Hallouche, K. (2007). *Bilan du PQDCS à Montréal 2006*. Communication présentée à la 3^e journée d'étude annuelle du PQDCS, Montréal, Canada.
- Ham, O.K. (2006). Factors affecting mammography behavior and intention among Korean women. *Oncology Nursing Forum, 33*(1), 113-119.
- Han, Y., Williams, R.D., & Harrison, R.A. (2000). Breast cancer screening knowledge, attitudes, and practices among Korean American women. *Oncology Nursing Forum, 27*(10), 1585-1591.
- Herman, C.J., Speroff, T., & Cebul, R.D. (1995). Improving compliance with breast cancer screening in older women: Results of randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 155*(7), 717-722.
- Hsieh, H.F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288.

- Institut de la statistique du Québec. (2007). *Profil des régions et des MRC – Statistiques*. Québec: Gouvernement du Québec. Récupéré le 15 octobre 2007 sur le site: <http://www.stat.gouv.qc.ca/> .
- Junod, A.F., & Soumaille, S. (2002). *La prévention: Un enjeu personnel ou collectif ? Actes du Forum Louis-Jeantet*. Genève: Fondation Louis-Jeantet de médecine, Éd. Georg Médecine et hygiène.
- Katapodi, M.C., Facione, N.C., Miaskowski, C., Dodd, M.J., & Waters, C. (2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncology Nursing Forum*, 29(5), 845-852.
- Kearney, A.J. (2006). Increasing our understanding of breast self-examination: Women talk about cancer, the health care system, and being women. *Qualitative Health Research*, 16(6), 802-820.
- Kérouac, S., Ducharme, F., Major, F., & Pépin, J. (2003). *La pensée infirmière* (2^e éd.). Montréal: Beauchemin.
- Kieffer, C.H. (1984). Citizen empowerment : A developmental perspectives. Dans J. Rappaport, & R. Hess (Éds.) *Studies in empowerment : Steps toward understanding and action*. New York: The Haworth Press.
- Kim, S.E., Pérez-Stable, E.J., Wong, S., Gregorich, S., Sawaya, G.F., Walsh, J.M., et al. (2008). Association between cancer risk perception and screening behavior among diverse women. *Archives of Internal Medicine*, 168(7), 728-734.
- Kwok, C., Sullivan, G., & Cant, R. (2006). The role of culture in breast health practices among Chinese-Australian women. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 268-276.
- Lamyian, M., Hydarnia, A., Ahmadi, F., Faghihzadeh, S., & Aguilar-Vafaie, M.E. (2007). Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: Qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(5), 1160-1169.
- Larose, B., & Goudet, B. (1996). La prévention: Entre rationalité scientifique et imaginaire. Dans M. Cros, *Les maux de l'Autre, la maladie comme objet anthropologique* (pp. 95-111). Paris : L'Hermattan.
- LeBreton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié.

- Lee, E.E., Fogg, L.F., & Sadler, G.R. (2006). Factors of breast cancer screening among Korean immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health, 8*(3), 223-233.
- Lee-Lin, F., & Menon, U. (2005). Breast and cervical cancer screening practices and interventions among Chinese, Japanese, and Vietnamese Americans. *Oncology Nursing Forum, 32*(5), 995-1003.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 1*(1), 92-100.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maguire, P. (1994). ABC of breast diseases. Psychological aspects. *British Medical Journal, 309*(6969), 1649-1652.
- Martiniello, M. (1995). *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*. Paris: PUF, coll. Que sais-je ? (no 2997).
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Meana, M., Bunston, T., George, U., Wells, L., & Rosser, W. (2001). Influences on breast cancer screening behaviors in Tamil immigrant women 50 years old and over. *Ethnicity & Health, 6*(3-4), 179-188.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (M.H. Rispal, trad., 2^e éd.). Paris: De Boeck Université.
- Miller, A.M., & Champion, V.L. (1997). Attitudes about breast cancer and mammography: Racial, income, and educational differences. *Women & Health, 26*(1), 41-63.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2007). Fichier des tumeurs du Québec. *Statistiques*. Récupéré le 4 novembre 2007 sur le site : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>
- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Northouse, L.L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., et al. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20(19), 4050-4064.
- Ogden, J. & Lindridge, L. (2008). The impact of breast scarring on perceptions of attractiveness. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 303-310.
- O'Malley, A.S., Kerner, J., Johnson, A.E., & Mandelblatt, J. (1999). Acculturation and breast cancer screening among Hispanic women in New York City. *American Journal of Public Health*, 89(2), 219-227.
- Parse, R.R. (2002). Transforming healthcare with a unitary view of human. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 46-50.
- Phillips, J.M., Cohen, M.Z., & Moses, G. (1999). Breast cancer screening and African women: Fear, fatalism and silence. *Oncology Nursing Forum*, 26(3), 561-571.
- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social & Science Medicine*, 40(6), 789-797.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Poutignat, P., & Streiff-Fénart, J. (1995). *Théorie de l'ethnicité*. Paris: PUF.
- Raja-Jones, H. (1999). Breast screening and ethnic minority women: A literature review. *British Journal of Nursing*, 8(19), 1284-1288.
- Rajaram, S.S., & Rashidi, A. (1998). Minority women and breast cancer screening: The role of cultural explanatory models. *Preventive Medicine*, 27(5 Pt.1), 757-764.
- Rappaport, J., Hess, R., & Swift, C. (Éds.). (1984). *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. New York: The Haworth Press.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique. (1998). *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population: Les inégalités sociales de la santé*. Montréal: la Direction.
- Richardson, J.I., Marks, G., Solis, J.M., Collins, L.M., Birba, L., & Hisserich, J.C. (1987). Frequency and adequacy of breast cancer screening among elderly Hispanic women. *Preventive Medicine*, 16(6), 761-774.

- Robertson, N.L. (1994). Breast cancer screening in older black women. *Cancer*, 74(7 Suppl.), 2034-2041.
- Russell, K.M., Perkins, S.M., Zollinger, T.W., & Champion, V.L. (2006). Sociocultural context of mammography screening use. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 105-112.
- Saillant, F. (1988). *Cancer et culture: Produire le sens de la maladie*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Savoie-Zacj, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données* (3^e éd., pp.263-285). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Shands, M.E., Lewis, F.M., & Zahlis, E.H. (2000). Mother and child interactions about the mother's breast cancer: an interview study. *Oncology Nursing Forum*, 27(1), 77-85.
- Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada. (2007). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*. Toronto: la Société.
- Statistique Canada. (2007). Recensement de la population en 2006. Récupéré le 25 octobre 2007 sur le site: <http://www12.statcan.ca/francais/census/index.cfm>.
- Steven, D., Fitch, M., Dhaliwal, H., Kirk-Gardner, R., Sevean, P., Jamieson, J., et al. (2004). Knowledge, attitudes, beliefs, and practices regarding breast and cervical cancer screening in selected ethnocultural groups in Northwestern Ontario. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 305-311.
- Straughan, P.T., & Seow, A. (1998). Fatalism reconceptualized: A concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 3(2), 85-100.
- Thorn, K. (2007). *Perceptions de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer du soutien provenant de leur réseau social formel et informel dans les périodes précédant et suivant le diagnostic*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Tu, S.P., Yasui, Y., Kuniyuki, A.A., Schwartz, S.M., Jackson, J.C., Hislop, T.G., et al. (2003). Mammography screening among Chinese-American women. *Cancer*, 97(5), 1293-1302.
- Vahabi, M., & Gastaldo, D. (2003). Rational choice(s) ? Rethinking decision-making on breast cancer risk and screening mammography. *Nursing Inquiry*, 10(4), 245-256.

- Van der Maren, J-M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e éd.). Bruxelles: Éditions De Boeck Université.
- Vissandjée, B., Carignan, P., & Bourdeau-Marchand, M. (1999). Les nouvelles immigrantes et la santé. *The Canadian Nurse/ L'infirmière canadienne*, 95(4),35-41.
- Vissandjée, B., Carignan, P., Gravel, S., & Leduc, N. (1998). Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 46(2), 124-133.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness : A practice of transpersonal Nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12-19.
- Watts, T., Merrell, J., Murphy, F., & Williams, A. (2004). Breast health information needs of women from minority ethnic groups. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5), 526-535.
- Weerasinghe, S., & Mitchell, T. (2007). Connection between the meaning of health and interaction with health professionals: Caring for immigrant women. *Health Care for Women International*, 28(4), 309-328.
- Welch, H.G. (2005). *Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Wright, L. M., & Leahy, M. (2001). *L'infirmière et la famille: Guide d'évaluation et d'intervention* (2^e éd.). St-Laurent: ERPI.
- Wu, T.Y., & Brancroft, J. (2006). Filipino American women's perceptions and experiences with breast cancer screening. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), E71-E78.
- Yu, M.Y., Wu, T.Y., & Mood, D.W. (2005). Cultural affiliation and mammography screening of Chinese women in an urban county of Michigan. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(2), 107-116.
- Zapka, J.G., & Lemon, S.C. (2004). Interventions for patients, providers, and health care organizations. *Cancer*, 101(5 Suppl.), 1165-1187.
- Zimmerman, M.A. (1990). Taking aim on empowerment research: on the distinction between individual and psychological concepts. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 169-177.

Appendice A

Le certificat d'éthique

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ
(CÉRSS)**

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : Perceptions d'une population de femmes immigrantes nées hors Québec à propos du dépistage du cancer du sein.

Sous la direction de : Madame Louise Bouchard

Nom de l'étudiante : Madame Caroline Provencher

Dans le cadre d'une procédure accélérée, un comité restreint composé de quatre membres du CÉRSS a évalué le protocole, soit la présidente intérimaire, l'experte en éthique, la représentante de la Faculté des sciences infirmières et le représentant de la Faculté de pharmacie.

Le Comité a jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Le certificat est donc émis pour la période du 12 février 2008 au 11 février 2009

Le 12 février 2008.

Etty Bitton
Présidente intérimaire
Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé
CEPSUM, 2100 boul. Édouard-Montpetit, bureau 8237
Téléphone : [information retirée /
information withdrawn]
Courriel : [information retirée / information withdrawn]

Appendice B

L'affiche publicitaire

PROJET D'ÉTUDE

Je me nomme Caroline Provencher, je suis infirmière et étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal,
je fais une étude portant comme titre :
Significations du cancer du sein et de son dépistage pour
des femmes provenant de groupes ethnoculturels différents
et nées hors du Canada

Vous êtes invitées à y participer si

- Vous êtes une femme âgée entre 50 et 69 ans
- Vous êtes née à l'extérieur du Canada
- Vous êtes résidente dans la province de Québec
- Vous êtes capable de comprendre et parler en français
- Vous êtes disponible pour une entrevue d'environ 1 heure

Toutes les entrevues seront confidentielles

Veillez laisser votre nom ainsi que vos coordonnées à votre intervenante et nous communiquerons avec vous afin de fixer un rendez-vous prochainement

Appendice C

Le canevas d'entretien semi-dirigé

Canevas d'entretien semi-dirigé

****** Les entrevues individuelles seront réalisées sous forme de conversation. Le présent canevas servira de guide à l'étudiante chercheuse. Certaines questions seront seulement demandées si les thèmes ne sont pas abordés par la personne interviewées.

1. Contexte générale (génogramme et écocarte)

- Parlez moi des personnes qui composent votre entourage (réalisation du génogramme)

Questions à ajouter : En quelle année, avez-vous immigré au Québec ?

Quelle est votre langue maternelle ?

Combien d'années d'études avez-vous faites ?

Quel emploi occupez-vous présentement ?

Différents thèmes (questions à poser si thèmes non abordés avant)

Premier thème : la santé

- Qu'est-ce que ça veut dire pour vous être en santé ?
- Que faites-vous pour rester en santé ?

Deuxième thème : le cancer

- Qu'est-ce qui vous vient en tête lorsque vous entendez le mot cancer ?
 - Qu'est-ce qui l'explique ?
 - Y a-t-il des cancers plus graves que d'autres ?

Troisième thème : le cancer du sein

- Qu'est-ce qui vous vient en tête si je vous dis « cancer du sein »
- Parlez-moi d'une personne près de vous qui a eu ce cancer ?
- À quoi l'attribuez-vous ?

Quatrième thème : le dépistage du cancer du sein

- Si je vous dis, dépistage du cancer du sein qu'est-ce qui vous vient en tête ?
- De quelles façons, prenez-vous soin de la santé de vos seins ?
- Dans quel contexte, vous a-t-on informé du dépistage du cancer du sein ?
 - Comment vous sentiriez-vous à l'idée d'avoir à exposer vos seins pour un examen de dépistage ? ou Comment avez-vous vécu cette expérience ?
 - En un mot, comment qualifieriez-vous les services de santé au Québec ?
 - Parlez moi de la manière dont vous vous sentez accueillis lorsque vous consulter un professionnel de la santé au Québec ?

Cinquième thème : la notion de risque

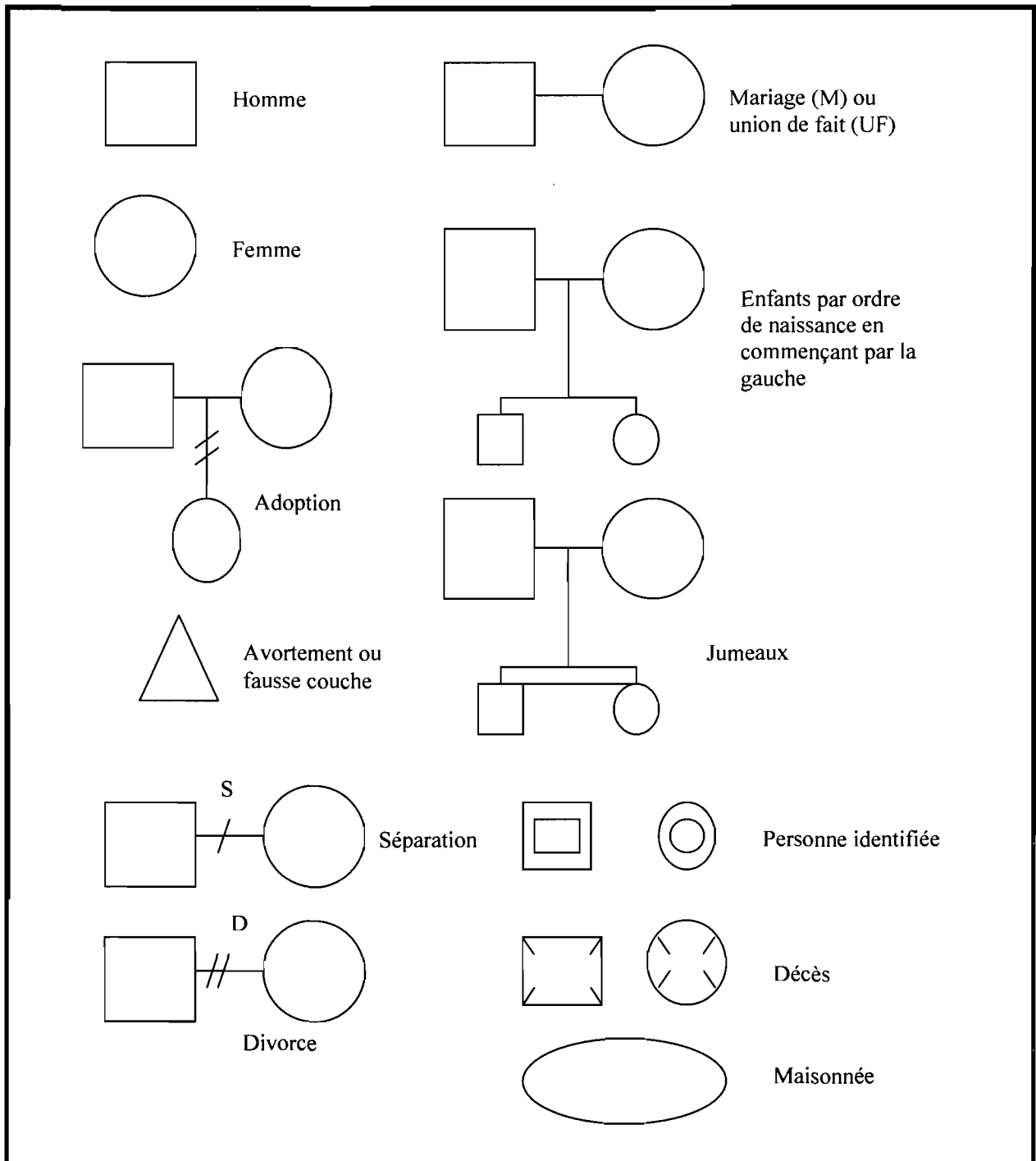
- Parlez moi de votre croyance d'avoir un cancer du sein un jour. À quoi l'attribuez-vous ?

Appendice D

Les symboles du génogramme

Les symboles du génogramme

Wright, L. M. & Leahy, M. (2001). *L'infirmière et la famille : Guide d'évaluation et d'intervention* (2^e éd.). St-Laurent : ERPI.



Appendice E

Extraits du journal de bord

Extrait partiel du journal de bord fait lors de l'entrevue avec madame Gloria (participante # 2)

Les notes de nature descriptives

Malgré le bruit en raison de divers travaux, elle demeure concentrée sur mes questions.

Le local est intimidant, rempli de bureaux et froid. Il y a une grande fenêtre qui laisse peu d'intimité car tout le monde qui passe nous regarde...

La participante est souriante à son arrivée et me remercie énormément de la faire participer à mon étude.

Elle fixe souvent le sol lors de ces réponses et me fuit du regard.

Les notes de nature réflexives

Ce pourrait-il qu'elle ne comprenne pas mes questions ?

Sait-elle vraiment en quoi consiste la mammographie ? Elle ne semble pas savoir ce qu'est cet examen, elle me parle de contrôle...

Elle dit manquer de temps pour aller passer la mammographie, mais elle semble symptomatique et n'arrête pas de parler de la terrible maladie... Quoi en penser ?

La participante se met souvent à ricaner durant l'entrevue et répond à quelques questions en me demandant si c'est grave de ne pas aller faire de mammographie... Comment interpréter ceci ...

Nous avons été souvent interrompu durant notre conversation par des va-et-vient, je pense que l'attention de la participante vers la fin de l'entrevue était beaucoup moins bonne.


Appendice F

Formulaire de consentement

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE⁶**

RESPONSABLES DU PROJET

DIRECTRICE DE RECHERCHE : Madame Louise Bouchard, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

 No. de téléphone : [information retirée / information withdrawn]

ÉTUDIANTE CHERCHEURE : Madame Caroline Provencher, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal

 No. de téléphone : XXX-XXX-XXXX poste XXXX (coordonnées au travail)

TITRE DE L'ÉTUDE

Perceptions d'une population de femmes immigrantes nées hors Québec à propos du dépistage du cancer du sein.

⁶ Suite au jury final, de petites modifications ont été apportées au titre mais l'étude demeure la même que celle annoncée sur ce formulaire de consentement.

INTRODUCTION

Les infirmières ont une grande préoccupation envers la santé des femmes et un des sujets qui les préoccupent est la prévention du cancer du sein. Au Québec, il existe un programme de dépistage offert à toutes les femmes québécoises âgées entre 50 et 69 ans et ce service est gratuit. Certaines y ont recouru et d'autres pas. Selon les dernières statistiques, seulement 36 % des femmes éligibles au programme et vivant à Montréal se prévalent de ce service. À ce jour, très peu d'écrits ont exploré la perception des femmes immigrantes face au dépistage du cancer du sein. Ainsi dans le cadre de cette recherche, nous aimerions mieux comprendre ce que les femmes ayant immigré au Québec et vivant dans la région de Montréal pensent du dépistage du cancer du sein.

BUT

Ce projet d'étude a pour but de mieux comprendre ce que les femmes ayant immigré au Québec et vivant dans la région de Montréal perçoivent du dépistage du cancer du sein.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Ce projet de recherche est effectué par Caroline Provencher, infirmière clinicienne, qui poursuit des études de deuxième cycle à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Si vous acceptez de participer à ce projet, nous vous rencontrerons une fois pour faire une entrevue. Cette rencontre peut avoir lieu à l'endroit de votre choix et à l'heure qui vous convient. L'entrevue durera en moyenne une heure ou un peu plus. Il serait préférable que vous soyez seule au moment de l'entrevue, toutefois si vous le jugez important vous pouvez être accompagnée par une personne de sexe féminin.

Au cours de l'entrevue, nous vous poserons différentes questions afin d'en connaître davantage sur ce que vous pensez du dépistage du cancer du sein. L'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio.

Seulement s'il est nécessaire, vous recevrez, par la suite, un appel téléphonique afin de planifier une seconde rencontre de courte durée afin de vérifier si nous avons bien compris le sens de vos explications.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour faire partie de cette étude, vous devez répondre aux critères suivants :

Critères d'inclusion

- vous devez être une femme âgée entre 50 et 69 ans ;
- vous devez être née à l'extérieur du Canada ;
- vous devez vivre dans province de Québec depuis au moins cinq ans ;
- vous devez comprendre et pouvoir vous exprimer en français .

Critères d'exclusion

Vous ne pouvez pas participer à cette étude si vous avez déjà eu ou si vous avez un cancer du sein.

Vous ne pouvez pas participer à cette étude si vous avez déjà eu ou si vous avez toute autre forme de cancer.

AVANTAGES À PARTICIPER À CETTE ÉTUDE

Vous ne retirerez aucun avantage de votre participation si ce n'est votre contribution à une meilleure compréhension de ce que les femmes immigrantes, comme vous, perçoivent du dépistage du cancer du sein.

Votre témoignage est très important pour nous, car il permettra de parfaire les connaissances en sciences infirmières en comprenant mieux ce que les femmes immigrantes perçoivent du cancer du sein et du dépistage.

RISQUES ET INCONFORTS

Outre le temps consacré à votre participation, nous croyons qu'il n'y a aucun inconvénient majeur pouvant directement découler de votre participation. Par ailleurs, advenant que les questions posées suscitent chez vous des émotions difficiles ou des questionnements, la chercheuse pourra vous fournir des ressources en conséquence et vous diriger vers votre travailleuse sociale du centre communautaire qui pourra vous aider dans votre démarche. En cas de besoin, le service offert est gratuit.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet d'étude se fait sur une base volontaire. Ainsi, vous êtes libre de vous retirer en tout temps sans devoir fournir d'explications et sans que vous ne subissez de torts d'aucune manière. Advenant cette situation, toutes les données vous concernant seront détruites à l'aide d'une déchiqueteuse à papier et l'enregistrement audio sera effacé totalement.

Si vous désirez vous retirer de cette étude, vous devez aviser, le plus tôt possible, l'étudiante chercheuse, Caroline Provencher, au numéro de téléphone suivant : XXX-XXX-XXXX poste XXXX (coordonnées au travail).

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Toutes les informations que vous fournirez au moment des entrevues demeureront confidentielles. Ainsi, il sera impossible pour une autre personne que la chercheuse et sa directrice de recherche de vous identifier car les données vous concernant seront rattachées à un code que seules les personnes mentionnées connaîtront.

Les enregistrements sur cassette audio ainsi que les renseignements personnels vous concernant seront conservés sous clé pour une période de sept ans. Suite à ces sept années, tous ces documents seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse à papier.

Il est possible que les résultats de cette recherche fassent l'objet de publications, mais en aucun cas les données permettront de vous identifier ou de vous retracer.

Une exception sera faite dans le cas où votre dossier devrait être révisé par un comité de déontologie ou le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal. Ces comités sont tenus de respecter les exigences de confidentialité.

Vous pourrez consulter votre dossier de recherche, si vous le jugez nécessaire, en vous adressant aux personnes responsables de l'étude. Les données vous seront présentées sous forme de texte narratif et des rectifications pourront être apportées si le besoin se présente. Toutefois, veuillez prendre note que les enregistrements audio seront détruits suite à la retranscription et la validation des données.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE

Nous répondrons, au besoin, à toutes questions que vous poserez à propos du projet de recherche auquel vous acceptez de participer. En cas de besoin, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, Caroline Provencher, au numéro de téléphone suivant : XXX-XXX-XXXX poste XXXX, du lundi au vendredi entre 8 heures et 16 heures.

ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec les responsables du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Marie-France Daniel (Téléphone : [information retirée / information withdrawn]). 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, Madame Marie-José Rivest (Téléphone : 514-343-2100).

SIGNATURES

TITRE DE L'ÉTUDE

Perceptions d'une population de femmes immigrantes nées hors Québec à propos du dépistage du cancer du sein.

RESPONSABLES DE L'ÉTUDE

LOUISE BOUCHARD, professeure agrégée

CAROLINE PROVENCHER, étudiante

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Je, (nom en lettres moulées du participant) _____

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 incidence.

Signature du participant _____ Date _____

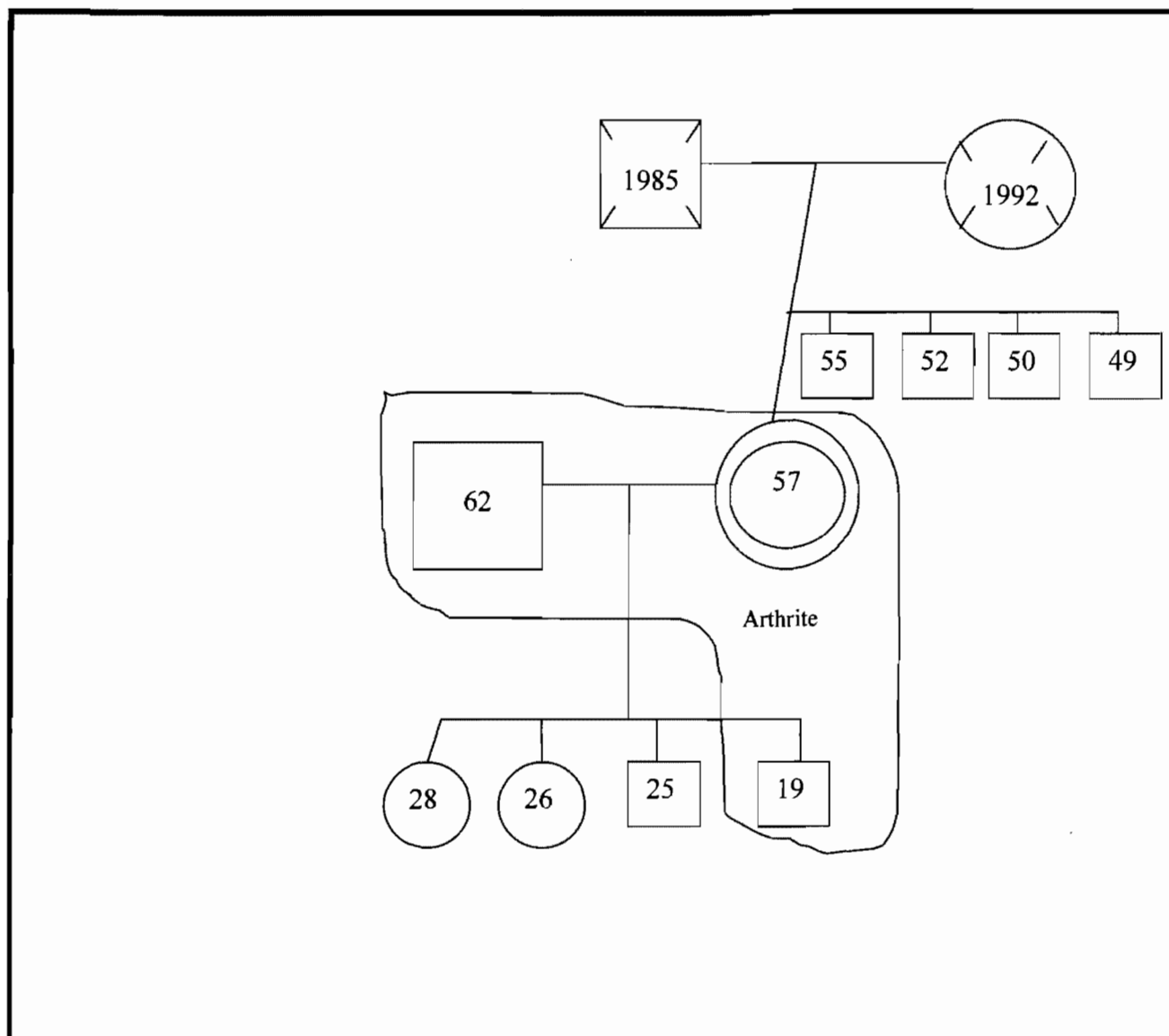
Je, (nom en lettres moulées de l'investigatrice) _____
déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les
inconvenients de l'étude à (nom en lettres moulées de la participante)
_____.

Signature de l'investigatrice _____ Date _____

Appendice G

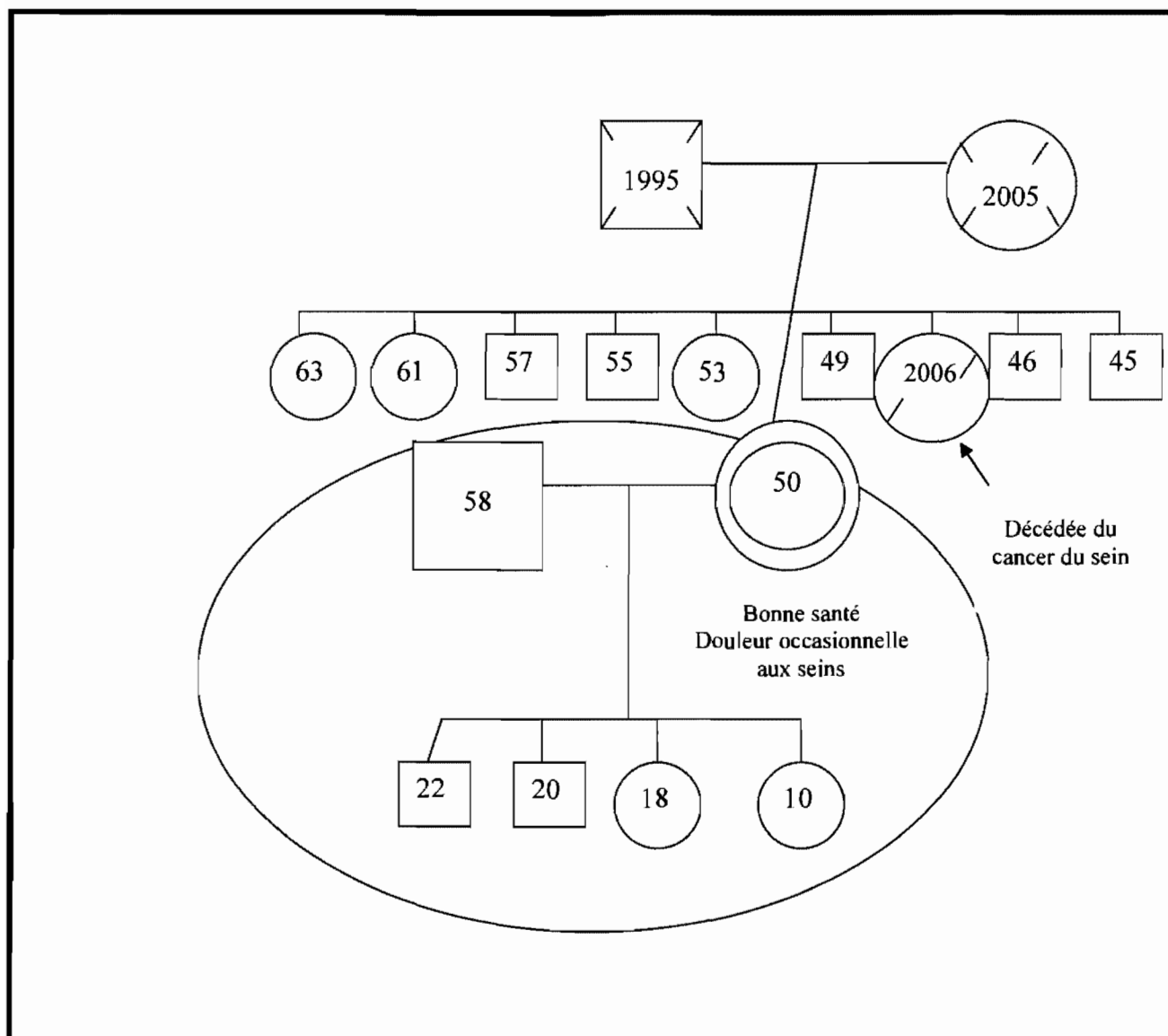
Génogramme des participantes

Génogramme de madame Klara



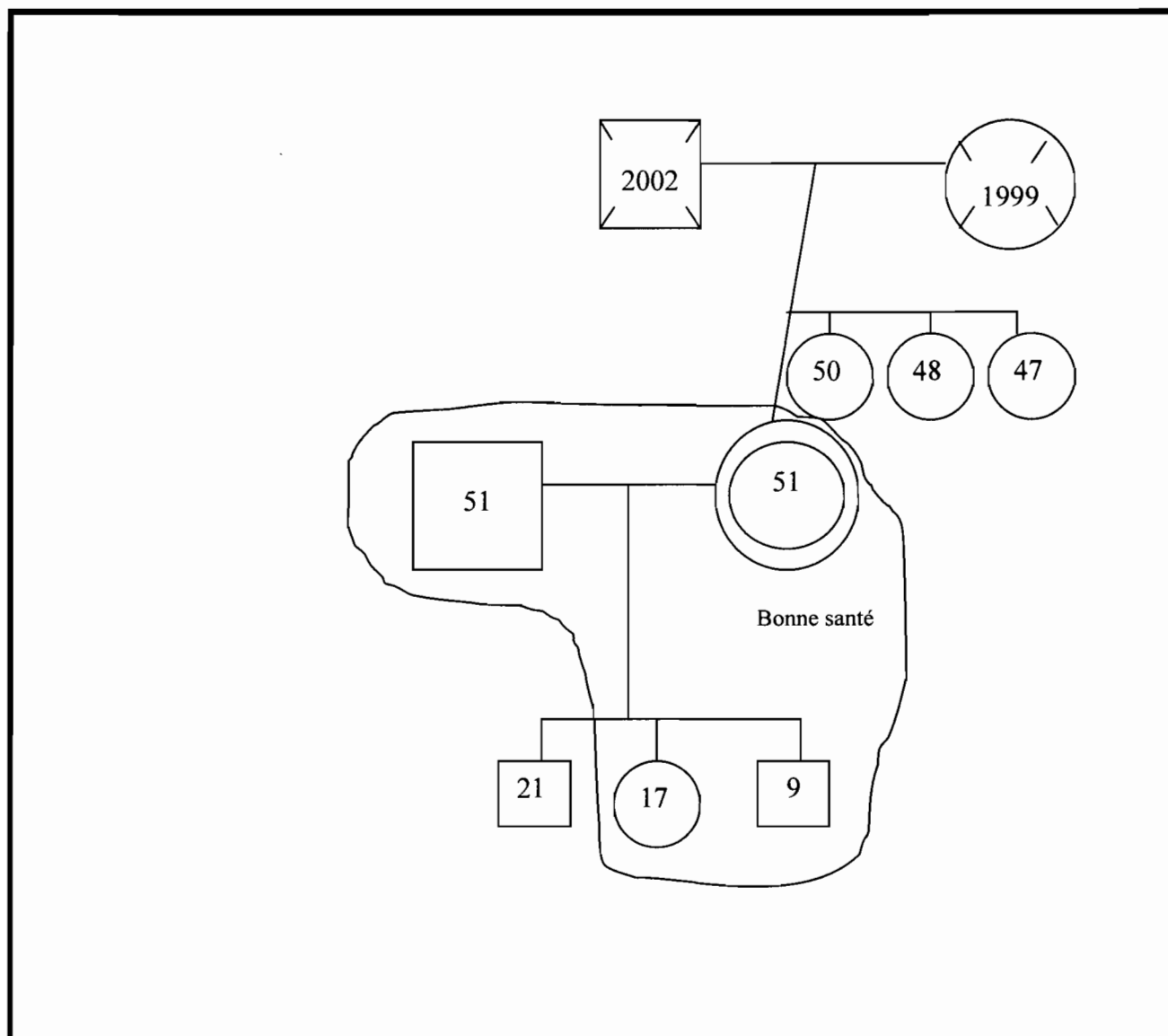
Pays d'origine : Afrique du Nord
 Année d'immigration : 10-15 ans
 Langue maternelle : arabe
 Nombre d'années d'études : 10 ans
 Emploi : Enseignement en couture

Génogramme de madame Gloria



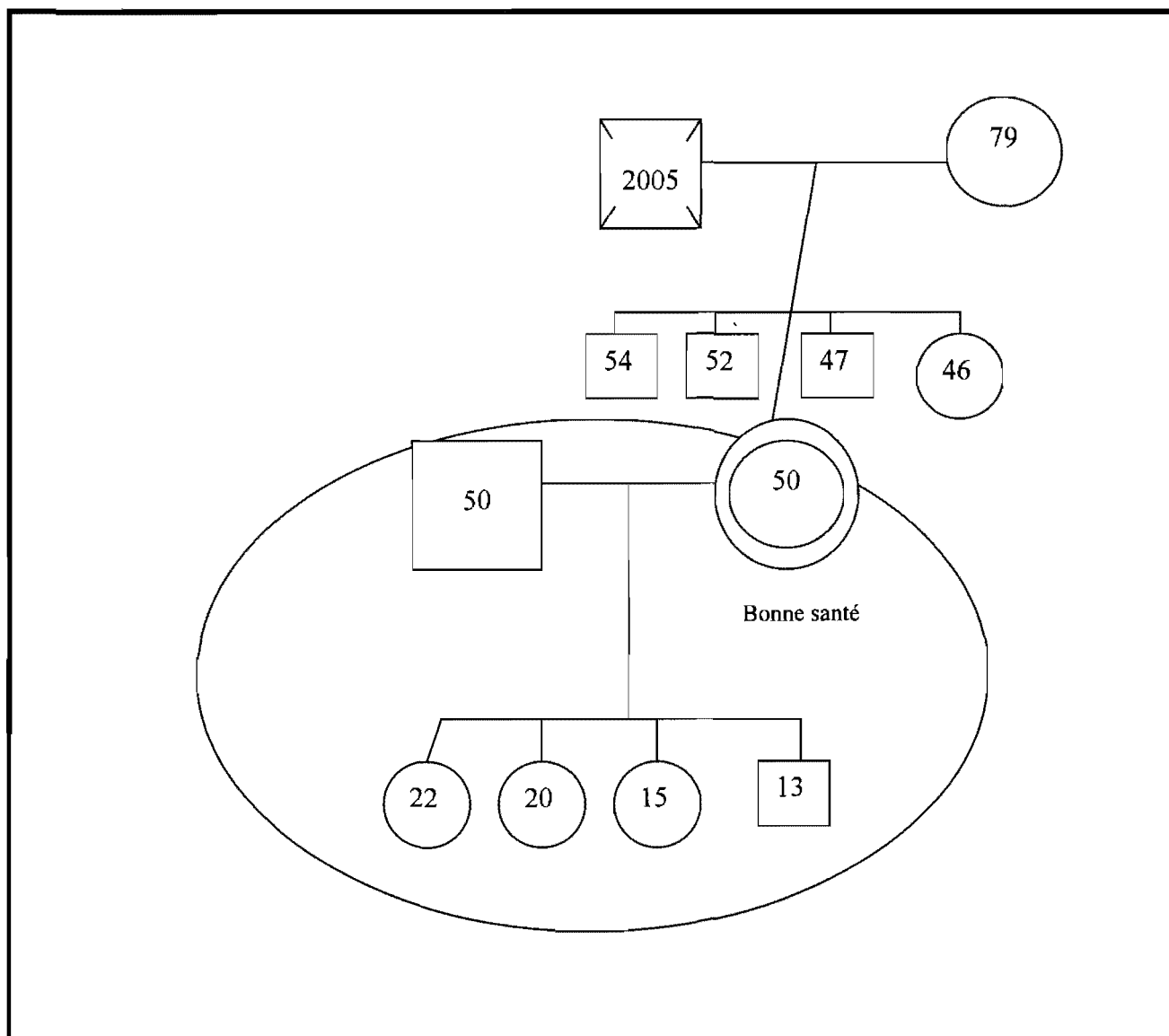
Pays d'origine : Afrique du Nord
 Année d'immigration : plus de 25 ans
 Langue maternelle : arabe
 Nombre d'années d'études : 4 ans
 Emploi : Couturière

Génogramme de madame Monique



Pays d'origine : Océan Indien
 Année d'immigration : 0-5 ans
 Langue maternelle : français
 Nombre d'années d'études : 16 ans
 Emploi : Couturière et bénévole

Génogramme de madame Julia



Pays d'origine : Afrique du Nord

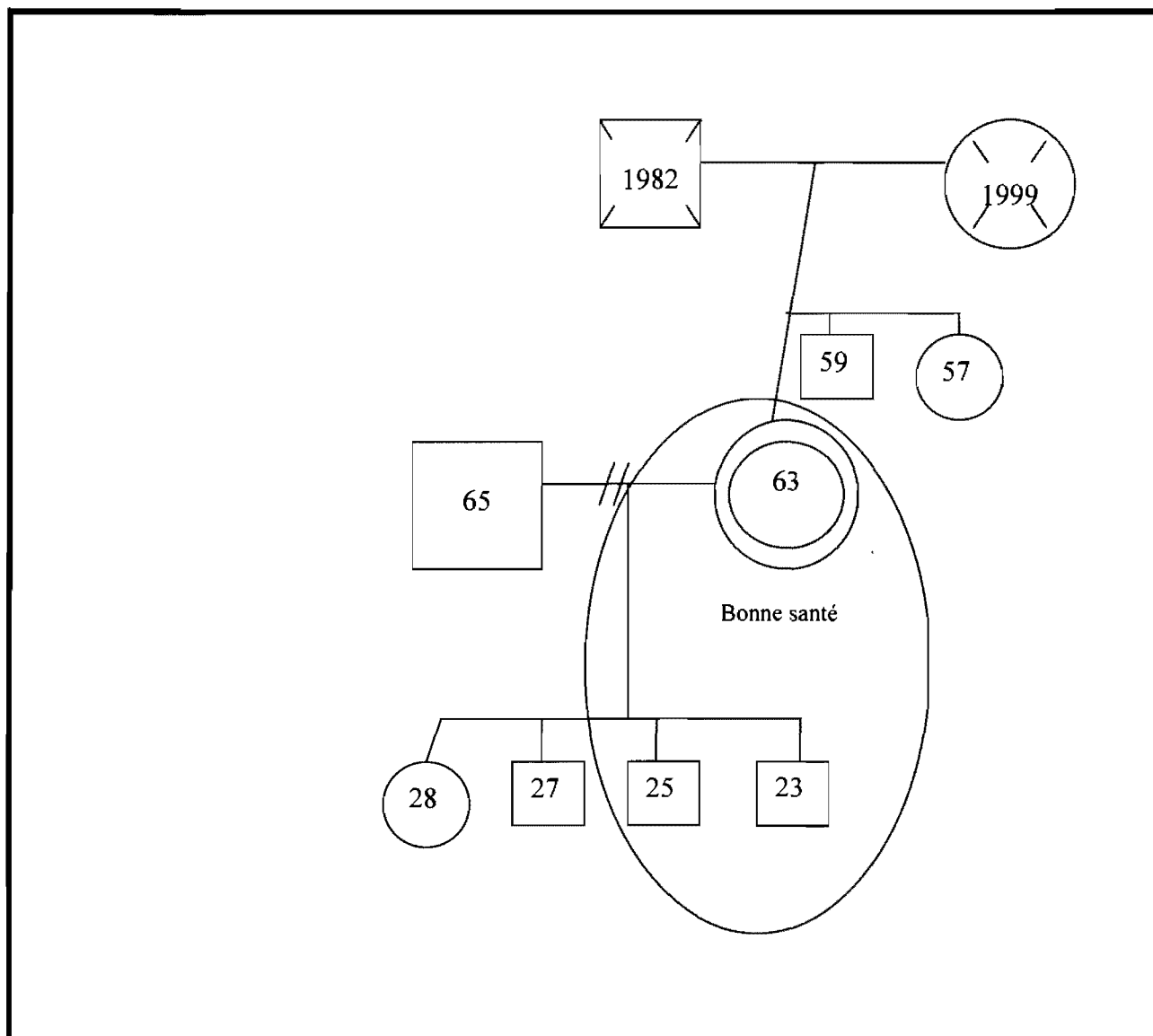
Année d'immigration : 0-5 ans

Langue maternelle : arabe

Nombre d'années d'études : 13 ans

Emploi : Éducatrice et formation comme couturière

Génogramme de madame Roberta



Pays d'origine : Caraïbes

Année d'immigration : plus de 25 ans

Langue maternelle : français

Nombre d'années d'études : 16 ans

Emploi : préposée aux bénéficiaires