

Facteurs associés à la pratique de l'autoexamen des seins dans le cadre d'une enquête de population

Marianne Huguenin, Vincent Wietlisbach

Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bugnon 17, CH - 1005 Lausanne

INTRODUCTION

Etant donné l'incidence élevée du cancer du sein dans les pays développés, il convient d'encourager la mise en oeuvre de tous les moyens de détection précoce, en particulier de l'auto-examen des seins (AES). Afin de mieux connaître quelles sont dans le canton de Vaud les attitudes et les pratiques des femmes à ce sujet, une enquête de population a été réalisée en 1984 sur la base d'un échantillon représentatif de 500 femmes, suisses et étrangères, âgées de 20 à 74 ans. 382 d'entre elles ont accepté de recevoir à domicile une enquêtrice. Un premier article (1) présente la réalisation de l'étude et quelques résultats de base.

Le cadre conceptuel de l'enquête est celui du Health Belief Model (HBM) ou Modèle des représentations liées à la santé. Développé par des socio-psychologues américains, ce modèle (2,3) tente d'expliquer la pratique ou la non-pratique d'un geste préventif chez une personne par la perception subjective (représentation) qu'elle a de la maladie (vulnérabilité, gravité) et du geste préventif lui-même (barrières empêchant sa réalisation et bénéfices attendus), de même que par des "facteurs déclenchants", facilitant le passage à l'acte (tableau 1). Certains chercheurs ont ajouté par la suite à ce noyau originel du HBM d'autres variables susceptibles d'améliorer sa valeur prédictive, telles le degré d'intégration sociale, le contrôle que la personne pense avoir sur sa vie ou sur sa santé ("locus of control"), ou l'état de santé perçu par l'individu. Notre étude, et cet article en particulier, en reste essentiellement au modèle originel. En effet, dans le cas de l'AES, qui exige en principe de la femme autonomie et compétence, les barrières qui en freinent la pratique peuvent être multiples et complexes et leur analyse nous a semblé primordiale; de même il nous a paru essentiel d'évaluer le rôle des facteurs déclenchants jusqu'ici relativement peu investis (2,3), en particulier celui joué par les médecins.

METHODES

Le questionnaire a été élaboré de manière à pouvoir situer la personne interrogée sur les différents axes du HBM. Des questions fermées et ouvertes ont été utilisées, celles-ci dans le but de permettre aux femmes de s'exprimer plus librement et de contourner éventuellement les mécanismes de défense (fuite ou négation) pouvant apparaître lors de questions trop directes sur des thèmes tels que le cancer ou l'ablation du sein. La pertinence et l'acceptabilité du questionnaire ont été testées avant l'enquête sur une vingtaine de personnes.

La position sur chacun des axes du HBM a été mesurée par un score qui exprime simplement la proportion de réponses "positives" dans les questions spécifiques à chacun des axes. Les scores suivants ont été construits ainsi :

Score de vulnérabilité au cancer du sein (4 questions)

- question directe sur le concernement éventuel par le cancer du sein
- évaluation du "risque individuel" par rapport à une autre femme du même âge
- question ouverte sur la maladie la plus redoutée
- réaction spontanée à l'évocation du cancer du sein (question ouverte où seules les réponses exprimant une idée de concernement ont été prises en compte : "pourvu que ça ne m'arrive pas").

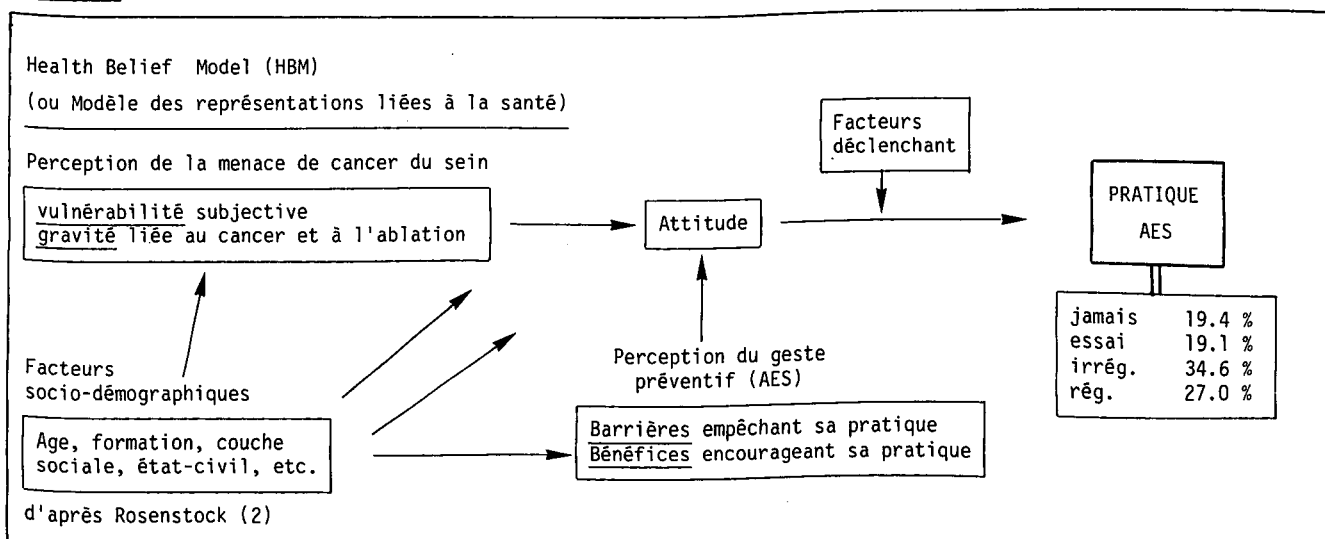
Score de gravité liée au cancer du sein (3 questions)

- même question que ci-dessus pour laquelle nous retenons ici les réponses évoquant ce cancer de manière pessimiste : "ça nous prend tout le corps et c'est la fin"
- possibilité de guérir du cancer
- évaluation des chances de survie

Score de gravité liée à l'ablation du sein (2 questions)

- jugement sur la gravité comparée du cancer et de l'ablation du sein (les réponses où l'idée d'une mastectomie est perçue comme aussi grave que la maladie elle-même ont été retenues).

Tableau 1



- question ouverte sur les répercussions qu'entraînerait une mastectomie et où étaient retenues les réponses exprimant l'idée d'une atteinte insurmontable.

Score des bénéfices attendus de l'AES (2 questions fermées)

- (re)connaissance du fait que la détection précoce du cancer du sein améliore la survie
- (re)connaissance du fait que la détection précoce peut éventuellement éviter l'ablation totale du sein

Score des barrières à la pratique de l'AES (5 questions)

- manque d'informations (sur le sein normal, ses maladies et l'AES)
 - manque de compétence à distinguer ce qui est normal ou non lors de l'AES
 - angoisse que peut susciter l'AES
 - dépendance passive à l'égard des médecins ("ça suffit si un médecin nous examine une fois par année")
 - attitude indifférente ou négative envers ses seins.
- Il s'agit là de 5 questions fermées.

Score des facteurs déclenchants (6 questions fermées)

- avoir eu un médecin vous conseillant l'AES
 - au moins une fois dans sa vie
 - dans l'année écoulée
- avoir eu un examen des seins effectué par un médecin
 - au moins une fois dans sa vie
 - dans l'année écoulée
- avoir entendu parler de l'AES par des sources autres que médicales (médias, proches, personnel soignant)
- avoir reçu une brochure expliquant la procédure de l'AES.

RESULTATS

Les résultats suivants ont été obtenus en ce qui concerne la pratique de l'AES : 19.4 % des femmes ne l'ont jamais fait, 19.1 % ont essayé, 34.6 % le font irrégulièrement et 27.0 % régulièrement.

Nous avons calculé pour chacun de ces 4 groupes les scores moyens définis ci-dessus, associés chacun aux différents axes du HBM. Le tableau 2 présente ces résultats.

Scores moyens selon les catégories de pratique de l'AES		
① jamais ② essai ③ irrégulièrement ④ régulièrement		
axe du score	0 .25 .50 .75 1	p du chi-carré *
vulnérabilité au cancer	1 23 4	.001
gravité du cancer	431 2	.044
gravité de l'ablation	14 3 2	.048
barrières à l'AES	4 3 2 1	.000
bénéfices de l'AES	123 4	.429
facteurs déclenchants	1 2 3 4	.000

* test d'homogénéité des scores moyens entre groupes

Les barrières et les facteurs déclenchants présentent les différences de scores entre groupes les plus grandes (p.000); ces différences restent significatives pour tous les autres scores, excepté celui des bénéfices. Le score des barrières décroît de manière très nette avec la pratique de l'AES. La tendance inverse s'observe pour le score des facteurs déclenchants qui sépare nettement les femmes qui n'ont jamais fait l'AES des autres. Le score de vulnérabilité croissant avec la pratique de l'AES reste à un niveau très bas, ce qui s'explique par le fait que peu de femmes se sentent plus exposées que la moyenne ou citent spontanément le cancer du sein comme maladie les préoccupant le plus.

Les 2 scores de gravité sont intéressants, car ils sont les seuls à ne pas être ordonnés selon la pratique de l'AES. On peut remarquer que les femmes le faisant régu-

lièrement ont le moins peur du cancer et de l'ablation, comme, dans ce dernier cas, celles qui ne l'ont jamais fait.

Analyse discriminante

L'étude des scores pris individuellement ne permet pas de connaître leur influence conjuguée sur la pratique de l'AES. Dans quelle mesure leur effet isolé persiste-t-il lorsqu'ils sont mis en concurrence ? Pour répondre à cette question, nous avons effectué une analyse discriminante des 4 groupes de pratique de l'AES en fonction des scores moyens et des variables socio-démographiques (âge, couche sociale, état-civil, nationalité, etc)

Deux axes se dégagent de cette analyse, la contribution du troisième n'étant pas significative. Le 1er axe discrimine les 4 groupes de manière ordonnée, positivement pour les femmes pratiquant l'AES (irrégulièrement ou régulièrement), négativement pour les autres. Le 2ème axe, bien que nettement moins important (13.6% de la variance expliquée contre 81.2% pour le 1er), est néanmoins intéressant : il sépare cette fois les femmes ayant un comportement affirmé (pas de pratique du tout ou pratique régulière), négatives sur cet axe, des autres. Le tableau 3 montre dans quel ordre les variables apparaissent dans l'analyse discriminante faite pas à pas, et quelle est leur contribution à chacun des 2 axes.

Analyse discriminante des 4 groupes de pratique de l'AES par les scores et les facteurs socio-démographiques			
Pas	Variables	Coefficients standardisés	
		Axe 1	Axe 2
1	Barrières	- .61	+ .47
2	Facteurs déclenchants	+ .56	+ .55
3	Vulnérabilité	+ .31	
4	Age	+ .26	
5	Couche sociale	+ .24	
6	Gravité ablation		+ .50
7	Gravité cancer		+ .39
Contribution à la variance expliquée		81.2 %	13.6 %
Wilks Lambda		.57	
% des cas classés juste		50.3	

Sur le 1er axe, nous retrouvons l'influence primordiale et inversée des barrières et des facteurs déclenchants. Ensuite viennent le score de vulnérabilité et les seules variables socio-démographiques retenues, l'âge et la couche sociale, toutes deux associées positivement à la pratique de l'AES.

Etonnamment, sur le 2ème axe, les femmes n'ayant jamais fait l'AES et celles le faisant régulièrement ont en commun des barrières et des facteurs déclenchants peu élevés. On voit donc que le faible niveau de ces facteurs caractérise les femmes ne faisant pas l'AES, puisque cela ressort sur les 2 axes; de même, des barrières peu élevées distinguent le plus nettement les femmes ayant une pratique régulière. Ces 2 groupes opposés de femmes ont en outre en commun sur le 2ème axe le fait de n'exprimer qu'une peur relative du cancer et surtout de l'ablation du sein.

Pour s'assurer de la reproductibilité des résultats décrits ci-dessus, l'analyse discriminante a été répétée sur un certain nombre de sous-échantillons choisis au hasard et a vaillamment résisté à cette épreuve de validation. Son pouvoir discriminant global peut être évalué par la proportion de femmes qu'elle permet de classer correctement dans leurs 4 groupes respectifs. Ce pourcentage vaut ici 50.3%.

Analyse discriminante avec les scores "cassés"

L'influence relative des axes du HBM étant précisée, la dernière étape a été de refaire l'analyse discriminante en y incluant non plus les scores, mais chacune des questions dont ils sont composés. Les principaux apports de cette analyse sont présentés dans le tableau 4.

Pas	Variable	Coefficients standardisés	
		Axe 1	
1	Information sur l'AES donnée par un médecin	+ .55	
2	Manque de compétence ressenti par rapport à l'AES	- .37	
3	Dépendance passive à l'égard des médecins	- .36	
Contribution à la variance expliquée		72.3 %	
Wilks Lambda .51			
% des cas classés juste : 56.0			

De manière nette, l'information dispensée par un médecin au moins à une reprise dans la vie d'une femme apparaît comme le facteur le plus associé à une pratique accrue de l'AES, suivi par 2 barrières : le manque de compétence ressentie face à l'AES et la dépendance passive à l'égard des médecins.

DISCUSSION

Dans une étude transversale comme la nôtre, la mise en évidence d'une forte association entre un facteur et la pratique de l'AES ne signifie pas forcément que celui-là agisse sur celle-ci; p.ex. de faibles barrières à l'AES peuvent permettre sa pratique, mais celle-ci peut aussi contribuer à faire tomber ces barrières. Cette réserve ne concerne pas les facteurs déclenchants dont la causalité semble claire, surtout pour le principal d'entre eux, l'information et l'encouragement à la pratique de l'AES dispensé par un médecin.

Une meilleure connaissance des facteurs associés à la pratique de l'AES ne peut que nous aider à mieux orienter nos actions dans ce domaine. Nos résultats, dégageant prioritairement l'importance des facteurs déclenchants et des barrières liées à l'AES, avant les représentations de la maladie elle-même, nous incitent à agir surtout à travers les personnes-clés que se révèlent être les médecins d'une part, et d'autre part à concrétiser le plus possible l'éducation à l'AES.

Les renseignements apportés par les différents axes de l'analyse discriminante nous permettent de préciser l'interaction dynamique des composantes du HBM : il apparaît que si les facteurs déclenchants sont indispensables pour inciter une femme à pratiquer l'AES, ils ne suffisent pas à rendre cette pratique régulière. Pour arriver à ce niveau-là, la contribution essentielle est alors de diminuer les barrières, ainsi que la peur liée au cancer et à l'ablation.

L'essentiel de notre analyse repose sur des scores, dont on peut se demander s'ils sont pertinents. Le fait qu'ils soient le plus souvent ordonnés entre les 4 groupes est déjà un élément de réponse. L'analyse discriminante avec les scores "cassés", qui n'améliore pas de manière importante le pouvoir discriminant, est un autre argument solide en faveur de la pertinence des scores, puisqu'elle travaille selon une combinaison linéaire de scores plus complexes. Le léger handicap en valeur prédictive des scores est par ailleurs compensé par leur simplicité d'interprétation, qui permet de raisonner sur la base d'un modèle.

La valeur prédictive globale de l'analyse discriminante peut sembler faible puisque le comportement de près de la moitié des femmes reste inexplicé. Ces résultats rejoignent ceux d'autres études dans ce domaine (4,5), démontrant à la fois la validité du HBM, mais son incapacité à expliquer l'ensemble des facteurs influençant un comportement préventif, négativement ou positivement.

RESUME

Une enquête par interview, portant sur la pratique de l'auto-examen des seins (AES) et les attitudes dans ce domaine a été réalisée auprès de 382 femmes du canton de Vaud, sur la base d'un échantillon représentatif. Pour mettre en évidence les raisons qui incitent ou freinent la pratique de l'AES, le Health Belief Model a servi de cadre conceptuel et des scores ont été construits pour chacune de ses composantes.

Une analyse discriminante montre que les "facteurs déclenchants" et les barrières subjectives liées à l'AES sont les éléments les plus fortement associés à cette pratique. Les 2 barrières principales sont le manque de compétence ressentie face à l'AES et la dépendance passive à l'égard des médecins. Le facteur déclenchant essentiel est l'information sur l'AES transmise par un médecin.

DIE SELBSTUNTERSUCHUNG DER BRUST IM RAHMEN EINER BEVÖLKERUNGSBEZOGENEN BEFRAGUNG

Im Kanton Waadt wurde an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe eine Studie über die Selbstuntersuchung der Brust (BSU) durchgeführt. Mit einem Interview wurde die praktische Anwendung erfasst, aber auch die Einstellung der Frauen zu dieser Vorsorgemassnahme. Die Beteiligung lag bei 76.6% (382 Frauen).

Als theoretischer Rahmen für die Untersuchung der Bestimmungsfaktoren der BSU diente das Health Belief Model. Für jede der folgenden Teilkomponenten des Modells wurden scores entwickelt.

Die Diskriminanzanalyse zeigt, dass die "auslösenden Faktoren" sowie subjektiv empfundene Hindernisse für die Praxis der BSU eine bedeutende Rolle spielen. Die zwei wichtigsten Hinderungsgründe sind ein empfundener Mangel an Eigenkompetenz sowie eine passive Einstellung dem Arzt gegenüber. Der wichtigste auslösende Faktor ist die Information über BSU durch den Arzt.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE PRACTICE OF BREAST SELF-EXAMINATION IN A POPULATION SURVEY

A survey was carried out on the practice of breast self-examination (BSE) and attitudes related to this field by interviewing 382 women out of a representative sample from the canton of Vaud, Switzerland (response rate: 76.6%).

In order to clarify the reasons which encourage or discourage the practice of BSE, the Health Belief Model was used as the conceptual frame and scores were built for each component: perceived threat of breast cancer (susceptibility and severity), perceived benefits and barriers to BSE, cues to action.

A discriminant analysis shows that cues to action and barriers are the factors that are the most strongly associated with the practice or not of BSE. The main barriers are lack of perceived competence and passive dependence on doctors. The most important cue to action was the fact of having been informed about BSE by one's doctor.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Huguenin M, Wietlisbach V. Attitudes et pratiques des femmes vaudoises vis-à-vis de l'auto-examen des seins (AES). Soz. Praeventivmed 1985, 30:157-161
- Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs 1974, vol.2 : No 4
- Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs 1974, vol.2: No 4
- Calnan M. The Health Belief Model and Participation in Programmes for the Early Detection of Breast Cancer: A Comparative Analysis. Soc.Sci.Med.1984, 19 : 823-830
- Stillman MJ. Women's Health Beliefs about Breast Cancer and Breast Self-Examination. Nurs.Res. 1977, 26: 121-127