Pourquoi les femmes diffèrent-elles leur recours aux soins relativement à un cancer du sein localement avancé

par Judy Gould, Barbara Fitzgerald, Karen Fergus, Mark Clemons et Fauzia Baig

Abrégé

Le cancer du sein localement avancé (CSLA) est impliqué dans 10–30 % de tous les nouveaux diagnostics de cancer du sein primaire. Pour des raisons encore mal comprises, 20–30 % des femmes atteintes du cancer du sein (quelque que soit le stade) attendent huit semaines ou plus entre le moment où elles remarquent un ou plusieurs symptôme(s) mammaire(s) et celui où elles consultent un prestataire de soins de santé. Il est essentiel de bien comprendre les mécanismes sous-tendant les comportements liés à l'autoévaluation de la santé et au recours aux soins de santé, particulièrement chez les femmes atteintes d'un CSLA. Cette étude avait pour but de mener une exploration qualitative de l'expérience cognitive, émotionnelle et contextuelle des femmes atteintes du cancer du sein localement avancé durant la période située entre la découverte d'un symptôme et le recours à des soins de santé. Des entrevues qualitatives détaillées, une analyse du contenu et une analyse globale ont révélé que les participantes retardaient leur recours aux soins parce qu'elles ne se considéraient pas à risque de développer un cancer du sein, avaient un symptôme autre qu'une masse ce qui les amenait à minimiser la gravité du symptôme ou à l'attribuer, à tort, à une autre cause parce qu'elles avaient déjà eu une tumeur bénigne et/ou parce qu'elles éprouvaient durant ce même temps des événements de la vie stressants. Ces participantes en venaient à

consulter si elles avaient déjà pris rendez-vous avec un professionnel de la santé pour une autre raison, si elles jugeaient que le symptôme empirait avec le temps ou si un être cher les avait encouragées à consulter. On discute des implications de l'étude pour la promotion de la santé et l'éducation à la santé auprès des femmes ayant des antécédents de maladie bénigne du sein et auprès du grand public.

Contexte

Le cancer du sein localement avancé (CSLA) est impliqué dans 10–30 % de tous les nouveaux diagnostics de cancer du sein primaire (Kaufman, Hortobagyi, Goldhirsch et al., 2006). Les tumeurs associées à un cancer du sein localement avancé incluent celles qui font plus de 5 cm, avec ou sans envahissement ganglionnaire et les tumeurs qui font saillie du tissu mammaire pour toucher l'épiderme ou le muscle avoisinant (Singletary, Allred, Ashley et al., 2002). Malgré les avancées de la détection précoce et du traitement, la survie à 5 ans des femmes atteintes de CSLA se situe autour de 55 %, un taux peu encourageant (Huang, Tucker, Strom et al., 2003; Sant, Allemani, Capocaccia et al., 2003).

Pour des raisons encore mal comprises, 20–30 % des femmes atteintes du cancer du sein (quelque soit le stade) attendent plus de huit semaines (Burgess, Ramirez, Richards, & Love, 1998; Caplan & Helzlsouer, 1992; Harirchi, Chaemmaghami, Karbakhsh, Moghimi, & Mazaherie, 2005; Nosarti et al., 2000) entre le moment où elles remarquent le ou les symptôme(s) mammaire(s) et celui où elles consultent un prestataire de soins de santé (Grunfeld, Ramirez, Hunter, & Richards, 2002; Ramirez et al., 1999; Richards, Westcombe, Love, Littlejohns & Ramirez, 1999a). Les indicateurs du cancer du sein incluent une masse, un mamelon inverti, un capitonage, un écoulement ou une éruption cutanée au niveau du mamelon. Malheureusement, les retards de recours aux soins se traduisent par de plus hauts taux de mortalité (Olivotto, Bancej, Goel, et al., 2001; Richards, Smith, Ramirez, Fentiman, & Rubens, 1999b; Richards et al., 1999a).

Why women delay seeking assistance for locally advanced breast cancer

Abstract

Locally advanced breast cancer (LABC) occurs in 10% to 30% of all new primary breast cancer diagnoses. For reasons that are not well-understood, 20% to 30% of women with breast cancer (at all stages) wait eight weeks or more from the time they notice the breast symptom(s) to when they seek assistance from a health care provider. Comprehending the mechanisms that support the health appraisal and health seeking behaviour is paramount and not well understood, particularly for women with LABC. The purpose of this study was to qualitatively explore the cognitive, emotional, and contextual experience of women with locally advanced breast cancer in the time between symptom discovery and seeking health care. In-depth qualitative interviews and a cross-case, content analysis revealed that the participants delayed their search for assistance because they did not perceive themselves to be at risk for developing breast cancer, had a symptom other than a lump, and so misattributed or minimized the gravity of the symptom, had a previous experience with a benign tumour, and/or were experiencing concurrent stressful life events. These participants were motivated to seek attention if they had an already scheduled appointment with a health professional for another matter, felt the symptom worsen over time, or were motivated by a loved one to seek help. Implications for health promotion and for education with women with benign breast disease, as well as the general public, are discussed.

Judy Gould, Ph.D., Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto, ON.

Barbara Fitzgerald, inf., M.Sc.inf., directrice des soins infirmiers, infirmière clinicienne spécialisée, Department of Nursing, Princess Margaret Hospital, Toronto, ON.

Karen Fergus, Ph.d., CPsych, psychologue, Centre de cancérologie Odette, Psychosocial et Behavioural Research Unit & Department of Psychology, Université York, Toronto, ON.

Mark Clemons, MD, oncologue médical, Division of Medical Oncology/Haematology, Princess Margaret Hospital, Toronto, ON.

Fauzia Baig, M.Sc., planificatrice en santé publique, Region of Waterloo, Public Health, Waterloo, ON.

Adresse pour toute correspondance : Judy Gould, 6th Floor, Health Sciences Building, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, 155 College Street, Toronto, ON M5T 3M7; Tél. : 416-978-2058, Téléc. : 416-978-1883, Courriel : judy.gould@utoronto.ca

Il est essentiel de bien comprendre les mécanismes sous-tendant les comportements liés à l'autoévaluation de la santé et au recours aux soins de santé, deux phénomènes qui ne sont pas sous la responsabilité directe du système de soins, ce qui est loin d'être le cas chez les femmes atteintes du cancer du sein, plus particulièrement chez celles atteintes d'un CSLA (Meechan, Collins, & Petrie, 2003; Smith, Pope, & Botha, 2005). On possède peu de données sur la compréhension qu'ont les femmes de leur propre comportement en matière de recours aux soins de santé ou de retard dans ce domaine et ce, telle que véhiculée par leurs propres déclarations (Smith et al., 2005). Dans la documentation qui existe, les femmes atteintes du cancer du sein citent les raisons suivantes pour repousser leurs recours aux soins : anxiété et craintes relatives au cancer du sein, atténuer la gravité de leur inquiétude (c.-à-d. qu'elles ne veulent pas qu'on les considère comme étant alarmistes ou hypochondriaques), la peur face au système médical, les croyances selon lesquelles une masse est la seule indication symptomatique d'un cancer du sein et enfin, ne pas vouloir perturber leur horaire chargé (Burgess, Hunter, & Ramirez, 2001; Burgess, Potts, Hamed, Bish, Hunter, Richards, & Ramirez, 2006; Facione, 2002; Facione & Facione, 2006; Facione, Miaskowski, Dodd, & Paul, 2002; Katapodi, Lee, Facione, & Dodd, 2004; Lauver, Coyle, & Panchmatia, 1995; Smith et al., 2005).

Cette étude avait pour but de mener une exploration qualitative de l'expérience cognitive, émotionnelle et contextuelle des femmes atteintes du cancer du sein localement avancé durant la période comprise entre la découverte d'un symptôme et le recours à des soins de santé.

Méthodologie

Dans le cadre de la présente étude, l'intervalle de temps compris entre l'autodétection et la décision de recourir aux soins de santé a été défini comme étant marqué par un délai si la femme se présentait devant un professionnel de la santé huit semaines ou plus après avoir détecté une anomalie du sein. On établissait la durée de ce retard en examinant dans les dossiers des patients les notes indiquant le temps écoulé entre la détection d'un ou de symptôme(s) et le premier rendez-vous avec un prestataire de soins. Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants : patientes diagnostiquées d'un CSLA qui avaient dépassé les trois mois postdiagnostic et qui avaient détecté elles-mêmes leur(s) symptôme(s). Les participantes ont été recrutées par échantillonnage de commodité dans une seule clinique du CSLA multidisciplinaire située dans un grand centre régional de cancérologie de Toronto, Canada (Fitzgerald, Clemons & Dent, 2006), ce qui signifie que notre échantillon n'est pas nécessairement représentatif de la population de femmes atteintes d'un cancer du sein localement avancé qui diffèrent leur recours aux soins. L'autorisation du comité local d'éthique de la recherche a été obtenue.

Les entrevues ont été effectuées en personne (n=8) ou au téléphone (n=6) par la coordonnatrice de la recherche auprès des patientes ayant accepté de participer à l'étude. Les entrevues qui duraient de 40 à 60 minutes étaient enregistrées puis transcrites. Durant cette entrevue de recherche, on demandait aux femmes de discuter de la manière dont elles avaient découvert le symptôme et l'avaient évalué sur les plans cognitif et émotionnel, de ce qui se serait passé, à leur avis, si elles avaient porté le symptôme à l'attention d'un professionnel de la santé à ce moment, des autres choses qui se passaient dans leur vie au moment où elles avaient découvert le symptôme, si elles avaient ou non divulgué leur inquiétude relative au symptôme à une amie ou à un membre de la famille et enfin, de toute expérience préalable qu'elles avaient d'un être cher touché par le cancer.

Analyse

Les participantes ont fourni une masse considérable d'information en décrivant leurs expériences ou leurs pensées, sentiments et

comportements liés à l'intervalle de temps compris entre la découverte du symptôme et le recours au système de soins de santé. L'équipe de recherche a adopté la position relativiste que les participantes avaient une connaissance experte de leur propre expérience et que son travail consisterait à faire état de cette dernière et à l'analyser (Guba & Lincoln, 1994).

Afin d'amorcer le processus d'analyse du contenu, les membres de l'équipe de recherche et les coauteurs BF, FB et JG ont chacun lu les quatre premières transcriptions d'entrevue puis se sont réunis en vue de formuler le cadre de codage initial global élaboré à partir des thèmes anticipés, ou déductifs et des thèmes émergents, ou inductifs (Patton, 2001; Cresswell, 2003).

Les thèmes initiaux étaient déduits de la littérature. Par exemple, étant donné que nous avions appris des écrits scientifiques que les femmes sous-estimaient leur risque de cancer du sein, nous avons incorporé, dans le guide d'entrevue, une question sur le degré de gravité que la participante accordait au symptôme. La *Perception du risque* a été cernée comme constituant une composante importante de l'expérience des femmes entre le moment de la découverte du symptôme et celui du recours aux soins de santé et il a été classé parmi les thèmes d'ordre supérieur. Nous avons donné à la perception du risque la définition ci-contre : « évaluations cognitives de la probabilité d'éprouver personnellement un préjudice si l'on ne prend aucune mesure » (McQueen, Vernon, Meissner, & Rakowski, 2008, p. 57, traduction libre). Lors du codage des données des transcriptions, toutes les données associées à la perception du risque ont reçu le code correspondant à ce thème. Lorsqu'on a réalisé un codage plus détaillé des données des transcriptions des entrevues et géré ces dernières au moyen du progiciel d'analyse qualitative NVivo 2.0, le code initial *Perception du risque* a été divisé en quatre sous-thèmes *Connaissance des symptômes mammaires*, *Connaissance des facteurs de risque*, *Fausse alertes précédentes* et enfin, *Évaluation et surveillance du symptôme*.

Fausse alertes précédentes est un exemple de sous-thème que l'équipe de recherche n'avait pas anticipé. Quoique nous demandions aux participantes d'aborder la gravité du symptôme mammaire telle que perçue par elles-mêmes, nous n'avions pas prévu que beaucoup d'entre elles parleraient de leurs antécédents en matière d'anomalies du sein éprouvées et résolues. Ce sous-thème non anticipé dans la littérature est apparu durant le processus de codage des données (Patton, 2001).

Dans l'ensemble, l'équipe de recherche a conclu que les quatre thèmes d'ordre supérieur et les sous-thèmes sous-jacents éclairaient suffisamment l'expérience des femmes entre la date de la découverte d'un ou de plusieurs symptôme(s) mammaire(s) et celle de la présentation de ce(s) symptôme(s) à un professionnel de la santé. Il s'agit des thèmes suivants : 1) *Perception du risque* ainsi que les sous-thèmes *Connaissance des symptômes mammaires*, *Connaissance des facteurs de risque*, *Fausse alertes précédentes* et *Évaluation et surveillance du symptôme*; 2) *Réactions à l'éventualité d'un cancer* ainsi que les sous-thèmes *La peur* également définie comme étant *l'inquiétude face au cancer* ou « l'évaluation affective de pensées non désirées et peut-être même incontrôlables concernant un résultat menaçant » (McQueen, Vernon, Meissner, & Rakowski, 2008, p. 57, traduction libre) et *Évitement*; 3) *Cadre de vielobstacles* lequel comprend les sous-thèmes *Exigences concurrentes* et *Expérience préalable du cancer*; et enfin, 4) *Déclencheurs du passage à l'action* ainsi que ses sous-thèmes *Rendez-vous déjà planifié*, *Symptôme se dégradant*, *Motivée par un être cher*.

L'équipe a déterminé que la saturation des thèmes a été atteinte lors de l'étude de la quatorzième transcription d'entrevue*. Tous les thèmes sont examinés ci-dessous. Les noms figurant à la suite des citations sont des pseudonymes.

* Guest, Bunce et Johnson (2006) ont démontré que la saturation de données qualitatives était atteinte après le codage et l'analyse de douze entrevues de recherche.

Résultats

Résultats démographiques choisis

La plupart des participantes avaient entre 50 et 69 ans (64 %) et 57 % d'entre elles étaient prémenopausées. La majorité des participantes étaient de race blanche (93 %), avaient un emploi (57 %) et 93 % avaient une tumeur de stade III; 22 % d'entre elles avaient des antécédents en matière d'anxiété ou de dépression et 36 % avaient des antécédents de maladie bénigne du sein. Toutes les participantes avaient fait des études postsecondaires, ce qui était la norme pour la clientèle de cette clinique du cancer du sein localement avancé (B. Fitzgerald, communication personnelle, le 16 octobre 2009) (voir les tableaux 1 et 2).

Résultats qualitatifs

Perception du risque

Ce thème d'ordre supérieur s'intéresse à la perception du risque, par les participantes, de développer un cancer du sein. Les sous-thèmes se rapportent à la façon dont les participantes pensaient au risque/à la vraisemblance d'une tumeur maligne et incluent leur connaissance des facteurs de risque du cancer du sein (Connaissance des facteurs de risque) et de leur connaissance des symptômes du cancer du sein (Connaissance des symptômes mammaires), de soucis médicaux préalables liés au sein (Fausses alertes précédentes) et la surveillance du ou des symptôme(s) au fil du temps (Évaluation/surveillance du symptôme). Chaque sous-thème souligne également le fait que les participantes pensaient aux symptômes, d'une part, tout en évitant d'y penser, d'autre part et

qu'elles les surveillaient. La plupart d'entre elles étaient également conscientes du fait que leur symptôme puisse exiger l'attention d'un professionnel de la santé.

La raison pour laquelle j'étais si peu vigilante... était, en partie, que je n'étais pas une candidate pour cette maladie... Je veux dire que j'ai fréquenté les mêmes cercles que des femmes préménopausées qui avaient eu le cancer du sein et... il s'agit de femmes comme les autres... ayant des carrières complètement différentes, certaines ayant des enfants et d'autres, pas, vous voyez ce que je veux dire, il n'y a pas de motif net... (Sephura)

Connaissance des facteurs de risque

Que les participantes connaissent ou non l'étiologie du cancer du sein et les facteurs de risque associés à la maladie, notamment des antécédents familiaux, elles ne se considéraient pas à risque de développer un cancer du sein. Comme une femme l'a exprimé succinctement :

...on n'arrête pas de parler des facteurs de risque et pourtant je crois comprendre que, pour la grande majorité d'entre nous, il n'y a pas de facteurs de risque qui sont constatés. Je n'avais pas de facteurs de risque, personne n'avait eu le cancer dans ma famille ... ce qui ne signifie pas que je croyais que je ne le développerais jamais, mais je dois vous avouer qu'à trente-huit ans, la maladie ne faisait pas partie des choses auxquelles je m'attendais... (Sephura)

Une autre participante a suggéré qu'elle ne se considérait pas à risque de développer le cancer parce que, si elle se fiait à ses antécédents familiaux, elle était plus susceptible de tomber victime d'une maladie cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral ou du diabète.

Tableau 1. Données démographiques sur les patients

Variables	Étude qualitative auprès de femmes retardant le recours aux soins N=14 Nombre de participantes (%)
Âge	
30–49	5 (36,0)
50–69	9 (64,0)
Ethnicité	
Race blanche	13 (93,0)
Race noire	1 (07,0)
Situation maritale	
Mariée/en union de fait	8 (57,0)
Divorcée	2 (14,0)
Veuve/séparée	1 (07,0)
Célibataire	3 (22,0)
Enfants	
Oui	9 (64,0)
Non	5 (36,0)
Éducation	
Élémentaire	0
Secondaire	0
Cycle supérieur	14 (100)
Emploi	
Oui	6 (43,0)
Non	8 (57,0)
Revenu (en \$ CAN)	
< 18 371	0
18 372–46 793	5 (36,0)
> 46 793	7 (50,0)
Non fourni	2 (14,0)

Tableau 2. Variables cliniques

Variables	Étude qualitative auprès de femmes retardant le recours aux soins N=14 Nombre de participantes (%)
Stade	
II	1 (07,0)
III	13 (93,0)
Histologie	
T. canalaies	12 (86,0)
T. lobulaires	2 (14,0)
Situation rel. à la ménopause	
En préménopause	8 (57,0)
En postménopause	6 (43,0)
Antécédents d'affection bénigne du sein	
Oui	5 (36,0)
Non	9 (64,0)
Antécédents d'anxiété/de dépression	
Oui	3 (22,0)
Non	10 (71,0)
Pas de réponse	1 (07,0)
Avoir subi auparavant une mammographie ou une échographie	
Oui	7 (50,0)
Non	7 (50,0)

Connaissance des symptômes mammaires

Toutes les femmes avaient découvert leur(s) symptôme(s) mammaire(s) sans l'aide de professionnels de la santé. Sept femmes en ont fait la découverte après avoir effectué un auto-examen des seins. Les femmes ont signalé avoir remarqué les divers symptômes initiaux suivants : une petite masse (n=5), quelque chose qui clochait dans l'apparence de leurs seins (n=2), un gonflement de l'aisselle (n=1), une échancre sur leur sein (n=2), un mamelon inversé (n=3) et une masse entre l'aisselle et le sein (n=1).

La plupart (n=10) des participantes ont mentionné, avec des regrets, qu'avant de recevoir leur diagnostic, elles ne réalisaient pas que le cancer du sein pouvait se révéler par d'autres symptômes qu'une masse. Les participantes étaient donc très nombreuses à ne pas s'être rendues compte que leurs symptômes tels que des fossettes, un changement de la forme du sein, une crête musculaire et des ganglions de l'aisselle enflés pouvaient également signaler la présence d'un cancer du sein, ce qui fait que leur perception des risques demeurait faible.

...si j'avais su que les ganglions enflés étaient un signe du cancer du sein, je me serais rendue...immédiatement au médecin et j'aurais insisté qu'on me fasse passer une échographie ou une mammographie. (Sephura)

Il n'y avait qu'une participante, qui occupait un poste de technicienne de laboratoire, qui a dit qu'elle savait que son symptôme indiquait probablement la présence d'un cancer du sein.

Une autre femme a ajouté que même si elle savait que sa masse au sein constituait un symptôme du cancer, elle avait pensé également que la masse pouvait être un symptôme de kystes mammaires bénins.

Eh bien, quand on se trouve une masse, on sait que les masses sont toujours associées au cancer dans l'esprit des gens mais cela ne veut pas dire qu'elles le sont nécessairement parce que j'ai plein de kystes du sein et je sens régulièrement des grosseurs dans mes seins et comment sait-on de quel type de masse il s'agit? (Kelly)

Fausse alertes précédentes

Neuf participantes ont révélé qu'elles avaient déjà fait l'expérience d'une tumeur bénigne, un fait qui, à leurs yeux, avait pu contribuer à leur décision de ne pas consulter plus tôt un professionnel de la santé et à réduire les risques perçus. Les examens précédents réalisés par le système de soins de santé relativement à leur(s) symptôme(s) mammaire(s) incluaient des échographies et des mammographies (n=7), des aspirations à l'aiguille, des biopsies au trocart et des opérations chirurgicales. Aucun de ces examens passés n'avait révélé de cellules cancéreuses.

À mon avis, c'était trompeur. Si je n'avais pas eu de kystes auparavant et si cela avait été la première masse que je découvrais de toute ma vie... (cela a pu réduire son effet alarmant (cette fois-ci). (Robin)

...d'avoir eu un diagnostic de maladie bénigne, je crois que cela m'a donné un faux sentiment de sécurité... (Linette)

Sept participantes supposaient que les symptômes étaient reliés à d'autres problèmes de santé tels que la perte de poids, le stress, la ménopause, des canaux galactophores bouchés, des problèmes de nature cardiaque et enfin, la mastite.

D'accord, les masses sont un signe ...mais une douleur fulgurante, pour autant que je sache, ça pourrait être mon cœur. (Linette)

...ce que je pensais à l'époque était que cela avait à voir avec le stress ... J'ai vu ce que le stress pouvait provoquer chez les gens ... alors, je l'ai mis sur le dos du stress et je me suis dit, quand j'aurai un autre emploi ... je pensais que tout reprendrait son cours normal. (Francesca)

...Mes règles ont cessé... et je me suis aperçue que mes seins étaient en train de changer, qu'ils devenaient plus fermes, qu'ils renfermaient plus de masses, mais je ne m'en inquiétais pas vraiment parce que je croyais que cela faisait partie de la ménopause et que, comme j'avais quarante-huit ans, ce n'en était que le début. (Melanie)

Certaines des attributions à d'autres maladies ont été faites à cause des expériences des femmes relatives à leurs fausses alertes précédentes où les symptômes qu'elles croyaient associés au cancer avaient été attribués à d'autres affections par le corps médical.

J'avais eu des symptômes identiques vingt ans auparavant et j'avais alors pensé « ô mon dieu, j'ai le cancer », mais en fait, je faisais une mastite... (Jessica)

Évaluation/surveillance du symptôme

Toutes les participantes ont discuté de la manière dont elles évaluaient et surveillaient leur(s) symptôme(s) durant l'intervalle de temps entre leur découverte et la décision de consulter un professionnel de la santé.** Trois participantes espéraient que leur symptôme disparaîtrait au fil du temps.

Je croyais qu'ils [les symptômes] avaient ... disparu; vous vous imaginez à quel point cela aurait été merveilleux! Alors (mon mari) a dit « oh cela s'est probablement évacué » ou tu sais... et puis je me suis levée (du lit) et je me suis dit « non, ils sont encore là ». (Sephura)

Quoique quelques-unes des femmes aient surveillé leur(s) symptôme(s) sur une base quotidienne ou « ne cessaient de le(s) vérifier, il leur était impossible de remarquer les changements au fil du temps ou n'en étaient pas bien certaines. Elles estimaient que les risques étaient suffisamment bas pour ne pas passer immédiatement à l'action.

Si j'avais remarqué une quelconque différence, j'aurais probablement fait quelque chose mais ils (les symptômes) ne me paraissaient pas différents d'une fois à l'autre... J'en ai senti une petite de ce côté-ci et elles ne semblaient pas changer beaucoup. (Elizabeth)

D'habitude, je vérifiais quand cela survenait... habituellement durant les moments stressants au travail. Alors, j'ai pensé que c'était une question de stress plus qu'autre chose. Et puis j'ai remarqué... qu'elle était plus grosse, mais je n'étais pas sûre parce que je ne l'avais jamais mesurée. (Linette)

Je vérifiais mon corps, je le vérifiais une fois par mois et puis je sortais de la douche et je me pressais les seins pour être sûre que rien n'en sortait, pas de sang ou quoi que ce soit d'autre ... parce que c'est ce qui avait été fait (par le médecin)... Je me suis dit « bon, ce n'est rien de grave ». (Melanie)

Une femme a déclaré qu'elle surveillait le symptôme, en sachant qu'il était possible que ce dernier soit une indication du cancer et qu'elle mettait toutes ses chances sur le fait qu'il ne signalait pas la présence d'un cancer.

...quand quelque chose croît si vite, tu ne t'attends vraiment pas à ce que ce soit bénin, mais justement. C'est un jeu de hasard, cela pourrait se terminer d'une façon ou de l'autre (éclat de rire). T'as cinquante pour cent de chances. (Fiona)

Les interventions d'évaluation et de surveillance incluaient également la recherche d'information sur le(s) symptôme(s) sur Internet (n=3), dans des articles médicaux (n=1) ou auprès de professionnels de la santé faisant partie des amis et connaissances des participantes (n=1). Ainsi, un de ces professionnels de la santé a recommandé à une participante d'appliquer un onguent sur ce qui semblait être une infection et d'appeler le médecin si l'infection persistait.

...J'ai vérifié auprès d'une ou deux infirmières et j'ai commencé à y mettre du Polysporin parce cela semblait un peu infecté... et l'infection a disparu en partie et cela s'est amélioré pendant quelque temps ... (elles

** Quoique le sujet des pratiques de santé complémentaires et alternatives ait été abordé durant les entrevues, aucune des participantes n'a signalé les avoir utilisées.

ont dit) essaie ça, mais si cela ne guérit pas, va voir un médecin. (Jessica)

Un autre aspect de l'évaluation et de la surveillance du symptôme consistait à en porter l'existence du symptôme à la connaissance du partenaire de vie, d'un membre de la famille ou d'une amie. Parmi les dix femmes mariées ou vivant en union de fait, neuf ont déclaré qu'elles entretenaient des rapports d'intimité et sept de ces femmes ont parlé de l'anomalie du sein à leur partenaire. Quelques-unes des femmes dont le partenaire n'avait pu constater la présence du nodule mammaire pour diverses raisons (p. ex. les seins avaient toujours eu des grosseurs, la masse était minuscule et impossible à déceler, le sein connaissait un vieillissement normal et le symptôme ne prenait pas la forme d'une masse) exprimaient une plus faible crainte du risque que les femmes dont le partenaire se préoccupait des changements survenant dans les seins.

Je l'ai mentionné à mon mari et il m'a répondu qu'il l'avait remarqué déjà depuis un certain temps, mais qu'il pensait qu'il s'agissait d'un signe de vieillissement et, ne voulant pas me bouleverser, qu'il ne m'en avait pas parlé. (Jessica)

Trois femmes n'ont pas divulgué à leur partenaire leurs préoccupations relatives à leur(s) symptôme(s). Les raisons qu'elles avaient de les taire incluaient le fait de ne pas vouloir inquiéter leur partenaire, la supposition que leur partenaire infirmerait leur inquiétude, le souhait que le symptôme disparaisse ou qu'il se passait trop de choses dans leur vie en sus du cancer. Ces raisons servaient également à éloigner les craintes du risque.

Quelques participantes ont divulgué leurs inquiétudes concernant leur symptôme à des amies ou des collègues de travail et les réactions de ces dernières encourageaient chez elles l'inaction et une perception des risques modérée. Dans le cas d'une participante, une amie a partagé l'opinion qu'elle exprimait à savoir que le symptôme était probablement une indication de la ménopause, tandis qu'une autre encourageait la participante à ne pas s'inquiéter. Dans les autres cas, le fait de parler à une amie ou à un membre de la famille amenait les femmes à passer à l'action (abordé dans le sous-thème *Déclencheurs du passage à l'action : Motivée par un être cher* ci-après).

Réactions face à la possibilité d'un cancer

Durant la période précédant la prise de contact avec un professionnel de la santé, douze participantes ont contemplé la possibilité que leur(s) symptôme(s) indique(nt) la présence du cancer et en ont été horrifiées. Pourtant, leur peur ne les a pas motivées à rechercher immédiatement des soins et certaines participantes se demandaient si elles avaient nié la gravité de leur(s) symptôme(s) mammaire(s).

Peur

Il n'est pas étonnant que les femmes rapportent éprouver des craintes, des peurs et des inquiétudes à l'idée qu'il s'agisse d'un cancer.

J'avais également peur au départ parce que, tu sais, il y a tant de femmes qui meurent du cancer du sein. (Renata)

Ben oui, c'était plutôt terrifiant, mais il n'y a rien que tu puisses y faire, alors il vaut mieux l'accepter. (Fiona)

Il y avait seulement quelque chose d'imprécis sous la surface alors je ne l'ai pas fait, tu sais, je veux dire que le cancer fait toujours... fait très peur, alors, même si tu penses que ce n'est pas ce que t'as, la possibilité que ça le soit, est terrifiante. (Kelly)

Déni

Sept participantes ont déclaré avoir rationalisé leurs peurs et avoir renié activement la possibilité d'un cancer.

...tu ne le crois pas vraiment jusqu'à ce que tu ne puisses plus faire autrement. Tu ne crois pas réellement que tu as le cancer. (Kelly)

Eh bien, il n'y avait qu'à voir mon sein, je sentais en moi qu'il abritait un gros problème, alors, je dirais qu'effectivement je faisais de la dénégation, que j'essayais de ne pas y penser et ne me demandez pas pourquoi j'ai fait ça, car je ne le sais pas... (Joséphine)

Deux autres femmes ont parlé de la crainte et du déni de l'existence d'une tumeur maligne.

J'avais assez peur, je crois, parce que je pensais que ça n'avait pas l'air d'un kyste... mais en même temps je pensais « oh mon Dieu », ... je pensais « non, ce n'est pas ce qui arrive, ça n'est rien, tu sais, ça va tout simplement disparaître dans quelques jours, etc. » Je crois que c'était là la réaction initiale, j'ai trouvé quelque chose qui m'a l'air différent mais tu t'emploies à rationaliser le tout dans ta tête, que c'est tout à fait normal et qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. (Robin)

...on finit par rationaliser qu'il n'y a rien de mal. On se disait « oh mon Dieu, que c'est terrible », tu sais... la rationalisation l'emporte sur la peur. (Jodie)

Prise de manière isolée, la peur pourrait avoir accentué la perception des risques tandis que les actes de déni et de rationalisation pouvaient avoir atténué la crainte du risque. Il se peut également qu'une grande peur ait rehaussé la perception des risques chez les femmes mais ait également paralysé, chez elles, toute volonté de recourir immédiatement aux soins.

Cadre de vie/obstacles

On examine ci-dessous les déclarations de participantes relatives aux événements de la vie survenus avant la détection du ou des symptôme(s) et durant l'intervalle de temps écoulé entre leur détection et le recours aux soins de santé. Ce thème englobe également les témoignages liés à l'Expérience préalable du cancer chez un être cher.

Bien des exigences simultanées

Onze femmes ont fait état d'événements de la vie qui les avaient empêchées de s'occuper de leurs symptômes mammaires. Ces obstacles au recours aux soins de santé pour les symptôme(s) mammaire(s) incluaient l'impossibilité dans laquelle elles se trouvaient de s'absenter du travail pour les rendez-vous, un déménagement, des vacances, le fait de prendre soin de quelqu'un d'autre et enfin, le fait de composer avec d'autres problèmes de santé physique ou émotionnelle.

Le travail constituait l'obstacle individuel le plus fréquemment signalé (n = 6). Deux participantes ont déclaré ne pas avoir pu s'absenter du travail pour consulter leur médecin par peur de représailles de la part de leur employeur.

...nous n'avions pas la permission de nous absenter du travail... pour voir le docteur, par exemple; non, la compagnie ne vous y autorise pas. (Francesca)

Deux femmes ont indiqué que le fait de mener une vie très occupée en général les avait empêchées de recourir à des soins médicaux pour leurs symptômes.

...Il y avait un examen physique que j'ai omis, qui aurait peut-être permis de le détecter... Mais à cause de mon horaire... j'ai manqué toute une série de... rendez-vous annuels, parce que cette année-là était vraiment, exceptionnellement stressante. (Linette)

Deux femmes ont décrit des situations de vie marquées par les bouleversements, les abus et/ou la maladie mentale. Dans ces deux situations, les femmes ont attendu plus de dix ans avant de consulter un médecin à propos de leurs symptômes et toutes deux ont déclaré que de contempler la possibilité d'avoir le cancer était une inquiétude de second ordre pour elles.

Je crois que la dépression constitue la seule préoccupation majeure que j'aie en matière de santé. Et, vous savez, cela correspond tout à fait à cette non-recherche d'aide ... vous savez, il y a le cancer... (un) petit incident par rapport à la douleur [émotionnelle] que j'éprouvais à cette époque-là. (Elizabeth)

Expérience préalable du cancer

Durant les entrevues, beaucoup de participantes ont parlé de l'expérience qu'elles avaient d'un être cher ayant trouvé le cancer sur son chemin. Alors que quatre femmes ne faisaient état d'aucune expérience préalable du cancer chez des êtres chers, sept se sont souvenues de l'effet puissant—et souvent négatif—qu'avait cette expérience sur leur réaction au symptôme.

...ma cousine a lutté contre le cancer du sein pendant plus de douze ans... j'en étais effrayée, tu sais, parce qu'elle a éprouvé bien des douleurs... elle y a survécu douze années mais... en fin de compte, le cancer s'était répandu et tu sais, elle en est morte, mais bien sûr, que cela a eu un effet sur moi, aucun doute, car j'étais très proche d'elle. (Joséphine)

Déclencheurs du passage à l'action

Les participantes ont mentionné les facteurs qui les avaient amenées à communiquer avec un professionnel de la santé à propos de leur(s) symptôme(s) mammaire(s) : la prise d'un rendez-vous pour une autre question de santé, la dégradation du ou des symptôme(s) et enfin, les paroles particulièrement motivantes de leurs amies ou de leur partenaire de vie.

Rendez-vous déjà planifié

Six participantes ont fini par rencontrer un professionnel de la santé et par aborder avec lui leur(s) symptôme(s) mammaire(s) uniquement parce qu'elles avaient un rendez-vous planifié pour une question de santé étrangère au cancer (p. ex. un examen physique annuel).

Il était temps que je subisse un examen physique et je devais y aller tout de suite après Noël; je me suis donc dit « bon, je vais voir si cela disparaît », c'était là ma réaction initiale ... parce que j'étais persuadée qu'il s'en irait. (Robin)

Symptôme se dégradant

Cinq participantes ont dit avoir pris contact avec un professionnel de la santé parce que leur symptôme avait empiré. Les signes de la dégradation des symptômes comprenaient les suivants : masse désormais palpable, dureté accrue de la masse ou autres changements évidents au niveau du sein (p. ex. épaississement).

Une nuit, alors que je me préparais à aller au lit, tout d'un coup, je l'ai vue de nouveau et je l'ai sentie, j'ai senti une masse extrêmement dure là où il y avait une échancrure et j'ai pensé « mon Dieu » et tu sais quoi, dès que j'ai senti ça, je me suis dit « non, dites-moi que ce n'est pas ce que je pense », j'ai donc appelé mon médecin dès le lendemain ... elle devenait de plus en plus facile à trouver et j'ai pensé, mais qu'est-ce que j'ai donc là, et finalement, quand j'ai senti la boule, je me suis écriée « non, ça ne se peut pas! ». (Renata)

Motivée par un être cher

Quatre participantes ont rapporté avoir été motivées par un être cher à consulter un professionnel de la santé au sujet de leur(s) symptôme(s).

Je l'ai annoncé à ma sœur. Je faisais ce qu'elle voulait que je fasse, en grande partie parce qu'elle insistait sans cesse. Et c'est probablement une bonne chose parce qu'autrement, je ne sais pas quand je serais allée consulter qui que ce soit ... (consulter un professionnel de la santé) c'était bel et bien en réaction aux exhortations de ma sœur. (Elizabeth)

Je n'arrêtais pas de dire « bon sang, qu'est-ce que c'est que ce truc? » et mon mari a fini par me dire « va voir le médecin et demande-lui de quoi il retourne, au lieu d'y penser tout le temps ». (Renata)

Discussion

La perception des risques et plus particulièrement la nature ambiguë ou non changeante des symptômes mammaires constituent les raisons pour lesquelles les participantes différaient le recours aux soins de santé pour leurs symptômes mammaires. L'incapacité de cerner avec exactitude la gamme des symptômes possibles du cancer du sein et l'incapacité de déterminer l'ampleur de la menace représentent deux prédicteurs significatifs du report en matière de recours et ce, dans tous les groupes d'âge (Bish, Ramirez, Burgess & Hunter, 2005; Burgess et al., 1998; Grunfeld et al., 2002; Meehan et al., 2003). Comme il a été démontré dans une récente étude, les patients présentant des symptômes particuliers facilement reconnaissables, comme une masse, associaient immédiatement le symptôme à une maladie grave tandis que les patients atteints de symptômes initiaux vagues ou non spécifiques différaient fréquemment leur assimilation à des signes de maladie (Smith et al., 2005). Facione (2002) a remarqué que les femmes non atteintes de cancer ne surestimaient pas leur risque de cancer si elles possédaient des connaissances et avaient reçu un enseignement sur le cancer et ses symptômes. Selon Facione (2002), aider les femmes à comprendre leur risque personnel et relatif de cancer du sein devrait être un élément incontournable de la promotion de la santé.

Un résultat essentiel de la présente étude, lequel est apparu comme sous-thème de *Perception du risque*, est la corrélation expérientielle existant entre le fait d'avoir des antécédents en matière d'anomalies bénignes du sein et un retard dans le recours aux soins. Neuf des quatorze femmes qui ont différé leur recours aux soins de santé avaient déjà fait l'expérience de tumeurs bénignes et avaient fait peu de cas de leurs symptômes les plus récents puisque les examens préalables n'avaient pas révélé de malignité. Cela a possiblement fait naître chez elles un faux sentiment de sécurité et les a amenées à croire que leurs nouveaux symptômes ne signalaient aucunement la présence d'un cancer. Facione (2002) et Absetz, Aro et Sutton (2003) ont découvert que les femmes qui avaient eu une affection bénigne du sein étaient *plus susceptibles* de surestimer leur risque de cancer du sein et éprouvaient une plus grande détresse à l'idée de recevoir un diagnostic de cancer à l'avenir que les femmes des groupes témoins appariés bien portants (consulter également Andrykowski, Carpenter, Studts, Cordova, Cunningham, Beacham, Sloan, Kenady, & McGrath, 2002).

Il est possible qu'en jetant un regard en arrière, les femmes ayant participé à la présente étude expliquent plus volontiers leur recours différé aux soins du fait qu'elles avaient eu au préalable une affection bénigne du sein. Il se peut qu'il y ait une certaine constellation d'éléments au sein des expériences (exigences de la vie concurrentes ou le fait d'avoir fait des études de cycle supérieur et donc avoir une plus grande confiance et un plus haut degré de contrôle sur leur propre santé) et de la vie émotionnelle (rationalisation des craintes plus forte que la moyenne) de ces femmes qui les rend moins susceptibles de surestimer leur risque ou de se prévaloir de soins immédiats ou de soins de suivi. On peut imaginer que les femmes éprouvent une grande détresse relativement à leur risque, mais elles ne cherchent pas pour autant à obtenir des soins immédiats. Une étude concernant la perception du risque chez les femmes atteintes d'une affection bénigne du sein a découvert que lorsqu'on leur avait conseillé de revenir faire un suivi, 34 % d'entre elles ne respectaient pas la recommandation. Ces dernières étaient plus jeunes, exécutaient l'auto-examen des seins avec plus de confiance, percevaient un plus grand risque de cancer du sein et manifestait une plus grande détresse relativement au cancer du sein (Andrykowski, Carpenter, Studts, Cordova, Cunningham, Mager, Sloan, Kenady & McGrath, 2001). Notre résultat soulève la question de l'élaboration de messages de promotion de la santé pouvant exercer une influence sur la perception du risque parmi cette sous-population de femmes.

Un autre résultat important est l'élément déclenchant le recours aux soins chez les femmes ayant remis leur consultation à plus tard. Le fait que certaines femmes attendent de subir leur examen physique annuel pour soulever leurs inquiétudes souligne à quel point il importe que les médecins amorcent une discussion sur les inquiétudes éventuelles relativement au sein pendant les examens physiques annuels destinés aux femmes. En outre, le fait que des femmes n'ont consulté un professionnel de la santé qu'après avoir obtenu le soutien ou les encouragements d'un être cher, illustre la nécessité de cibler les amis et les membres de la famille dans les interventions de promotion de la santé.

Pour finir, à la lumière du résultat selon lequel les femmes trouvent difficile de satisfaire à leurs propres besoins tandis qu'elles mènent une vie fort occupée, il est nécessaire de concevoir des interventions visant à habiliter les femmes à valoriser leur propre santé par-dessus toutes les exigences concurrentes de la vie.

Limitations de l'étude

Au moment des entrevues, toutes les participantes avaient été diagnostiquées d'un cancer du sein localement avancé. Par conséquent, nous découvrons leurs perspectives sur le recours différé aux soins seulement depuis le moment du diagnostic. Toutes les pensées et émotions connexes sur leurs motivations et actions avant le diagnostic sont colorées par la confirmation de la malignité de leurs tumeurs et tout sentiment de culpabilité éprouvé peut avoir une incidence sur le rappel et sur l'expérience subjective du report. Il serait intéressant de réaliser des entrevues, avec toute la sensibilité que cela exige, auprès de femmes non encore diagnostiquées qui diffèrent le contact avec le système de soins à propos de leur expérience entre le moment de la détection des symptômes et celui du recours à un prestataire de soins afin de mettre en évidence les raisons du report sans l'incidence possible de l'auto-récrimination pouvant accompagner le regret d'avoir attendu trop longtemps.

Futures recherches

Les raisons du recours différé aux soins dégagées dans le présent article rejoignent celles présentées dans la littérature (Facione & Giancarlo, 1998; Facione et al., 2002; Bish et al., 2005; Ramirez et al., 1999). Déterminer le raisonnement sous-tendant la décision des

femmes symptomatiques de recourir sur-le-champ aux soins ou au contraire de différer ce recours est un processus complexe. Facione et Facione (2006) qui ont examiné plus en détail le raisonnement des femmes symptomatiques ont constaté que celles d'entre elles qui ajournaient le recours aux soins comptaient sur de l'information fautive et sur des arguments mal étayés et rationalisaient à maintes reprises la décision qu'elles avaient prise. Les femmes de notre étude ont également indiqué qu'elles refusaient d'admettre la possibilité que leur symptôme soit cancéreux alors que, dans un même temps, elles craignaient qu'il s'agisse d'une tumeur maligne.

Il serait fort intéressant, à l'avenir, d'examiner, dans une perspective longitudinale, les variables associées aux arguments favorables au report—qu'ils concernent la personne elle-même ou ses rapports avec autrui—comme la sélectivité dont usent les femmes pour rechercher des faits ou pour formuler les arguments appuyant leur décision d'attendre, la façon dont elles tentent d'acquiescer un meilleur sentiment de maîtrise relativement au résultat de santé (p. ex. faire appel aux pratiques complémentaires et alternatives) ou la compréhension qu'elles ont des conséquences du recours aux soins (p. ex. l'effet des traitements contre le cancer) et comment ces arguments soutiennent la décision de différer le recours aux soins (Facione & Facione, 2006). On ne sait pas si les arguments que se façonnent les partisans de l'ajournement à force de répétition et de rationalisation changeraient si on les mettait au défi (ici encore par le biais des messages de promotion de la santé) de réexaminer leurs raisonnements. De plus, les femmes ayant éprouvé antérieurement une affection du sein bénigne tireraient parti de consultations psychologiques dans le cadre desquelles elles pourraient aborder de manière réaliste leurs perceptions des risques (Absetz, Aro & Sutton, 2003). En cherchant à atteindre les femmes et en les amenant à remettre en question l'information inexacte dont elles disposent, à recadrer les récits erronés et à se concentrer graduellement sur les conséquences des retards, il est possible qu'on les encourage à rechercher un diagnostic plus précocement.

Remerciements

Cette recherche a été subventionnée par la Fondation canadienne du cancer du sein—Division de l'Ontario. Nous aimerions remercier la D^{re} Danielle Kerr-Cresswell pour la précieuse assistance fournie dans le cadre de la planification de ce projet.

Références

- Absetz, P., Aro, A.R., & Sutton, S.R. (2003). Experience with breast cancer, pre-screening perceived Absetz, P., Aro, A.R., & Sutton, S.R. (2003). Experience with breast cancer, pre-screening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. *Psycho-Oncology*, 12(4), 305–318.
- Andrykowski, M.A., Carpenter, J.S., Studts, J.L., Cordova, M.J., Cunningham, L.C., Beacham, A., et al. (2002). Psychological impact of benign breast biopsy: A longitudinal, comparative study. *Health Psychology*, 21(5), 485–494.
- Andrykowski, M., Carpenter, J.S., Studts, J.L., Cordova, M.J., Cunningham, L., Mager, W., et al. (2001). Adherence to recommendations for clinical follow-up after benign breast biopsy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 69(2), 165–178.
- Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C., & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 321–326.
- Burgess, C.C., Hunter, M.S., & Ramirez, A.J. (2001). A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *British Journal of General Practice*, 54(473), 967–971.
- Burgess, C.C., Potts, H.W.W., Hamed, H., Bish, A., Hunter, M.S., Richards, M.A. et al. (2006). Why do older women delay presentation with breast cancer symptoms? *Psycho-Oncology*, 15, 962–968.
- Burgess, C.C., Ramirez, A.J., Richards, M.A., & Love, S.B. (1998). Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *British Journal of Cancer*, 77(8), 1343–1348.
- Caplan, L., & Helzlsouer, K. (1992). Delay in breast cancer: A review of the literature. *Public Health Review*, 20, 187–214.
- Cresswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cunningham, L.C., Andrykowski, M.A., Wilson, J.F., McGrath, P.C., Sloan, D.A., & Kenady, D.E. (1998). Physical symptoms, distress, and breast cancer risk perceptions in women with benign breast problems. *Health Psychology*, 17(4), 371–375.
- Facione, N.C., & Facione, P.A. (2006). The cognitive structuring of patient delay in breast cancer. *Social Science and Medicine*, 63, 3137–3149.
- Facione, N. (2002). Perceived risk of breast cancer: Influence of heuristic thinking. *Cancer Practice*, 10(5), 256–261.
- Facione, N.C., Miaskowski, C., Dodd, M.J., & Paul, S.M. (2002). The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: New thoughts for early detection. *Preventive Medicine*, 34(4), 397–407.
- Facione, N.C., & Giancarlo, C.A. (1998). Narratives of breast symptom discovery and cancer diagnosis: Psychologic risk for advanced cancer at diagnosis. *Cancer Nursing*, 21(6), 430–440.

- Fitzgerald, B., Clemons, M., & Dent, R. (2006). A clinic for patients with locally advanced breast cancer: An integrated, patient-centred program. **Oncology Exchange**, 5(1), 29–34.
- Grunfeld, E.A., Ramirez, A.J., Hunter, M.S., & Richards, M.A. (2002). Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. **British Journal of Cancer**, 86(9), 1373–1378.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (Eds.), **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. **Field Methods**, 18(1), 59–82.
- Harirchi, I., Chaemmaghami, F., Karbakhsh, M., Moghimi, R., & Mazaherie, H. (2005). Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: An Iranian study. **Public Health** 119, 885–891.
- Huang, E.H., Tucker, S., Strom, E., McNeese, M., Kuerer, H., Hortobagyi, G., et al. (2003). Radiation treatment improves local regional control and survival in patients with locally advanced breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy and mastectomy. **International Journal of Radiation Oncology Biol. Phys**, Suppl. 2, S238.
- Katapodi, M., Lee, K.A., Facione, N.C., & Dodd, M.J. (2004). Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: A meta-analytic review. **Preventive Medicine**, 38(4), 388–402.
- Kaufman, M., Hortobagyi, G.N., Goldhirsch, A., Scholl, S., Makris, A., Valagussa, P., et al. (2006). Recommendations from an international expert panel on the use of neoadjuvant (primary) systemic treatment of operable breast cancer: An update. **Journal of Clinical Oncology**, 24(19), 3221.
- Lauver, D., Coyle, M., & Panchmatia, B. (1995). Women's reasons for and barriers to seeking care for breast cancer symptoms. **Women's Health Issues**, 5(1), 27–35.
- McQueen, A., Vernon, S.W., Meissner, H.I., & Rakowski, W. (2008). Risk perceptions and worry about cancer: Does gender make a difference? **Journal of Health Communication**, 13(1), 56–79.
- Meechan, G., Collins, J., & Petrie, K.J. (2003). The relationship of symptoms and psychological factors to delay in seeking medical care for breast symptoms. **Preventive Medicine**, 36(3), 374–378.
- Nosarti, C., Crayford, T., Roberts, J.V., Elias, E., McKenzie, K., & David, A.S. (2000). Delay in presentation of symptomatic referrals to breast clinic: Patient and system factors. **British Journal of Cancer**, 82(3), 742–748.
- Olivotto, I.A., Bancej, C., Goel, V., Snider, J., McAuley, R.G., Irvine, B., et al. (2001). Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in seven Canadian provinces. **Canadian Medical Association Journal**, 165, 277–283.
- Patton, M.A. (2001). **Qualitative research & evaluation methods** (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ramirez, A.J., Westcombe, A.M., Burgess, C.C., Sutton, S., Littlejohns, P., & Richards, M.A. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: A systematic review. **The Lancet**, 353, 1127–1131.
- Richards, M.A., Westcombe, A.M., Love, S.B., Littlejohns, P., & Ramirez, A.J. (1999a). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review. **The Lancet**, 353, 1119–1126.
- Richards, M.A., Smith, P., Ramirez, A.J., Fentiman, I.S., & Rubens, R.D. (1999b). The influence of survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. **British Journal of Cancer**, 79(5/6), 858–864.
- Sant, M., Allemani, C., Capocaccia, R., Hakulinen, T., Aareleid, T., Coebergh, J.W., et al. (2003). EURO CARE Working Group. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. **International Journal of Cancer**, 106(3), 416–22.
- Singletary, S.E., Allred, C., Ashley, P., Bassett, L.W., Berry, D., Bland, K.I., et al. (2002). Revision of the American Joint Committee on cancer staging system for breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, 20, 328–3636.
- Smith, L.K., Pope, C., & Botha, J.L. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: A qualitative synthesis. **The Lancet**, 366, 825–831.