

Attitudes et pratiques des femmes vaudoises vis-à-vis de l'auto-examen des seins (AES)*

Marianne Huguenin, V. Wietlisbach, J. Martin, Giovanna Meystre-Agustoni

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

INTRODUCTION

En Suisse comme dans d'autres pays occidentaux industrialisés, le cancer du sein est le plus fréquent et le plus meurtrier des cancers de la femme. 250 nouveaux cas environ sont diagnostiqués chaque année dans le canton de Vaud (population totale 530'000 hab.), soit une incidence supérieure à celle des cancers du colon, de l'ovaire, du col et du corps utérin réunis (1). Alors que la prévention primaire n'offre pratiquement aucune perspective, la détection précoce permet d'améliorer sensiblement la chance de survie, celle-ci dépendant en grande partie de la taille de la tumeur : la survie à 10 ans atteint 80% pour les tumeurs plus petites que 1 cm de diamètre et diminue à 55% pour les tumeurs de 3 à 4 cm (2).

L'examen des seins reste le geste de base de cette prévention secondaire, même si l'utilisation de la mammographie à but préventif est appelée à se développer. Les femmes ont dans la réalité toujours joué un rôle important à cette étape puisque, selon la littérature, 70 à 90% des cancers sont décelés par les femmes elles-mêmes : dans un collectif genevois (3), seuls 24% des cancers avaient été trouvés par le médecin lors d'un examen de routine. Mais ce rôle était surtout passif, consistant le plus souvent en une découverte par hasard d'une tumeur déjà avancée... Dans la même étude genevoise, 76,5% des tumeurs découvertes par les patientes avaient un diamètre de plus de 2 cm au moment de l'opération, et 39% des femmes avaient attendu plus de 2 mois avant de consulter.

Il est donc logique de chercher par la promotion de l'auto-examen des seins (AES) à rendre plus actif ce rôle des intéressées elles-mêmes. Ayant son origine dans les groupes de self-help (USA) et dans une partie du corps médical, l'AES a parfois suscité quelque scepticisme sur son efficacité à réduire la mortalité du cancer du sein et sur les possibilités de diffusion de sa pratique, vu l'angoisse que cela susciterait chez les femmes (4).

Plusieurs études ont indiqué dès 1978 un effet favorable de la pratique de l'AES sur le diamètre de la tumeur au moment du diagnostic et sur le nombre de ganglions touchés (5,6,7,8). Une étude récente montre pour la première fois une différence au niveau de la survie même, 75% à 5 ans pour les femmes pratiquant l'AES contre 57% pour celles ne le pratiquant pas (9). La littérature souligne actuellement le problème de la qualité de l'AES (connaissance de la technique d'examen et des signes pathologiques), qu'on a montré être souvent insuffisante (10).

Alors qu'on dispose de multiples travaux anglo-saxons, nous savons peu de chose sur la place de l'AES et les attitudes des femmes à ce sujet en Suisse (11). Pour répondre à ces questions, une étude a été menée dans le canton de Vaud. Nous présentons ci-dessous les premiers chiffres et commentaires qui dégagent des éléments importants.

METHODE

A l'occasion de ce travail, une collaboration a été établie entre l'IUMSP** et la Maternité du CHUV** où P. de Grandi et J.B. Stalder désiraient étudier la prévalence des facteurs de risque du cancer du sein.

Un échantillon aléatoire de 1'500 femmes a été tiré dans la population vaudoise des femmes âgées de 20 à 74 ans (étrangères comprises). Le plan d'échantillonnage a été réalisé au niveau des communes, réparties en 6 strates. Les 9 plus grandes communes étaient choisies d'office. Dans les autres strates, construites en fonction du nombre d'habitants des communes et de population totale identique, 34 communes ont été tirées au sort. Un nouveau tirage au sort était effectué ensuite avec l'aide des offices de contrôle des habitants, dont il faut relever l'excellente collaboration.

Dans chaque commune, l'échantillon a été divisé aléatoirement en deux, un tiers pour notre enquête sur l'AES (499 femmes) et deux-tiers pour l'enquête de la Maternité (1001 femmes). Cette méthode a permis de limiter le nombre de communes concernées (et ainsi les frais), tout en assurant la même probabilité d'être choisi pour chaque individu du groupe-cible dans le canton.

Construction du questionnaire et déroulement de l'enquête

Dans cet article, nous étudions avant tout de quelle manière les femmes répondent aux questions qui se rapportent directement à leur pratique de l'AES et leur attitude à son égard. Dans la construction du questionnaire, nous avons utilisé également le Health Belief Model comme instrument d'évaluation plus élaboré de cette attitude. Développé aux USA dans les années cinquante, ce modèle cherche à expliquer la présence ou l'absence d'un comportement préventif individuel en s'appuyant sur les représentations : en particulier sur la perception de la vulnérabilité individuelle à la maladie, de la gravité de l'atteinte causée par cette maladie, des bénéfices et des barrières facilitant ou empêchant le passage à l'action préventive (12).

Dans cette perspective, nous avons posé une série de questions se rapportant aux connaissances et attitudes des femmes au sujet de la maladie en général, du cancer du sein, de la mastectomie et des moyens de prévention. D'autre part, nous avons cherché à évaluer la place des médecins (réalisation de l'examen des seins, transmission d'informations). Des questions sur les facteurs de risque individuels étaient aussi incluses.

L'enquête a été effectuée par entretien individuel après prise de contact par lettre, puis si possible par téléphone, par 15 enquêtrices d'âges et de milieux divers. Celles-ci avaient bénéficié d'une formation portant sur le déroulement de l'enquête et l'AES lui-même.

* * * * *

**IUMSP : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

* CETTE ÉTUDE A ÉTÉ RÉALISÉE AVEC LE SOUTIEN FINANCIER DE LA LIGUE VAUDOISE CONTRE LE CANCER, QUE NOUS REMERCIONS ICI.

Le questionnaire comprenait des questions fermées et ouvertes et durait de 30 à 45 minutes; les enquêtrices avaient comme consigne d'intervenir le moins possible à cette étape, mais d'être très disponibles ensuite, retenant et expliquant les problèmes soulevés.

Représentativité de l'échantillon et des répondantes

La représentativité de l'échantillon de 499 femmes est satisfaisante lorsqu'on compare sa structure par classes d'âge quinquennales et nationalité à celle de la population-cible (p du $\chi^2 = .248$).

382 femmes, soit 76.6% de l'échantillon ont accepté de recevoir une enquêtrice à domicile. Le taux de refus initial n'est que de 17.6%; et plus de la moitié des personnes ayant refusé (9.8%) ont accepté de répondre à une courte enquête complémentaire par téléphone. 3.6% ont été exclues de l'enquête (déménagement hors canton, parties sans laisser d'adresse), 1.4% étaient inatteignables et 0.8% atteintes d'une maladie rendant l'entretien irréalisable.

Le sous-échantillon des femmes qui ont répondu à l'enquête n'a pas un profil très différent de celui des non-répondantes (p du $\chi^2 = .283$); par rapport à la population-cible du canton, il est même plus représentatif que l'échantillon total ($p = .628$). La participation a été légèrement inférieure pour les étrangères (67.4% contre 78.7%), pour les plus jeunes (elles ont pourtant le taux de refus le plus bas, mais sont souvent difficiles à contacter) et les plus âgées (phénomène inverse; par contre elles répondent volontiers à l'enquête complémentaire).

RESULTATS

Pratique de l'auto-examen du sein

61.6% des 382 femmes ayant répondu à l'enquête disent pratiquer l'AES mais seulement 27.0% régulièrement. La même question posée dans le cadre de l'enquête complémentaire ($n = 49$) donne un résultat très différent avec seulement 38.8% de pratique et 22.5% de pratique régulière. (Tableau 1)

Tableau 1

PRATIQUE DE L'AUTO-EXAMEN		
	Répondantes	Enquête complémentaire
	N = 382	N = 49
jamais	: 19.4%	44.9%
essayé	: 19.1%	16.3%
irrégulièrement:	34.6%	16.3%
régulièrement	: 27.0%	22.5%
		$p \chi^2 = <.01$

Cette différence persiste après standardisation par âge de ce collectif (qui comporte davantage de femmes âgées de plus de 40 ans et surtout de plus de 60 ans).

Que les femmes ayant refusé de participer à notre enquête aient une moindre pratique de l'AES était prévisible: il est presque inévitable qu'une enquête se présentant sous le thème général "santé des femmes et prévention" suscite un taux de participation plus élevé chez les personnes que le sujet intéresse de manière positive. Près de 40% des participantes à l'enquête complémentaire reconnaissent, spontanément ou sur demande, que leur refus initial venait principalement d'une certaine aversion à aborder le thème du cancer... Attitude qui n'est donc pas sans influencer la pratique de l'AES.

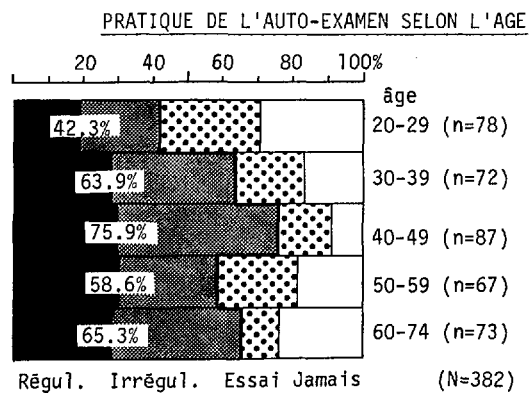
Les résultats de l'enquête complémentaire et ceux

de l'enquête proprement dite nous permettent d'estimer raisonnablement la pratique de l'ensemble de la population féminine vaudoise. L'addition des deux groupes ($n = 431$, 86.4% de l'échantillon) nous montre une pratique de l'AES chez 58.9% des femmes, régulière chez 26.4%. Si l'on posait l'hypothèse extrême que cette pratique est nulle parmi celles que nous n'avons pu interroger, il persisterait une pratique de l'AES chez 50.9% des femmes, régulière chez 22.8%

Variation de cette pratique selon l'âge

Le tableau 2 montre une pratique de l'AES plus fréquente entre 40 et 49 ans, classe d'âge où l'on trouve aussi le moins de femmes n'ayant jamais essayé l'AES. Ces différences selon l'âge sont significatives; elles le demeurent, bien que réduites, si l'on tient compte des résultats de l'enquête complémentaire (qui tend à diminuer surtout le taux de pratique des femmes de plus de 40 ans).

Tableau 2



$p \chi^2 <.001$ (régul.+ irrégul./ essai+ jamais)

$p \chi^2 <.01$ (régul. / irrégul. / essai / jamais)

Relevons que dans une question sur l'âge auquel le risque de cancer du sein est le plus élevé, la majorité des femmes de 40 à 49 ans (54%) se croient faussement les plus menacées. Cette erreur est d'ailleurs largement répandue: parmi les femmes de plus de 50 ans, seules 28% savent qu'elles sont plus à risque que des femmes plus jeunes alors que 36% pensent au contraire que leur risque diminue... Certaines ont même cessé leur pratique de l'AES: j'ai arrêté à la fin des règles, avant je le faisais régulièrement.

Les raisons données

Lorsqu'on demande aux femmes qui ont une pratique régulière ($n=103$) ce qui les a décidées à pratiquer l'AES, dans le cadre d'une question ouverte (2 réponses), on obtient les explications suivantes:

- conseil d'un médecin: 25%
j'avais 28 ans quand il m'a montré (femme de 58 ans)
- conception personnelle de type préventif: 25%
utilité de prévenir la maladie, de détecter le cancer
- conseil ou expérience vécue des proches: 18%
des amies opérées m'ont encouragée
- expérience vécue personnelle: 16%
kystes, histoire d'un coup sur le sein
- influence des médias: 14%
- concernement, la peur: 14%
- conception personnelle de l'hygiène du corps: 12%
(plus axée sur la santé que sur la prévention de la maladie: pour se sentir en ordre, à l'aise; respect vis-à-vis de soi-même)

Comme justification de l'absence d'une pratique régulière (n=279), les raisons suivantes sont données :

- réponse vague de type "je devrais, mais...": 44%
je n'y pense pas; je n'ai pas le temps
- mise en doute de la nécessité de la prévention : 25% (ignorance ou refus de se sentir concernée)
j'ai confiance; je n'ai pas mal; pas nécessaire, je n'ai pas senti quelque chose qui me le ferait faire
- manque d'information et/ou de compétence : 16%
je ne sais pas évaluer ce que je sens; c'est difficile, on sent plein de boules; je n'ai pas confiance en moi
- AES assimilé à la maladie, angoisse : 15%
il ne faut pas se mettre dans la tête qu'on est malade; c'est se chercher des maladies; la peur de trouver quelque chose
- renvoi de la responsabilité au médecin : 6%
il y a des spécialistes pour ça; j'ai confiance en mon médecin; je vais chez mon gynécologue tous les trois mois
- AES désagréable, gênant : 2%
je n'ose pas me toucher

Lorsqu'on leur pose directement la question, 17% seulement des femmes admettent qu'elles trouvent "inutile de s'examiner soi-même les seins si on a un médecin qui le fait une fois par année". Elles sont un tiers seulement (34.4%) à être de cet avis même parmi celles qui ne pratiquent pas l'AES (plus 8.8% qui hésitent). Plus de la moitié des femmes ne faisant pas l'AES ne sont donc pas d'accord avec cette affirmation et admettent en théorie leur responsabilité et la nécessité de l'AES.

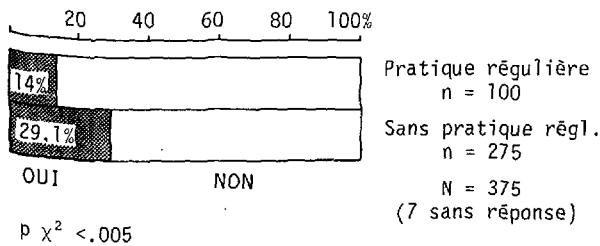
AES angoissant ?

Il est certain que les femmes disant "oublier" de faire l'AES régulièrement expriment souvent de cette manière une réticence ou un refus de se sentir concernées. Quelques expressions montrent bien le glissement de "la négligence", de "l'oubli" à une attitude plus restrictive : *je n'y pense pas... je ne veux pas y penser... au cancer; je n'ai pas le temps... je pourrais le prendre; ça ne me préoccupe pas... y penser tout le temps est malsain.*

Lorsque l'on interroge précisément les femmes sur l'angoisse que peut susciter l'AES (tableau 3) une sur quatre (25.5%) dit ressentir cette angoisse : *plus on s'y fixe, pire c'est; une personne finit par devenir folle nous dira une femme italienne.* Près de trois femmes sur quatre par contre ne trouvent pas l'AES angoissant : *c'est pour contrôler, c'est positif; on ne pense pas à la maladie.*

Tableau 3

AES ANGOISSANT ? (SELON PRACTIQUE AES)



Il est intéressant de constater que la réponse à cette question est pratiquement identique quels que soient l'âge, la formation scolaire, la classe sociale et l'état-civil; l'angoisse prédomine de façon non significative dans le petit groupe des Italiennes. Par contre, elle varie très nettement en fonction justement de la fréquence de la pratique de l'AES (tab.3) :

14% des femmes ayant une pratique régulière pensent que l'AES peut être angoissant alors que c'est le cas pour 29.1% chez les autres, ($p < .005$).

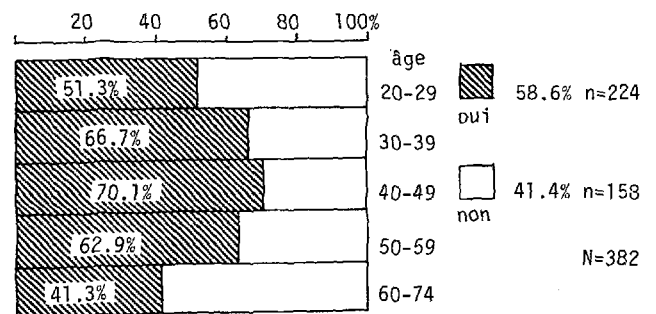
Information sur l'AES

Seules 4.2% des femmes disent n'avoir jamais entendu parler de l'AES. Toutes les autres connaissent la possibilité de ce geste, qu'elles aient été informées par un médecin seulement (7.3%), par des sources non-médicales seulement (37.2%) ou le plus souvent par les deux à la fois (51.3%). Les médias viennent largement en tête parmi les sources d'information non-médicales : sur l'ensemble des femmes, 73.3% les mentionnent. 22.5% ont entendu parler de l'AES par des proches (amies, membres de la famille), tandis que l'information donnée par des infirmières ou conseillères en planning familial ne concerne que 4.7%.

Plus de la moitié des femmes (58.6%) ont donc reçu une fois au moins une information par un médecin. Dans la majorité des cas le médecin a montré le geste de l'AES (55.4%); il s'est parfois limité à l'expliquer (17.4%), ou simplement à le recommander (19.2%) voire à remettre une brochure (6.3%). Au tableau 4, on voit que le fait d'avoir reçu une information par un médecin varie significativement avec l'âge de la femme : celles de 40 à 49 ans en ont le plus bénéficié (70.1%) mais seulement 41.3% parmi les femmes de 60 à 74 ans ce qui est inquiétant.

Tableau 4

INFORMATION PAR UN MEDECIN SELON L'AGE



$p \chi^2 < .005$

Dans une publication ultérieure d'autres aspects de la prévention du cancer du sein liés à la pratique médicale seront précisés, en particulier le fait que la femme ait eu ou non un contrôle des seins (effectué par un médecin). Relevons que là aussi, les femmes les plus âgées sont les moins nombreuses à être examinées, alors qu'elles sont les plus exposées au risque de cancer du sein.

Type d'information et pratique de l'AES

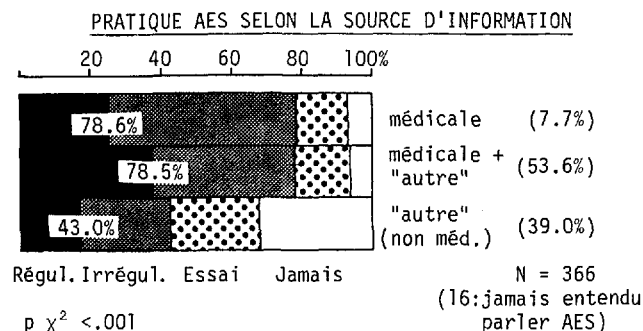
Si l'on met en relation les sources d'information et la pratique de l'AES, on peut constater que le fait d'avoir reçu une information par le médecin est très nettement associé à cette pratique : 77.7% des femmes dans ce cas font l'AES, parmi lesquelles 35.3% régulièrement, et elles sont seulement 6.7% à n'avoir jamais essayé. Parmi les femmes n'ayant bénéficié que d'une information "non-médicale" seules 43% ont une pratique de l'AES et 31.7% ne l'ont jamais fait.

Le tableau 5 indique que l'information par un médecin est suffisante à elle seule pour marquer cette différence. L'information supplémentaire par d'autres sources n'agit que comme renforcement au niveau de la pratique régulière.

La pratique de l'AES existe néanmoins de manière non négligeable en dehors d'un contexte médicalisé; il

est somme toute remarquable que 16.9% des femmes n'ayant jamais reçu de conseil d'un médecin le fasse régulièrement.

Tableau 5



Appréciation de l'AES

Nous avons cherché à savoir quelle image les femmes avaient de l'AES, en leur proposant en fin d'entretien trois affirmations avec lesquelles elles pouvaient manifester leur accord ou leur désaccord :

- AES-charge : une tâche de plus, qui alourdit la vie quotidienne alors que l'on a déjà tellement de choses à faire
- AES-maladie : quelque chose qui fait penser à la maladie, d'un peu désagréable
- AES-autonomie: quelque chose d'agréable que l'on peut faire pour soi, en se donnant du temps et en apprenant à connaître son corps.

L'affirmation qui rencontre l'accord le plus grand est la dernière : une femme sur deux (50.1%) l'approuve (totallement ou avec réserve), alors que 29% pensent que l'AES évoque la maladie et 13.2% seulement le considèrent comme une charge. Cette représentation de l'AES comme un acte de découverte autonome est dominante chez les femmes ayant déjà une pratique régulière (62.7%), mais elle est partagée aussi par une proportion non négligeable de celles qui ne le font pas (ou pas régulièrement) (45.4%).

Désir d'information

En fin d'entretien également, nous avons demandé aux femmes rencontrées si elles seraient intéressées à recevoir plus d'informations sur la technique de l'AES, le sein normal et ses maladies. 63.3% d'entre elles le souhaitent, avec une diminution significative de l'intérêt avec l'âge : 84.4% des plus jeunes se montrent intéressées, mais 42.7% des plus âgées seulement.

Près de trois-quart (72.2%) des femmes intéressées envisageraient de se déplacer pour cela alors que les autres verraient cette information dans un contexte existant (consultation de médecins, hôpital). Un plus grand nombre de femmes (45.3%) préféreraient recevoir une telle information en groupe ("moins inquiétant, moins formel"), plutôt que sous forme individuelle (21.7%).

L'intérêt pour une information supplémentaire n'est étonnamment pas lié à la pratique actuelle de l'AES, ni à l'angoisse qu'elle peut susciter : que les femmes n'aient jamais essayé l'AES, ou juste une fois, le fassent irrégulièrement ou régulièrement, invariablement 63 à 64% de chaque groupe s'intéressent à plus d'information ! Ce taux reste aussi le même que les femmes trouvent l'AES angoissant ou non.

DISCUSSION

En premier lieu, il faut mettre en exergue le bon taux de participation à cette étude, supérieur à 75%. Ceci démontre qu'il est possible d'obtenir en Suisse aussi une bonne représentativité dans un domaine délicat comme celui du cancer "qui fait peur au point que souvent on n'osera pas en parler" (13). Si les enquêtrices se sont parfois trouvées face à une certaine réticence lors de la prise de contact elles gardent l'impression générale d'un intérêt très vif des femmes pour leur santé et d'une diminution de l'angoisse liée au cancer à la fin de l'entretien.

Qu'en est-il de la pratique déclarée de l'AES dans le canton de Vaud par rapport aux résultats obtenus dans d'autres pays ? Notre enquête donne un taux de pratique supérieur à 62% (pratique régulière de 27%), alors que ces taux se montent à 63% (36%), 77% (29%), ... (70%) dans des études réalisées respectivement au Canada (14), aux Etats-Unis (15) et en Finlande (16). Il faut remarquer que, dans les pays anglo-saxons, l'AES bénéficie depuis longtemps d'une information et d'une publicité à grande échelle. En Finlande, de vastes campagnes d'éducation personnalisées impliquant les organisations féminines ont été mises sur pied. En revanche, une étude italienne, qui porte sur des femmes venues se présenter volontairement à un screening contre le cancer (donc en principe plus motivées et mieux informées), ne montre qu'un taux de pratique régulière de 11% (17).

Variations de l'AES avec l'âge - perspectives d'avenir

Le fait que la pratique de l'AES soit la plus élevée entre 40 et 50 ans, et qu'elle diminue nettement ensuite, nous fait escompter un effet de cohorte, donc une amélioration de la pratique des femmes âgées dans le futur. Soulignons néanmoins le manque d'information des femmes sur l'augmentation du risque avec l'âge, qui fait que certaines cessent cette pratique.

Les femmes jeunes (20-29 ans) ont la pratique de l'AES la plus basse, beaucoup ne se sentant que peu concernées. Le fait que le taux de refus à l'enquête ait été le plus bas dans cette classe d'âge et qu'elles soient aussi les plus intéressées à une formation sur l'AES permet d'espérer une augmentation de leur pratique en parallèle avec celle du risque de cancer du sein.

Entre la prévention médicale et l'autonomie

L'AES ne vise pas à prévenir la maladie, mais à la détecter à un stade précoce : il appartient donc stricto sensu au domaine de la prévention secondaire, généralement médicalisée. Cependant, nécessitant l'engagement actif de la femme, l'AES fait partie d'un processus de connaissance de son propre corps et de maîtrise de l'avenir lié à une prévention individuelle et autonome.

Sa pratique n'éloigne pas le cancer comme le brossage des dents repousse phantasmiquement ou réellement la carie ou le jogging l'infarctus. Elle tend plutôt à le "rapprocher" en rendant sa découverte théoriquement possible chaque fois qu'il est pratiqué. L'AES exige l'objectivation d'une partie du corps fortement investie comme source d'identité sexuelle, de plaisir et de vie, qu'il oblige à considérer pourtant comme un "ennemi" possible, pouvant cacher la maladie (18). Et pas n'importe quelle maladie, mais le cancer, qui "dans nos représentations... n'est associé qu'à la mort dont il est aujourd'hui le seul visage" (13). Il n'est donc pas étonnant que la pratique ne suive pas automatiquement la connaissance du geste.

Il importe donc de reconnaître et d'évaluer ces obstacles, réticences et angoisses des femmes. Si ces attitudes sont présentes dans les résultats de notre étude, on constate qu'elles ne sont pas dominantes :

globalement plus de 80% des femmes reconnaissent leur rôle indispensable et complémentaire à celui des médecins; la majorité d'entre elles se déclarent intéressées à en savoir plus. La perception de l'AES comme geste autonome de découverte plutôt que comme charge ou acte lié à la maladie va dans le même sens.

L'angoisse : processus dynamique ou blocage à long terme ?

Une femme sur quatre trouve l'AES angoissant, et le fait que cette réaction soit significativement liée à la non pratique de ce geste nous rassure quant à l'image des "millions de femmes palpant nerveusement leurs seins" crainte par quelques-uns (4).

Dans une enquête transversale comme la nôtre, il n'est pas possible de déterminer si c'est la pratique de l'AES qui fait diminuer une angoisse pré-existante, ou si la présence de cette angoisse a au départ sélectionné le groupe de femmes ne commençant pas une pratique régulière de l'AES des autres.

D'autres travaux montrent que l'éducation à l'AES est possible même chez les femmes reconnaissant au début une certaine aversion (19) et qu'elle tend à faire diminuer la peur (20). Cette donnée nous fait privilégier la première hypothèse, intégrant la dynamique d'un processus. Dans notre enquête, la constatation que l'angoisse avouée ne joue absolument aucun rôle sélectif dans le désir d'information supplémentaire va dans le même sens. Les témoignages recueillis (diminution de l'angoisse avec une pratique régulière) et l'évolution observée souvent durant l'entretien aussi : le passage de l'indifférence à l'intérêt, de l'angoisse au soulagement n'était pas rare.

Importance d'une éducation personnalisée

Les résultats soulignent la place et l'influence de l'information transmise par les médecins et devraient encourager ceux-ci à la diffuser plus systématiquement. Individuelle, personnalisée, le plus souvent associée à une "démonstration pratique", elle se révèle nettement plus efficace que l'information "non-médicale", représentée essentiellement par les médias, (dans une moindre mesure par les proches ou des membres des professions soignantes ou médico-sociales, mais limitée à une transmission verbale). Ceci confirme les travaux des professionnels de la communication sur les médias, montrant les limites de l'information "de masse" à modifier durablement les comportements et la nécessité de systèmes de "relais" (21).

Il n'existe pratiquement pas, au début 1985, dans le canton de Vaud d'éducation systématique à l'AES par des groupes de femmes, et les expériences faites avec des infirmières (services de gynécologie) ou des conseillères en planning sont encore marginales et à leur début. Les exemples anglo-saxons et scandinaves montrent que des membres des professions soignantes ou médico-sociales, ou des volontaires "laïcs" bénéficiant d'une formation ad hoc, ont leur place dans cette éducation (16,19). L'expérience de la Ligue Neuchâteloise contre le cancer, qui dispose depuis 5 ans d'une infirmière chargée de cet enseignement - au départ dans un cadre hospitalier, mais l'ayant par la suite débordé - nous semble exemplaire et mériterait d'être mieux connue et évaluée, de même que les expériences faites par des groupes de femmes (22). La préférence d'une majorité des femmes pour une formation en groupe parle en faveur de telles démarches.

Les médecins, les infirmières, les conseillères en planning et les femmes elles-mêmes ont tous leur rôle à jouer dans l'éducation à l'AES; par la diversité de leur approche, ils permettent de dépasser un message éducatif unique et stéréotypé et de développer une éducation personnalisée, passant par l'écoute des femmes et de leurs présentations (connaissances, attitudes et attentes).

RESUME

Une enquête sur les pratiques et attitudes féminines vis-à-vis de l'auto-examen des seins (AES) a été effectuée sur un échantillon représentatif de 499 femmes du canton de Vaud. Le taux de réponse est de 76.6%.

61.3% des femmes qui ont répondu à l'enquête pratiquent l'AES, mais seulement 27% régulièrement. Une enquête complémentaire effectuée chez une partie des femmes ayant refusé l'entretien montre un taux de pratique inférieur. Les femmes de 40 à 49 ans, qui ont le plus bénéficié d'une information à ce sujet par leur médecin, sont aussi celles qui ont une pratique maximum. Ce type d'information personnalisée donnée par un médecin est associée fortement et positivement ($p < .001$) à une pratique de l'AES lorsqu'on le compare à une information "non-médicale" (représentée principalement par les médias).

Si des réactions négatives (angoisse, réticence) sont présentes face à l'AES, elles ne sont pas dominantes et n'influent pas sur l'intérêt de la majorité (63.3%) à être plus informée à ce sujet.

DIE SELBSTUNTERSUCHUNG DER BRUST - EINE REPRESENTATIV-BEFragung IM KANTON WAADT

Im Kanton Waadt wurde an einer repräsentativen Bevölkerungsschichtprobe von 499 Frauen 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%

Von den teilnehmenden Frauen gaben 61% an, die BSU zu praktizieren, aber nur 27% regelmässig. Unter den Nichtteilnehmerinnen ist die BSU weniger verbreitet, wie eine telefonische Nachfrage bei einem Teil dieser Frauen ergab. Am meisten untersuchen sich Frauen im Alter von 40-49 Jahren; es ist dies die selbe Altersklasse, die von den Ärzten auch am häufigsten entsprechende Informationen erhält. Man findet einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Anwendung der BSU und der persönlichen Information durch einen Arzt, verglichen mit den nichtärztlichen Informationsquellen (vorwiegend Massenmedien).

Wohl wurden auch negative Einstellungen zur BSU gesehen, wie Angst und Verdrängung. Doch sind diese Gefühle für eine Mehrheit der Frauen nicht dominierend. Ausserdem beeinflussen sie nicht den Wunsch nach weitergehender Information, wie ihn 63% der Frauen äussern.

ATTITUDES AND PRACTICES REGARDING BREAST SELF-EXAMINATION (BSE) IN VAUD, SWITZERLAND

A survey by personal interviews on this subject was carried out in 1984 with a representative sample of 499 women living in the Canton of Vaud. The response rate was 76.6%. Among the respondents, 61.3% practice BSE, but only 27% do so regularly. A complementary inquiry of a group of women who refused the interviews shows a lower practice rate. Women aged 40-49 years, who have benefited more than other groups from related information through their physicians, are those who do BSE most. Our results indicate that such personalized information from a doctor is strongly and positively associated with BSE practice ($p < .001$), when compared with "extra-medical" information (mainly from the mass media).

There are some negative reactions (fear, reluctance) when the question of BSE is taken up, but they are not major ones and do not influence the interest of the majority of the women (63.3%) in wanting to be better informed on the subject.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Levi F, Junod B. Le cancer dans la population vaudoise. Lausanne: Registre vaudois des tumeurs, 1981: 75p.

(suite : 5 pages plus haut, fin de l'article de C. Lebet)