

# Étude descriptive rétrospective des perceptions de la maladie de femmes nouvellement atteintes d'un cancer du sein à la suite de leurs traitements dans une clinique ambulatoire d'oncologie

Maude Hébert <sup>a</sup>, inf., M.Sc. et Michèle Côté <sup>a</sup>, inf., Ph.D.

<sup>a</sup> Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

---

Le cancer du sein affecte un nombre important de femmes de tous les âges. Bien qu'elles reçoivent des informations sur les interventions et les traitements lors de leurs soins, les perceptions des femmes face à la maladie demeurent peu explorées par les infirmières (Park, Chang, Kim, Park, Lee, & Nam, 2009). La présente étude décrit les perceptions de la maladie de vingt femmes âgées de 43 à 70 ans atteintes d'un cancer du sein à la suite de leurs traitements dans une clinique ambulatoire d'oncologie. Un devis descriptif a été retenu afin de mieux comprendre la perception qu'ont les femmes de leur maladie. La collecte des données a été réalisée en utilisant : 1) le questionnaire sur la perception de la maladie (Anbar, Dardennes, & Kaye, 2005); 2) l'échelle d'interactions infirmière-patient (Cossette, Cara, Ricard, & Pépin, 2005) et 3) une carte sémantique. Les résultats des questionnaires démontrent que les femmes perçoivent le stress comme étant la principale cause de leur cancer et que les infirmières priorisent des soins corporels et des aspects techniques plutôt que des facteurs existentiels. L'interprétation des cartes sémantiques démontre que le soutien familial est d'une importance cruciale. Les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance pour les infirmières soignantes, les infirmières pivot et les gestionnaires d'être conscientes des perceptions de la maladie dans le but de mieux cibler les besoins des femmes et ainsi développer des interventions adaptées à la situation de chacune.

**Mots-clés : cancer du sein, perceptions de la maladie, infirmières, planification des soins**

---

Statistique Canada estime à 21 021, le nombre de femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein en 2010, ce qui en fait la forme de cancer la plus répandue au Canada (Statistiques Canada, 2010). En moyenne, une femme sur neuf risque d'avoir un cancer du sein au cours de sa vie et une sur 28 risque d'en mourir (Société canadienne du cancer, 2010). Le taux de mortalité étant relativement faible, le cancer du sein est l'un des cancers dont le pronostic est le plus favorable actuellement (Société canadienne du cancer, 2010). Les plus récentes statistiques canadiennes indiquent que 88 % des femmes diagnostiquées du cancer du sein ont une espérance de vie de cinq ans ou plus (Statistiques Canada, 2010). Même dans le cas de récurrence, la survie des femmes est

estimée entre 18 et 24 mois, mais peut s'étendre jusqu'à plusieurs années (Ellison & Wilkins, 2010). Considérant la période de survie à ce problème de santé, il est possible d'affirmer que cette maladie est une expérience déstabilisante, laquelle s'inscrit dans une trajectoire de long terme pouvant être associée à la chronicité. Lors du diagnostic d'un cancer du sein, notamment en raison de la valeur symbolique attribuée à cette maladie et à l'organe atteint, les femmes se retrouvent devant un paradoxe déchirant. Elles vivent des pertes, du désespoir et de la vulnérabilité associés à la chute des cheveux ou à la perte d'un sein. Ces pertes sont contrecarrées par des découvertes, une volonté de guérir et l'espoir de vivre (Anagnostopoulos & Spanea, 2005).

---

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Maude Hébert, département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (QC) G9A 5H7 Local 4857 Pavillon de la Santé. Courriel électronique : [Maude.Hebert@uqtr.ca](mailto:Maude.Hebert@uqtr.ca)

Cette étude a été réalisée dans le cadre des études à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQTR. L'auteure principale est présentement étudiante au doctorat en sciences cliniques à l'Université de Sherbrooke.

Cette situation tient à des facteurs comme la peur, la transformation du corps, le stress ou la dépression et l'incertitude à propos du futur. La qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein dans l'immédiat et à plus long terme s'en trouve diminuée (Northouse, Dorris, & Charron-Moore, 1995).

L'auteure a remarqué, dans sa pratique clinique, que les femmes reçoivent des informations sur les interventions et les traitements en phase immédiate post diagnostic mais que peu d'attention est accordée à la manière de percevoir la maladie. Comme le note Buick (1997) et Park et al. (2009), les interventions implantées jusqu'à ce jour ne considèrent pas la perception qu'ont les femmes de leur maladie. Elles reçoivent donc des soins qui ne considèrent pas toutes les dimensions de leur expérience et qui seraient ainsi potentiellement insuffisants pour répondre à leurs besoins, d'où l'importance de bien comprendre leurs perceptions de la maladie et des symptômes associés. Il est donc essentiel que les infirmières soient capables d'établir un dialogue avec chaque cliente et qu'elles s'engagent pleinement dans cette relation afin de mieux répondre aux besoins des femmes atteintes d'un cancer du sein.

### **Cadre théorique de l'étude**

Si les infirmières connaissaient mieux les perceptions qu'ont les femmes de leur maladie, nous croyons que ces dernières recevraient des soins infirmiers plus humains basés sur une relation d'aide et de confiance tout au long de la trajectoire de la maladie. De plus, les infirmières pourraient contribuer à la création d'un environnement de soutien et à la valorisation d'une sensibilité de soi-même et des autres. La théorie du Human Caring de Watson (1985, 1998) est particulièrement intéressante dans notre démarche de familiarisation en regard des perceptions élaborées par les femmes atteintes d'un cancer du sein. En effet, les dix facteurs caratifs de cette théorie sont des pistes permettant de mieux saisir la réalité de la personne en état de vulnérabilité. Cette conception des soins de santé se traduit dans la pratique par une vision orientée vers une relation transpersonnelle entre le prestataire de soins et le patient : une relation humaine particulière où deux personnes, en tant que coparticipantes à un processus, se respectent et évoluent vers une meilleure compréhension de soi et une plus grande harmonie (Watson, 1985).

La théorie du Human Caring de Watson (1985, 1998) apparaît particulièrement pertinente afin de décrire les perceptions de femmes atteintes du cancer du sein. En effet, cette théorie accorde une place prépondérante à l'humanisation et à la personnalisation des soins et des traitements, ce qui s'avère particulièrement important pour les

femmes atteintes d'un cancer du sein. Cette théorie décrit une expérience profonde reconnaissant la personne comme un tout regroupant le corps, l'âme et l'esprit (Strickland, 1996). Elle prend en compte l'humain à titre de personne digne d'attention, de respect, d'éducation, de compréhension et d'assistance (Strickland, 1996). Par ailleurs, les soins infirmiers sont reconnus comme un engagement moral envers la protection de la dignité humaine, avec l'intention de poser une action guidée par le savoir.

### **But de la recherche**

Le but de cette recherche est de décrire les perceptions de la maladie de femmes atteintes d'un cancer du sein à la suite de leurs traitements dans une clinique ambulatoire d'oncologie. Nous tenterons de répondre à la question suivante : quelles sont les perceptions de la maladie de femmes nouvellement atteintes du cancer du sein à la suite de leurs traitements dans une clinique ambulatoire d'oncologie?

### **Méthodologie**

Considérant que cette recherche vise à fournir de l'information sur les perceptions de la maladie de femmes venant de recevoir un diagnostic de cancer, le devis sélectionné pour cette étude est descriptif.

### **Participant**

L'échantillon est de convenance. Pour les besoins de cette étude, il a été convenu de recruter vingt femmes. Fortin (2010) déclare que pour les études descriptives, dont le but est de développer les connaissances dans un domaine, de petits échantillons suffisent pour obtenir l'information nécessaire sur le phénomène étudié. Les femmes recrutées fréquentaient la clinique ambulatoire d'oncologie d'un centre hospitalier de la région Mauricie-Centre-du-Québec depuis environ un an et avaient reçu un diagnostic initial du cancer du sein (tous stades confondus) dans l'année précédant la recherche. Elles devaient parler français pour participer à l'étude et ne devaient pas souffrir d'aphasie ou de troubles cognitifs ou psychologiques invalidants.

L'infirmière pivot a informé les femmes du déroulement d'un projet de recherche puis a demandé leur autorisation afin que la chercheuse puisse les contacter. Lorsque celles-ci acceptaient, la chercheuse contactait les femmes concernées afin de leur faire part du but et du déroulement de l'étude et de fixer un rendez-vous. La rencontre se déroulait au domicile des participantes.

## Collecte de données

La durée moyenne des entrevues était d'une heure quarante-cinq minutes. Les rencontres ont débuté le 13 avril 2007 et se sont terminées le 26 juin de la même année.

L'utilisation de différents outils a été retenue afin de favoriser une triangulation dans la collecte de données. En premier lieu, la chercheuse a demandé aux femmes de remplir trois questionnaires et, en deuxième lieu, d'élaborer une carte sémantique des éléments représentant leur manière d'organiser intellectuellement les éléments associés au diagnostic d'un cancer à l'aide de cartons de différentes grosseurs.

Le premier questionnaire, développé par Loiseleur et Leboeuf (2003), permet d'amasser des renseignements sociodémographiques. Nous avons obtenu des renseignements sur l'âge, le statut marital, la profession, le nombre d'enfants, la nationalité, la langue parlée, la religion, le revenu brut et la scolarité de chaque participante.

Le second questionnaire est le « Questionnaire sur la perception de la maladie » développé par Weinman, Petrie, Moss-Morris et Horne (1996) et traduit par Anbar et al. (2005). Ce questionnaire mesure neuf éléments de la représentation cognitive de la maladie. Dans la partie 1, les participantes doivent identifier les symptômes ressentis depuis le début de la maladie et mentionner si ces symptômes sont reliés à la maladie. Les résultats positifs (associés à la maladie) sont additionnés. La deuxième partie comprend 38 items classifiés dans sept catégories qui sont les suivantes : 1) évolution aiguë-chronique dans le temps (6 items), 2) conséquences (6 items), 3) contrôle personnel (6 items), 4) contrôle du traitement (5 items), 5) cohérence de la maladie (5 items), 6) évolution cyclique dans le temps (4 items), et 7) représentations émotionnelles (6 items). La troisième partie du questionnaire, qui comprend 18 questions, porte sur les causes de la maladie. La validité interne de cet outil est de 0,80.

Le troisième questionnaire est l'« Échelle d'interactions Infirmière-Patient » développé par Cossette et al. (2005). Cet outil est utilisé pour mesurer les perceptions des clients quant au caring fait par les infirmières lorsque ces dernières interviennent auprès d'eux (Smith, 2004; Watson, 2002). L'outil spécifiquement basé sur la théorie du caring de Watson (1998) permet de recueillir des informations sur les 10 facteurs de soins caritatifs. Ce questionnaire comprend 70 comportements infirmiers, tels que perçus par les clients. Ces comportements sont évalués sur une échelle de type Likert de cinq points. L'outil présente un indice alpha de Cronbach variant entre 0,66 et 0,90 selon les catégories de facteurs caritatifs (Watson, 2002).

Finalement, les femmes ont été invitées à élaborer une carte sémantique (mapping) de leur organisation intellectuelle par rapport à la situation vécue afin de donner des informations supplémentaires permettant de répondre aux questions de recherche. Cette stratégie a été retenue car il est souvent plus facile pour les femmes d'utiliser des moyens visuels pour décrire des concepts abstraits comme les perceptions. Cette technique leur permet également de parler de sujets dont les questionnaires ne traitent pas. Selon Hay et Kinchin (2006), cela aide les participantes à expliquer et explorer leurs connaissances et savoirs tacites sur un sujet. Les auteurs précisent trois règles pour la construction de cartes sémantiques : 1) les concepts que le participant juge importants pour illustrer sa pensée sur le sujet sont placés dans des encadrés et hiérarchiquement sur la page, 2) les concepts sont ensuite liés par des flèches qui sont annotées pour en expliquer la nature et 3) les concepts sont listés seulement une fois mais plusieurs liens peuvent être dressés avec les autres concepts [traduction libre] (Hay & Kinchin, 2006, p.129).

Les données des cartes sémantiques ont été traitées de manière quantitative, c'est-à-dire en s'attardant uniquement à la fréquence des thèmes rapportés par les femmes. De plus, le fait d'utiliser des cartons de différentes grosseurs permettait aux femmes rencontrées de signifier l'importance qu'elles accordaient aux concepts retenus. Cette manière de faire a permis d'avoir une meilleure vision des différents concepts privilégiés. Le choix de traiter les matériaux de manière quantitative plutôt que qualitative a été fait en raison de contraintes de temps.

## Considérations éthiques

La chercheuse a fourni les explications nécessaires à la compréhension du but de l'étude, du rôle de chaque femme dans ce projet et a discuté des avantages et des risques potentiels à y participer. La chercheuse a également assuré la confidentialité des propos et des données des participantes et ce, par le biais de codes chiffrés. Chacune des participantes a fourni un consentement écrit lors de la première rencontre. Par ailleurs, ce projet a été soumis à deux comités d'éthique, celui de l'Université du Québec à Trois-Rivières et celui du centre hospitalier. La chercheuse a apporté toutes les modifications souhaitées par ces deux comités.

## Analyse des données

Le logiciel SPSS 11.0 a été utilisé pour la compilation des données. Nous décrivons les données sociodémographiques et celles des questionnaires à l'aide de statistiques descriptives : modes, moyennes, écart-types, fréquences. Les

vingt cartes sémantiques ont été examinées individuellement afin de vérifier les possibilités de créer une seule carte.

## Résultats

### Données sociodémographiques

Neuf femmes possèdent une scolarité collégiale ou universitaire et onze possèdent une scolarité secondaire ou inférieure. La moyenne d'années d'étude est de 13 ans. L'âge des femmes rencontrées varie de 43 à 70 ans avec une moyenne de 55,3 ans. La moitié des femmes sont mariées ou ont une relation d'union de fait, alors que trois femmes sont veuves, six sont séparées ou divorcées et une seule est célibataire. Six femmes sont retraitées, quatre travaillent à temps complet, cinq travaillent à temps partiel, deux sont en congé de maladie et deux travaillent au foyer. Dix-huit femmes ont entre un et quatre enfants et cinq d'entre elles ont des enfants dépendants. Toutes sont nées au Québec, parlent français et sont de religion catholique. L'étendu du revenu familial brut varie entre 10 000 et 120 000. Six femmes ont un revenu se situant entre 10 000\$ et 29 000\$ alors que celui de cinq femmes se situe entre 30 000\$ et 49 000\$.

### Perceptions de la maladie

L'analyse du questionnaire « Perception de la maladie (IPQ-R) » révèle que les femmes ressentent de la douleur, de la fatigue, des raideurs articulaires et de la perte de force. Ces manifestations sont toutes au premier rang des symptômes ressentis. Par ailleurs, 19 femmes sur 20 croient que la manifestation de leurs symptômes est associée au cancer.

Dans la deuxième partie du questionnaire, les résultats ont été regroupés selon les sept catégories listées précédemment. La catégorie « évolution dans le temps cyclique » est au dernier rang. À l'opposé, la catégorie ayant le pointage le plus élevé est le « contrôle personnel ». Les résultats des cinq autres catégories sont non significatifs.

La troisième partie du questionnaire traite des causes possibles du cancer. Ainsi, les femmes attribuent au stress le premier rang suivi de très près par la pollution de l'environnement qui arrive en seconde position et de l'hérédité qui occupe la troisième place. Les autres facteurs tels que le régime alimentaire, la malchance, la consommation de tabac, les microbes et le vieillissement occupent des rangs inférieurs.

### Interactions avec l'infirmière

Les résultats de l'analyse du questionnaire « Échelle d'interactions Infirmière-Patient-version 70 items-Patient (EIIP-70P) » démontrent que les femmes interrogées apprécient grandement les soins des infirmières. La catégorie « Assistance : assistance dans la satisfaction des besoins humains » se démarque le plus en arrivant au premier rang. Pour les femmes interrogées, les infirmières assisteraient les clientes dans leurs soins dans 90 % des cas. À l'inverse, les femmes considèrent que les infirmières accordent peu d'importance aux croyances, à la spiritualité et aux valeurs. En effet, seulement 30 % des femmes ont senti le soutien des infirmières dans ces dimensions de leur vie. Les huit autres catégories ont des résultats semblables avec une moyenne aux alentours de 54 %.

### Description de l'expérience des participantes

Les cartes sémantiques ont permis de mettre en évidence les thèmes émergents des descriptions individuelles de l'expérience de chacune des participantes et de répondre plus précisément à la question de recherche. À partir de la quantification des concepts émergeant des vingt cartes, il est possible d'identifier un certain nombre de points communs. La figure 1 illustre l'amalgame des vingt cartes sémantiques, soit les thèmes les plus fréquemment identifiés par les femmes rencontrées.

La catégorie centrale autour de laquelle s'organise la description de l'expérience de la maladie des femmes rencontrées est « avoir le cancer ». Cette catégorie fait référence à la réorganisation de l'espace, de l'environnement, des relations aux autres et à soi ainsi qu'à l'image corporelle. Par ailleurs, les femmes font une distinction entre « avoir le cancer » et « être malade ». Selon ces dernières, elles doivent apprendre à vivre avec le cancer mais elles ne s'avouaient pas malades pour autant. Seuls les symptômes physiques leur rappellent que leur état de santé est modifié.

Le thème qui occupe la place la plus importante est le soutien, car ce concept est identifié par 19 des vingt femmes. Pour elles, avoir un bon réseau social est très précieux. Ce concept comprend différents éléments dont : le soutien de la famille, des amis, des infirmières pivots et de la psychologue. Ces différentes formes de soutien sont classées par ordre d'importance. Les femmes mentionnent également consulter les infirmières pivot surtout pour la gestion de problèmes ou pour synchroniser les soins et les ressources nécessaires.

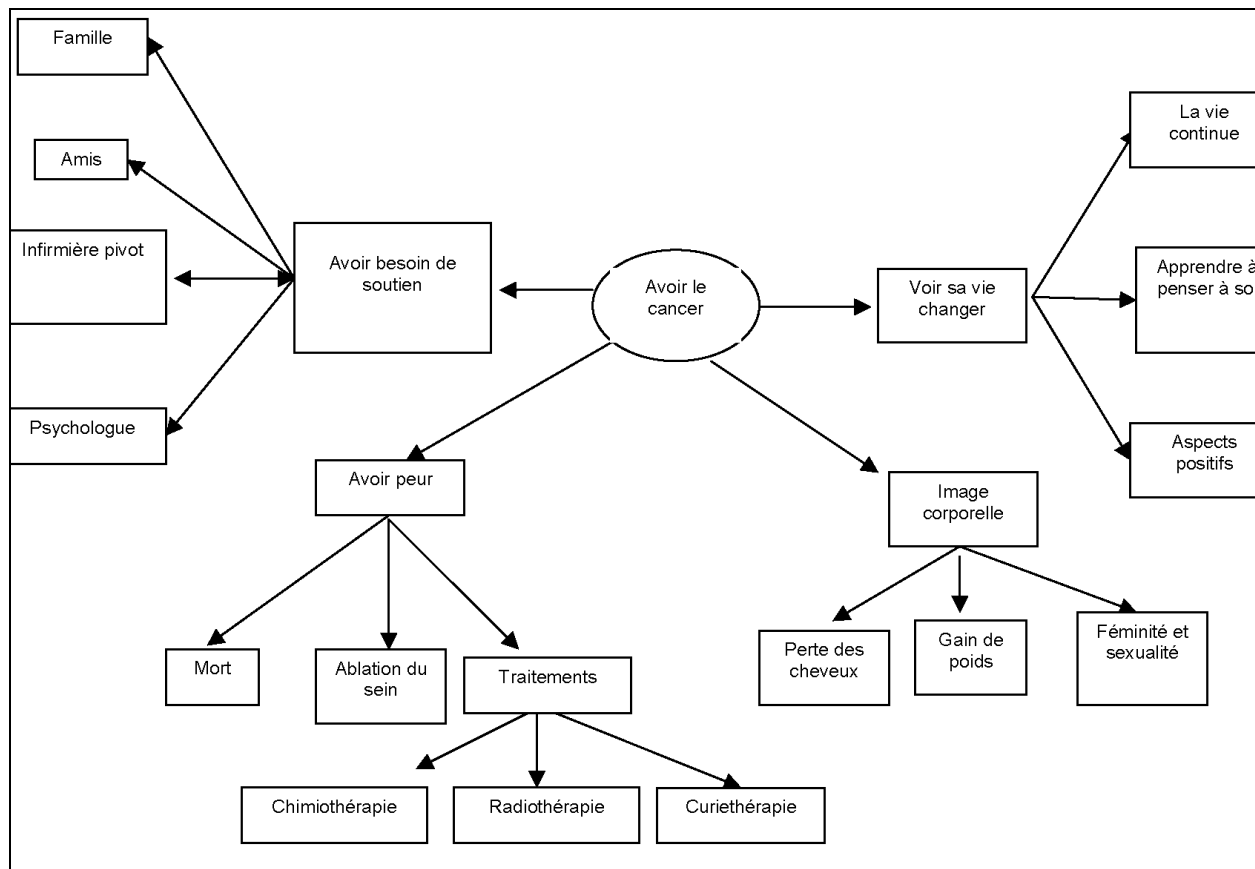


Figure 1. Perceptions de l'expérience de vivre avec le cancer du sein de 20 femmes

Le second concept le plus fréquemment mentionné par les femmes est la peur. Elles éprouvent une peur envers la mort, l'ablation du sein et les traitements de chimiothérapie, de radiothérapie et de curiethérapie. Le concept de l'image corporelle est le troisième à revenir fréquemment dans les cartes sémantiques. La plus grande préoccupation des femmes interrogées est la perte des cheveux. En effet, cette préoccupation est très présente chez les femmes subissant des traitements de chimiothérapie. De plus, le gain de poids et la sexualité reliée à l'image du sein sont également importants pour elles.

La dernière catégorie à se démarquer est voir sa vie changer. Dans cette catégorie, les femmes ont découvert une dualité entre, d'une part, le choc et les effets négatifs engendrés par l'annonce du diagnostic du cancer du sein et, d'autre part, la découverte d'une nouvelle vie avec de nouvelles valeurs. Ces femmes ont réussi à s'adapter et à trouver un certain équilibre entre la maladie et la santé. De plus, elles observent un changement dans leur système de valeurs et de croyances. Elles affirment qu'elles sont optimistes car la vie

continue et qu'elles ne doivent pas se laisser abattre par cet obstacle. Elles perçoivent être moins pessimistes quant aux possibilités de guérison d'un cancer que lorsqu'elles étaient en santé. Elles ont même réussi à trouver des aspects positifs au cancer du sein comme apprendre à penser à soi.

## Discussion

On remarque que les femmes rencontrées s'identifient au cancer du sein et aux symptômes ressentis. La grande majorité d'entre elles ont noté un changement dans leurs perceptions de la maladie en voyant les effets positifs de cette expérience, ce qui les influence et les motive à vivre avec le cancer du sein. Ces résultats ne sont pas surprenants car les personnes vivant avec des maladies chroniques traversent lentement différents stades de la maladie et les intègrent dans leur vie quotidienne (O'Neill & Morrow, 2001). À ce propos, Anagnostopoulos et Spanea (2005) écrivent que les femmes atteintes d'un cancer vivent le paradoxe de négocier avec les pertes en

même temps que la réalisation de découvertes, ce qui concorde avec ce qui a été observé dans notre étude. Leurs croyances, telles qu'observées dans cette étude, rendent les femmes plus optimistes quant aux chances de guérison lorsqu'elles sont confrontées à la maladie. De plus, les femmes en santé ont des perceptions plus pessimistes envers le cancer du sein que celles qui en sont atteintes (Anagnostopoulos & Spanea, 2005). Par contre, ces auteurs déclarent que le niveau de scolarité ainsi que le statut marital sont positivement reliés aux croyances relatives au destin dans la maladie.

Certaines femmes relient le cancer à des causes intérieures, telles que l'attribution de la maladie à son propre comportement alors que pour d'autres, ces causes sont extérieures comme la pollution et l'hérédité. De plus, le soutien familial est d'une importance cruciale dans l'expérience de la maladie et dans la formation des perceptions de celle-ci (Gagliardi et al., 2009). Les infirmières devraient donc prendre en compte la famille et la faire participer le plus possible aux soins.

Par ailleurs, il semble que les femmes atteintes d'un cancer du sein perçoivent les infirmières principalement à partir de leurs responsabilités techniques, car pas moins de 90 % des femmes rencontrées considèrent que les infirmières ont des fonctions dans l'assistance des besoins humains. Les résultats du questionnaire « Échelle d'interactions Infirmière-Patient-version 70 items-Patient (EIIP-70P) » démontrent que les infirmières les aident rarement à composer avec le stress découlant de l'annonce du diagnostic et à se fixer des buts réalistes. Bien que chaque femme nouvellement diagnostiquée avec un cancer du sein soit jumelée avec une infirmière pivot, les femmes n'avaient pas toutes le réflexe de la contacter en cas de besoin. Elles se tournaient en premier lieu vers leur famille et leur cercle d'amis. Ces données portent à croire que les femmes perçoivent davantage les actions concrètes faites par les infirmières telles que donner des injections, utiliser l'équipement spécialisé et tenir compte des besoins de base plutôt que les actions en lien avec la sensibilité comme tenir compte de l'inquiétude vécue ou sensibiliser les proches à ce que vit la femme atteinte d'un cancer du sein. C'est également ce que rapporte l'étude de Larson (1987) en démontrant que les clients accordent plus d'importance que les infirmières aux compétences cliniques. Ils croient que savoir donner des injections et utiliser l'équipement sont des formes de caring importantes (Rosenthal, 1992; Von Essen & Sjöden, 1991).

Les résultats tirés de l'analyse des cartes sémantiques montrent que les femmes atteintes d'un cancer du sein s'identifient à cette maladie et aux symptômes ressentis comme la douleur, la fatigue et la perte de force. En effet, elles déclarent

« avoir le cancer » plutôt qu'« être malade ». On observe que les perceptions des femmes interrogées se caractérisent par un choc à la suite de l'annonce du diagnostic puis par l'acceptation de la maladie et finalement par une vision positive de la nouvelle situation. Les femmes s'estiment en mesure de participer au processus de guérison et voient un échange et une collaboration avec les professionnels de la santé comme le mentionnent Arman, Backman, Carlsson et Hamrin (2006) et Pavlish et Ceronsky (2007). Elles considèrent la maladie comme une situation d'apprentissage et la guérison comme une issue normale, soit de s'adapter et de surmonter le cancer. Par contre, la peur de la mort est très présente à la suite de l'annonce d'un diagnostic de cancer. La quantification des concepts a permis de vérifier leur importance et les associations faites par les femmes rencontrées. En effet, l'analyse des cartes sémantiques révèle que l'image corporelle est une autre préoccupation des femmes. Une explication possible de cette préoccupation est associée au sentiment de vulnérabilité. En effet, il est facile d'identifier et de marginaliser les femmes suivant des traitements de chimiothérapie à la suite de la perte des cheveux (Al-Azri, Al-Awisi, & Al-Moundhri, 2009).

### Limites de la recherche

Trois limites importantes sont identifiées : 1) le petit nombre de participantes qui constituent l'échantillon (n=20), 2) l'étude réalisée dans un seul centre hospitalier avec une population homogène, 3) les instruments de mesure quantitatifs retenus. Cette étude ne permet donc pas d'arriver à un portrait exhaustif des perceptions de la maladie ni de généraliser les résultats obtenus par le biais des questionnaires. Dans le but de pouvoir faire une meilleure analyse des résultats, d'autres études auraient avantage à recruter un plus grand échantillon permettant ainsi de comparer les groupes en fonction de l'âge et de la scolarité.

### Retombées

Les infirmières pivot sont des ressources primordiales pour la gestion de la clientèle d'oncologie dans le contexte hospitalier, car elles coordonnent l'ensemble des services nécessaires. Elles évaluent les besoins des clientes, les informent, les soutiennent et assurent la continuité des soins ce qui leur permet d'apprendre sur les perceptions de la maladie des personnes atteintes d'un cancer (Conseil québécois de lutte contre le cancer, 2000). Bien que ce rôle d'infirmière soit récent, les gestionnaires et les chercheurs devraient s'y attarder afin de témoigner des bienfaits et des avantages qu'offre ce nouveau rôle, entre autres, concernant la satisfaction des

clients et les coûts du système de la santé. Il serait également intéressant d'observer les résultats des centres hospitaliers qui implémentent la théorie de soins infirmiers de Watson (1985, 1998) dans leur milieu de travail. L'application de cette théorie dans la pratique en plus de l'apprentissage sur les perceptions de la maladie des clients semble une combinaison gagnante pour une approche centrée sur la personne.

## Conclusion

Cette recherche offre un portrait des perceptions de la maladie de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein à la suite de leur prise en charge par l'équipe de soins d'une clinique ambulatoire d'oncologie. L'interprétation des questionnaires met en lumière que les femmes croient que la manifestation de leurs symptômes est associée au cancer, que leur comportement, la pollution et l'hérédité sont perçues comme étant les causes principales de leur cancer, ainsi que les infirmières les assistent dans leurs soins sans, par contre, accorder de l'importance à leurs croyances, à leur spiritualité et à leurs valeurs. Les cartes sémantiques témoignent que le soutien familial est d'une importance cruciale dans l'expérience de la maladie et dans la formation des perceptions de la maladie. Ces liens devraient donc être renforcés par les infirmières. Par ailleurs, les femmes atteintes d'un cancer du sein disent observer des changements dans leur système de valeurs et de croyances tout au long de la trajectoire de la maladie. Il serait intéressant, dans des recherches futures, de vérifier à différents moments de la trajectoire de la maladie, la continuité ou la discontinuité dans le système de valeurs. Finalement, les recherches devraient tenir compte du stade de la maladie et des traitements suivis.

## Références

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moundhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer: literature review and implications for developing countries. *Breast Journal*, 15, 615-622.
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patient with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 327-334.
- Anbar, N. A., Dardennes, R., & Kaye, K. (2005). Questionnaire des perceptions de la maladie. Récupéré de <http://www.uib.no/ipq>
- Arman, M., Backman, M., Carlsson, M., & Hamrin, E. (2006). Women's perceptions and beliefs about the genesis and development of breast cancer. *Cancer Nursing*, 29, 142-148.
- Buick, D. L. (1997). Illness representations and breast cancer: coping with radiation and chemotherapy. Dans K. J. Petrie, & Weinman, J. A. (Éds.), *Perceptions of health & illness* (pp. 379-409). Amsterdam: Harwood academic publishers.
- Conseil québécois de lutte contre le cancer. (2000). *L'intervenant pivot en oncologie: un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux être des personnes atteintes de cancer*. Québec : MSSS.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pépin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 673-686.
- Ellison, L. F., & Wilkins, K. (2010). Mise à jour sur la survie au cancer. *Rapports sur la santé*, 21(3) de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010003/article/11334-fra.pdf>.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e ed.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Gagliardi, C., Vespa, A., Papa, R., Mariotti, C., Cascinu, S., & Rossini, S. (2009). Social support networks and depression of women suffering from early-stage breast cancer: a case control study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27 (2), 216-229.
- Hay, D. B., & Kinchin, I. M. (2006). Using concept maps to reveal conceptual typologies. *Education and Training*, 48(2/3), 127-142.
- Larson, P. J. (1987). Comparison of cancer patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart & Lung*, 16 (2), 187-193.
- Loiselle, C., & Leboeuf, I. (2003). *Connecting patients and family members to brain tumour information: a study of patient's and family's information needs and resources*. Questionnaire inédit. Montréal : Université McGill.
- Northouse, L. L., Dorris, G., & Charron-Moore, C. (1995). Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Social Science & Medicine*, 41(1), 69-76.
- O'Neill, E., & Morrow, L. L. (2001). The symptom experience of women with chronic illness: integrative literature reviews and meta-analyses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2), 257-268.

- Park, K., Chang, S. J., Kim, H. C., Park, E. C., Lee, E. S., & Nam, C. M. (2009). Big gap between risk perception for breast cancer and risk factors: Nationwide survey in Korea. *Patient Education and Counseling*, 76(1), 113-119.
- Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2007). Oncology nurses' perceptions about palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 34 (4), 793-800.
- Rosenthal, K. A. (1992). Coronary care patients' and nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart & Lung*, 21 (6), 536-539.
- Smith, M. (2004). Review of research related to Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 13-25.
- Société canadienne du cancer. (2010). Statistiques canadiennes sur le cancer. Récupéré de <http://www.cancer.ca>:
- Statistiques Canada. (2010). Cancer, nouveaux cas selon les sièges primaires choisis du cancer, selon le sexe, 2007. Récupéré de <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/HLTH61-fra.htm>
- Strickland, D. (1996). Applying Watson's theory for caring among elders. *Journal of Gerontological Nursing*, 2(7), 6-11.
- von Essen, L., & Sjöden, P. O. (1991). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies* 28 (3), 267-281.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Colorado: Associated University Press.
- Watson, J. (1998). *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springer Publishing Company.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445.