

A B R É G É

Cette étude a pour objectif d'évaluer la fiabilité d'une version canadienne-française du «Psychological Consequences Questionnaire» auprès de 306 femmes de 50 à 69 ans résidant au Québec.

La consistance interne des dimensions émotionnelle, physique et sociale est respectivement de 0,91, 0,86 et 0,72 (Alpha de Cronbach). La stabilité temporelle est supérieure à 68 % pour chacun des énoncés. On observe cependant que 4 énoncés sur 12 se révèlent prédictifs du résultat du questionnaire entier ($R^2 = 0,91$). De plus, ces 4 énoncés sont analogues aux critères diagnostiques des troubles de l'adaptation ainsi qu'aux critères des troubles anxieux et troubles de l'anxiété généralisée.

La version canadienne-française du «PCQ» est fiable et s'est révélée facile d'utilisation. Nous proposons néanmoins une version abrégée de quatre questions, encore plus facile à utiliser et qui pourrait permettre la prise en charge rapide des femmes présentant des répercussions émotionnelles, physiques et sociales lors des étapes de dépistage du cancer du sein.

A B S T R A C T

The aim of this study was to evaluate the reliability of a French Canadian version of the "Psychological Consequences Questionnaire" (PCQ) among 306 Quebec women between the ages of 50 and 69.

The internal consistencies of the emotional, physical and social dimensions are respectively 0.91, 0.86 and 0.72 (Cronbach's alpha). The temporal stability was greater than 68% for each question. Meanwhile, analysis showed that 4 of the 12 questions were highly predictive of the results of the whole questionnaire ($R^2=0.91$). In addition, these 4 questions are in concordance with the diagnostic criteria for adaptative disorder, anxiety disorder and general anxiety.

The French Canadian version of PCQ was found to be easy to use and reliable. We would suggest a shorter version of the questionnaire, including only four questions. This version would be even easier to use and more effective to control the emotional, physical and social consequences over the different stages of breast cancer screening.

Conséquences émotionnelles, physiques et sociales du dépistage du cancer du sein : fiabilité et utilisation d'un questionnaire clinique

Jean Maziade, MD, MSc,^{1,2} Louise Thomassin, DtP, MA,² Réal Morin, MD, MBA³

Au Québec, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme.¹ Il constitue la seconde cause de mortalité par cancer.¹ Un programme de dépistage du cancer du sein a été implanté au Québec en 1998 pour les femmes de 50 à 69 ans.² Ce programme prévoit que 265 000 mammographies de dépistage seront effectuées annuellement. Parmi les femmes invitées, 16 000 auront un résultat positif et près de 1 300 cas de cancers seront confirmés.²

La présence de réactions psychologiques chez les femmes lorsqu'il est question de lutte contre le cancer du sein fait consensus. Ces réactions peuvent nuire à la qualité de vie des femmes et ce, dès l'étape du dépistage.³⁻⁹ Les principales réactions décrites sont la peur et l'anxiété. Celles-ci peuvent être assez marquées pour influencer le fonctionnement habituel des femmes sur les plans personnel, familial, social et professionnel.^{3,6,9}

En 1988, le « Psychological Consequences Questionnaire » (PCQ) a été développé en prévision du programme australien de dépistage par mammographie.³ Plusieurs étapes de validation ont été réalisées ; 1) une validation de contenu, 2) une validation discriminante pour classer les items, 3) un pré-test du questionnaire pour déterminer

l'importance des items retenus, 4) une validation comparant les résultats du questionnaire aux résultats d'une évaluation psychologique et sociale, 5) une évaluation de la consistance interne et, finalement, 6) une validation des construits.³

Pour la version australienne, la consistance interne des trois dimensions est de 0,89, 0,77 et 0,78 respectivement pour les dimensions émotionnelle, physique et sociale. La variabilité moyenne était respectivement de 1,62 à 5,01, de 0,60 à 1,38 et de 0,61 à 1,45 entre le résultat au questionnaire des participantes à la mammographie de dépistage et celui de l'examen complémentaire. Ce questionnaire revêt un intérêt clinique important car il permet d'évaluer le fonctionnement de la personne selon les trois dimensions. L'objectif de la présente étude est d'évaluer la fiabilité d'une version canadienne-française du « PCQ » auprès de femmes de 50 à 69 ans.

MÉTHODE

L'évaluation a débuté avec la traduction du « PCQ » de l'anglais au français par un premier traducteur. Cette version a ensuite été retraduite en anglais par un autre traducteur, après quoi les différences entre les deux versions anglaises ont été notées. Enfin, les deux traducteurs ont fait consensus sur les corrections à effectuer pour obtenir une version canadienne-française finale. Le niveau de compréhension du questionnaire a été vérifié par cinq professionnels travaillant dans le domaine du cancer du sein et par dix femmes de 50 à 69 ans ayant de six à douze années de scolarité recrutées dans une clinique de médecine familiale de la région de Québec. Aucune modification au questionnaire n'a été faite suite à cette consultation.

1. Unité de médecine familiale CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et Département de médecine familiale de l'Université Laval

2. Direction de la santé publique de Québec

3. Institut national de santé publique du Québec

Correspondance et tirés-à-part : Jean Maziade, Unité de médecine familiale, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, 55 Chemin Ste-Foy, Québec (QC) G1R 1S9, Tél. : 418-641-2572 poste 370, Téléc. : 418-522-5437, Courriel : jean.maziade@sss.gouv.qc.ca

Cette recherche a été possible grâce à la contribution du Fonds de recherche de la direction de santé publique de Québec et du Fonds de recherche en médecine familiale de l'unité de médecine familiale du CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières.

TABLEAU I

Distribution des réponses des participantes (N=299) à l'étude selon les trois dimensions du questionnaire, stabilité temporelle selon la connaissance du résultat de la mammographie et proportion de cote plus importante au re-test qu'au test

En considérant les pensées et les émotions vécues face au cancer du sein, à quelle fréquence avez-vous fait l'expérience des situations suivantes au cours de la dernière semaine.

Énoncés du questionnaire	Distribution des réponses au premier temps de l'étude						Stabilité temporelle		Proportion de cote plus importante au re-test qu'au test		
	Jamais (0)		Rarement (1)		De temps en temps (2)		Toujours (3)				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Dimension émotionnelle											
3 Vous avez été malheureuse ou déprimée ?	208	70,3	47	15,9	39	13,2	2	0,7	0,772	0,753	0,054
4 Vous avez eu peur et étiez sujette à la panique ?	195	65,7	57	19,2	38	12,8	7	2,4	0,726	0,717	0,081
5 Vous vous êtes sentie nerveuse ou tendue ?	151	50,7	63	21,1	73	24,5	11	3,7	0,600	0,683	0,087
6 Vous vous êtes sentie stressée ?	156	52,7	54	18,2	72	24,3	14	4,7	0,544	0,725	0,078
12 Vous vous sentiez inquiète face à votre avenir ?	176	58,9	53	17,7	61	20,4	9	3,0	0,678	0,717	0,114
Dimension physique											
1 Vous avez du mal à dormir ?	187	63,0	46	15,5	59	19,9	5	1,7	0,696	0,747	0,064
2 Vous avez constaté un changement dans votre appétit ?	255	86,7	25	8,5	14	4,8	0	0,0	0,848	0,846	0,037
10 Vous aviez de la difficulté à accomplir les tâches domestiques que vous aviez l'habitude de faire ?	246	82,3	25	8,4	23	7,7	5	1,7	0,826	0,864	0,023
11 Vous aviez de la difficulté à faire face à vos obligations au travail ou à tout autre engagement ?	244	81,6	32	10,7	20	6,7	3	1,0	0,809	0,875	0,030
Dimension sociale											
7 Vous avez constaté que vous cachiez des choses à vos proches ?	245	81,9	35	11,7	16	5,4	3	1,0	0,835	0,821	0,044
8 Vous avez constaté que vous étiez plus impatiente envers les autres ?	219	73,2	46	15,4	32	10,7	2	0,7	0,722	0,810	0,050
9 Vous avez constaté que, de façon évidente, vous vous détachiez de vos proches ?	266	89,0	24	8,0	8	2,7	1	0,3	0,896	0,908	0,013

L'évaluation de la fiabilité du questionnaire, proprement dite, a été réalisée de septembre à décembre 1996. Les répondantes devaient être âgées de 50 à 69 ans et avoir à subir une mammographie de dépistage dans un centre de radiologie de la région de Québec. Elles ne devaient pas être soumises à une investigation pour une masse au sein ou une image radiologique suspecte, ni être sous traitement au moment de l'étude. Néanmoins, les femmes ayant complété un traitement pour un cancer du sein pouvaient participer à l'étude. L'étude prévoyait rejoindre 300 femmes francophones de 50 à 69 ans résidant au Québec.

Le questionnaire a été complété à la clinique de dépistage, dans les minutes précédant la mammographie. Deux semaines plus tard, par téléphone, les participantes ont répondu de nouveau au questionnaire. Comme la première fois, elles devaient se référer aux pensées et aux émotions qu'elles avaient vécues au cours de la semaine précédant la mammographie.

Le questionnaire comprend 5, 4 et 3 énoncés pour, respectivement, les dimensions émotionnelle, physique et sociale. Les répondants cotent selon une échelle de Likert à quatre niveaux (jamais, 0 ; rarement, 1 ; de temps en temps, 2 ; toujours, 3). Les variables recueillies se regroupent comme suit : les données personnelles (âge, antécédents personnels de cancer du sein, antécédents familiaux de cancer du sein, raison justifiant la mammographie) et les variables issues du « PCQ » (les trois dimensions, la cote de chaque énoncé, la somme des cotes des énoncés).

La description des répondantes s'est faite par des analyses univariées et multivariées. La stabilité temporelle du questionnaire a été établie en considérant la proportion des répondantes qui ont indiqué au questionnaire, deux semaines plus tard, le même résultat qu'au premier temps.¹⁰ Pour chacune des dimensions, la consistance interne a été évaluée avec des alpha de Cronbach. Les réponses de chaque énoncé ont été

cotées de 0 à 3. Les différences de moyenne ont été soumises à des tests T ou des analyses de variance. Les analyses de régression logistique et linéaire ont été effectuées pour déterminer les énoncés les plus associés à la somme des cotes des énoncés du questionnaire. La variable « somme des cotes des énoncés » a été utilisée comme une variable dichotomique dans le modèle de régression logistique (en considérant le seuil au 90^e percentile) et comme une variable continue lors de l'analyse de corrélation. Le logiciel SAS version 6,12 a été utilisé pour les analyses statistiques.¹¹

RÉSULTATS

Des 316 femmes de 50 à 69 ans sollicitées à participer, 306 ont répondu au premier questionnaire. De ce groupe, 299 ont complété le questionnaire téléphonique et 7 participantes n'ont pas été rejointes.

En comparaison avec la population féminine de 50 à 69 ans de la région de Québec,

TABLEAU II
Moyenne de chacune des dimensions du questionnaire selon les trois variables de stratification au premier temps de l'étude

Variable de stratification	Dimension du questionnaire	Groupe	N	Moyenne ± Erreur Type	Valeur du test (p)
Antécédent personnel de cancer du sein	Émotionnelle	Présent	23	1,15 ± 0,18	$T_{297} = 3,38$ (0,0008)
		Absent	276	0,61 ± 0,04	
	Physique	Présent	23	0,85 ± 0,16	$T_{23,7} = 3,39$ ($<0,0001$)
		Absent	276	0,30 ± 0,03	
	Sociale	Présent	23	0,54 ± 0,14	$T_{297} = 2,13$ (0,0034)
		Absent	276	0,24 ± 0,03	
Au moins un antécédent familial de cancer du sein	Émotionnelle	Présent	78	0,76 ± 0,08	$T_{297} = -1,50$ (0,13)
		Absent	221	0,61 ± 0,05	
	Physique	Présent	78	0,41 ± 0,06	$T_{297} = -1,31$ (0,19)
		Absent	221	0,31 ± 0,04	
	Sociale	Présent	78	0,27 ± 0,05	$T_{297} = -0,16$ (0,87)
		Absent	221	0,26 ± 0,03	
Résultat de la mammographie	Émotionnelle	Résultat +	13	0,75 ± 0,20	$F_{2,296} = 0,48$ (0,62)
		Résultat -	104	0,70 ± 0,07	
		Non reçu	182	0,62 ± 0,05	
	Physique	Résultat +	13	0,56 ± 0,18	$F_{2,296} = 2,15$ (0,12)
		Résultat -	104	0,39 ± 0,06	
		Non reçu	182	0,29 ± 0,04	
	Sociale	Résultat +	13	0,36 ± 0,17	$F_{2,296} = 1,48$ (0,23)
		Résultat -	104	0,31 ± 0,05	
		Non reçu	182	0,23 ± 0,03	

une cote plus importante à l'un ou plusieurs des 12 énoncés. Par contre, la somme des cotes des énoncés n'est plus élevée que pour 48 (16 %) des répondantes. La consistance interne des trois dimensions du questionnaire est très bonne avec des Alpha de Cronbach de 0,91, 0,86 et 0,72 pour les dimensions émotionnelle, physique et sociale. Les cotes moyennes des répondantes sont de 0,65, 0,34 et 0,26. Les moyennes des dimensions, stratifiées selon certaines variables, sont présentées au tableau II. Les répondantes ayant complété un traitement pour un cancer du sein ont des cotes moyennes plus fortes de 10 à 18 % pour chacune des dimensions que les autres participantes (tableau II). Aucune différence significative n'a été identifiée selon les antécédents familiaux de cancer du sein ou la connaissance ou non du résultat de la mammographie de dépistage.

Les répondantes ayant un antécédent familial de cancer du sein au premier degré ne se distinguent ni cliniquement ($\leq 5\%$ de l'échelle de Likert) ni statistiquement de celles n'ayant pas cette caractéristique (tableau II).

Le modèle de régression logistique expliquant la variable dichotomisée au 90^e percentile de la somme des cotes inscrites par les répondantes aux douze énoncés du questionnaire est présenté au tableau III. Toutes les combinaisons possibles de la somme des cotes de ces quatre énoncés retenus dans le modèle de régression logistique (14 combinaisons) ont été analysées et les plus intéressantes sont présentées au tableau IV. On observe une très forte corrélation entre la somme des cotes des énoncés et la somme des cotes des quatre énoncés retenus dans le modèle de régression logistique avec un R de 0,95 (figure 1). Finalement, ces quatre énoncés possèdent entre eux une très bonne consistance interne (Alpha de Cronbach = 0,74).

DISCUSSION

Les caractéristiques des répondantes diffèrent légèrement de celles des femmes de la région de Québec. Par contre, une étude de fiabilité d'un questionnaire ne requiert pas un échantillon représentatif.

Le biais de rappel constitue un problème pour l'analyse. En effet, l'étude exige des

TABLEAU III
Coefficients et rapports de cotes correspondant aux énoncés retenus dans le modèle de régression logistique expliquant la variable dichotomisée selon le 90^{ième} percentile de la somme des cotes inscrites aux douze énoncés du questionnaire

# de l'énoncé et énoncé du questionnaire (premier temps de l'étude)	β	χ^2 de Wald	P	Rapport de cotes (variables ordinales)		
				1 Rarement	2 De temps en temps	3 Toujours
1 Vous avez du mal à dormir ?	1,76	5,73	0,017	5,8	33,9	197,0
4 Vous avez eu peur et étiez sujette à la panique ?	4,48	9,54	0,002	88,1	7 760,5	683 649
7 Vous avez constaté que vous cachez des choses à vos proches ?	1,93	6,05	0,014	6,9	47,1	322,8
10 Vous aviez de la difficulté à accomplir les tâches domestiques que vous aviez l'habitude de faire ?	5,06	11,64	0,001	157,7	24 864,6	3 920 775

χ^2_4 (des énoncés inclus dans le modèle) = 168,1 ; p = 0,0001

la population à l'étude est légèrement plus jeune (57,5 vs 58,7 ans ; $T = 4,08$, $p < 0,0001$), vit plus souvent en milieu rural (29,1 % vs 19,0 % ; $\chi^2 = 21,55$, $p < 10^{-5}$), est légèrement plus scolarisée (11,8 vs 10,8 ans ; $T_{626} = 4,05$, $p < 0,0001$) mais occupe dans la même proportion un emploi rémunéré (35,8 % vs 32,3 % ; $\chi^2 = 0,69$, $p = 0,40$).^{12,13} Vingt-trois répondantes (7,5 %) avaient déjà eu un cancer du sein, 73 (23,9 %) avaient un seul antécédent familial de cancer du sein au premier degré et sept femmes en avaient deux.

Les pensées et les émotions vécues face au cancer du sein, au cours de la semaine

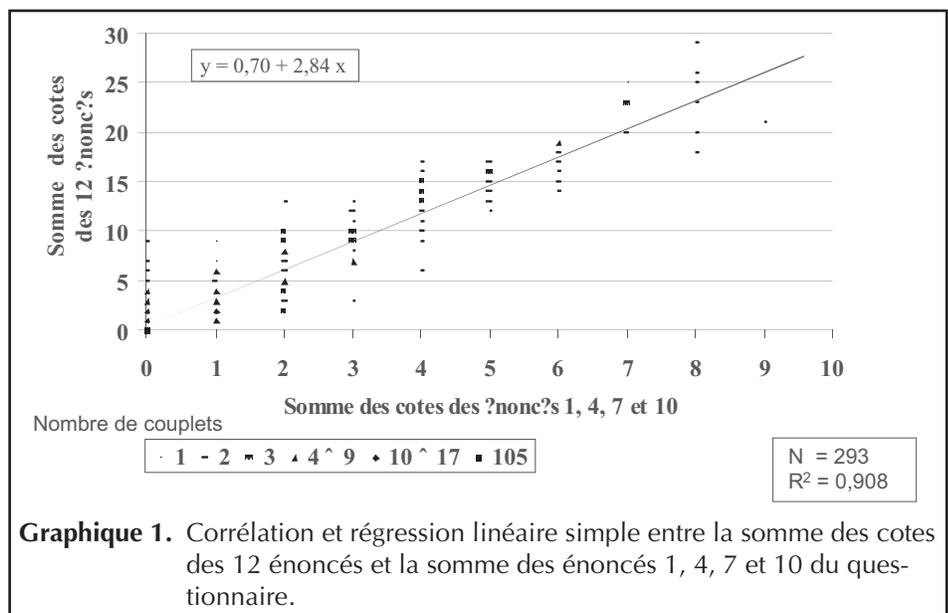
précédant la mammographie, sont décrites au tableau I. Les cinq énoncés de la dimension émotionnelle ainsi que l'énoncé portant sur les difficultés à dormir sont ceux où l'on observe la plus forte proportion de réponses « De temps en temps » et « Toujours ». La stabilité temporelle des énoncés du questionnaire varie de 0,68 à 0,91 pour les répondantes ne connaissant pas le résultat de leur mammographie et de 0,54 à 0,90 pour les autres (tableau I). De plus, chez les 23 femmes ayant déjà eu un cancer du sein, la stabilité temporelle varie de 0,57 à 0,87. Au rappel téléphonique, 99 (33 %) répondantes ont inscrit au moins

TABLEAU IV
Modèles de régression linéaire simple expliquant la somme des cotes des 12 énoncés du questionnaire

Modèle	Description du modèle de régression linéaire simple	α	β	Valeur de $F_{1,291}$	Prob. de F	R ² du modèle
A	1- Vous avez du mal à dormir ?	1,72	5,86	427,5	<0,0001	0,595
B	4- Vous avez eu peur et étiez sujette à la panique ?	2,23	6,09	337,3	<0,0001	0,537
C	7- Vous avez constaté que vous cachiez des choses à vos proches ?	3,68	6,63	158,6	<0,0001	0,353
D	10- Vous aviez de la difficulté à accomplir les tâches domestiques que vous aviez l'habitude de faire ?	3,2	7,5	392,1	<0,0001	0,574
E	Somme des cotes des énoncés 1, 7 et 10	1,34	3,53	1300,5	<0,0001	0,817
F	Somme des cotes des énoncés 1, 4 et 7	0,71	3,41	1409,3	<0,0001	0,829
G	Somme des cotes des énoncés 4, 7 et 10	1,44	3,81	1416	<0,0001	0,830
H	Somme des cotes des énoncés 1, 4 et 10	0,75	3,29	2065,7	<0,0001	0,877
I	Somme des cotes des énoncés 1, 4, 7 et 10	0,70	2,84	2878,9	<0,0001	0,908

répondantes qu'elles se réfèrent aux pensées et émotions vécues la semaine précédant la mammographie. Au moment du rappel téléphonique deux semaines plus tard, la majorité des répondantes sont en attente du résultat et vivent vraisemblablement des émotions différentes. Quant à celles qui sont déjà informées d'un résultat négatif, on peut croire qu'ainsi rassurées, elles devraient être portées à sous-estimer la détresse ressentie avant la mammographie. Le fait que la collecte d'information n'ait pas été uniforme, un questionnaire auto-administré et une entrevue téléphonique, constitue un facteur pouvant entraîner un biais. Comme l'entrevue téléphonique a été réalisée par la même personne qui a sollicité et expliqué l'étude à la clinique de dépistage, nous croyons ainsi avoir atténué ce biais. Malgré une procédure non optimale, dans plus des deux tiers des cas, les répondantes inscrivent la même cote aux deux temps de l'étude. Lorsque les cotes des énoncés sont différentes entre les deux questionnaires, la plupart du temps c'est la seconde cote qui est la plus basse.

Dans la présente étude, les répondantes qui ont déjà complété le traitement d'un cancer du sein ont une moyenne des trois dimensions significativement plus élevée que les femmes sans antécédent personnel de cancer du sein. Cette donnée joue en faveur de la sensibilité du questionnaire et est cohérente avec l'importance de la relation entre le cancer et la détresse psychologique.^{4-9,14} Dans un même ordre d'idée, plusieurs auteurs ont observé une augmentation significative de la moyenne de chacune des dimensions chez les participantes ayant eu des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic de cancer du sein.^{3,15}



En clinique, la longueur d'un questionnaire demeure une barrière à son utilisation. La forte corrélation entre la somme des cotes des douze énoncés au questionnaire et la somme des cotes de quatre énoncés prédictifs du résultat du questionnaire revêt donc un intérêt clinique important. En effet, ces quatre énoncés sont analogues aux critères diagnostiques des troubles d'adaptation, des troubles anxieux et des troubles de l'anxiété généralisée.¹⁶ Ainsi, en situation clinique, un questionnaire abrégé de quatre questions serait suffisant pour identifier les femmes qui pourraient bénéficier d'un soutien psychosocial.

CONCLUSION

Un programme de dépistage du cancer du sein constitue une mesure de santé

publique efficace.² Par contre, il provoque de la peur et de l'anxiété.³⁻⁹ Ces effets indésirables peuvent être présents avant la mammographie de dépistage ainsi qu'aux étapes de confirmation du diagnostic et de traitement de la maladie. Ainsi, la qualité de vie des femmes, considérée comme un critère de qualité d'un programme de dépistage, peut être compromise.

Les qualités métrologiques du questionnaire canadien-français sont excellentes. L'utilisation, en milieu clinique, des douze questions du « PCQ » permettrait d'identifier les femmes chez qui les épreuves de dépistage du cancer du sein provoquent des atteintes fonctionnelles dans les domaines émotionnel, physique et social. Ce questionnaire est facile d'utilisation mais les résultats de la présente étude indiquent qu'une version abrégée de quatre

questions, avec les mêmes qualités métrologiques et encore plus rapide à administrer, serait suffisante. Du fait de leur analogie avec les critères des problèmes de santé mentale, ces quatre questions pourraient faciliter l'identification et accélérer la prise en charge des femmes ayant des besoins d'ordre psychosocial lors de leur participation à un programme de dépistage du cancer du sein.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national du Cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer, 1999. Toronto, Canada, 1999.
2. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Comité consultatif provincial. Dépistage du cancer du sein au Québec, lignes directrices. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, mai 1995. 61 p.
3. Cockburn J, De Luise T, Hurley S, Colver K. Development and validation of the PCQ: A questionnaire to measure the psychological consequences of screening mammography. *Soc Sci Med* 1992;34(10):1129-34.
4. Lerman C, Rimer BK, Engstrom PF. Cancer risk notification: Psychosocial and ethical implications. *J Clin Oncol* 1991;9(7):1275-82.
5. Aaronson NK. Quality of life assessment in cancer clinical trials. In: Holland JC, Zittoun R (Eds.), *Psychological Aspects of Oncology*. New York: Springer-Verlag, 1990;97-113.
6. De Haes JCJM, Van Knippenberg FC. The quality of life of cancer patients: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1992;20(8):809-17.
7. Cockburn J, Staples M, Hurley SF, De Luise T. Psychological consequences of screening mammography. *J Medical Screening* 1994;1(1):7-13.
8. Gram IT, Slenker SE. Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited. *Am J Public Health* 1992;82(2):249-51.
9. Lerman CE, Rimer BK. Psychological impact of cancer screening. *Oncology* 1993;7(4):67-72.
10. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions* 2nd Edition. New York: John Wiley, 1981;321 p.
11. SAS Institute Inc. SAS/STAT® User's Guide, Version 6, Fourth Edition, Volume 1 and 2, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1989.
12. Statistique Canada. Données de la région de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1997.
13. Maziade J, Moreault L, Godin G, Chartier G. Les comportements de dépistage du cancer du sein : la motivation et ses déterminants. Rapport de recherche, données pondérées de la situation régionale. 1997.
14. Lerman C, Schwartz M. Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 1993;28:145-55.
15. Swanson V, McIntosh IB, Power KG, Dobson H. The psychological effects of breast screening in terms of patients' perceived health anxieties. *Br J Clin Pract* 1996;50(3):129-35.
16. American Psychiatric Association. DSM - IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* 4^e édition. Paris : Masson, 1996.

Reçu : 30 novembre 1999
 Accepté : 23 juin 2000

COMING EVENTS ACTIVITÉS À VENIR

To be assured of publication in the next issue, announcements should be received by **March 15, 2001** and valid as of **April 30, 2001**. Announcements received after **March 15, 2001** will be inserted as time and space permit. Pour être publiés dans le prochain numéro, les avis doivent parvenir à la rédaction avant le **15 mars 2001** et être valables à compter du **30 avril 2001**. Les avis reçus après le **15 mars 2001** seront insérés si le temps et l'espace le permettent.

Women's Health and Diversity/Santé des femmes et diversité
 Center of Excellence for Women's Health,
 Consortium Université de Montréal and National
 Network on Environments and Women's Health,
 York University
 26-28 April 2001 Longueuil, Montréal, Qc
 Contact:
 CESAF
 Tel: 514-343-6758 Fax: 514-343-7078
 E-mail: cesaf@ere.umontreal.ca

First Canadian Conference on Hepatitis C
 Hosted by The Canadian Hemophilia Society, in
 collaboration with The Hepatitis C Division of
 Health Canada, The Canadian Association for the
 Study of the Liver, The Hepatitis C Society of
 Canada, The Canadian Liver Foundation, The
 Canadian Public Health Association, The
 Canadian Centre on Substance Abuse, and
 Prisoners with HIV/AIDS Support Action
 Network
 1-4 May 2001 Montreal, Qc
 Contact:
 1st Canadian Conference on Hepatitis C
 Conference Secretariat
 Tel: 1-866-420-1684 Fax: 514-848-9661
 E-mail: hepc1@hemophilia.ca

1^{er} Conférence canadienne sur l'hépatite C
 Parrainée par la Société canadienne de
 l'hémophilie, en collaboration avec la Division de
 l'hépatite C de Santé Canada, l'Association canadi-
 enne pour l'étude du foie, la Fondation canadienne
 du foie, l'Association canadienne de santé
 publique, le Centre canadien de lutte contre
 l'alcoolisme et les toxicomanies, et Prisoners with
 HIV/AIDS Support Action Network
 1-4 mai 2001 Montréal, Qc
 Contacter :
 1^{er} Conférence canadienne sur l'hépatite C
 Secrétariat de la Conférence
 Tél : 1-866-420-1684 Téléc : 514-848-9661
 Courrier électronique : hepc1@hemophilia.ca

2001 National Healthcare Leadership Conference
*Health Human Resources: Requirements,
 Recruitment, Retention, Renewal, Remuneration*
 Canadian Association for Community Care,
 Canadian College of Health Service Executives,
 Canadian Healthcare Association
 4-6 June 2001 Winnipeg, MB
 Contact:
 CCHSE
 Conference Secretariat
 Tel: 613-241-8005, ext.226 Fax: 613-241-5055
 E-mail: cparsons@cha.ca

*Challenging Assumptions: Values and Diversity in
 Sexual Health*
 23rd Annual Guelph Conference & Training
 Institute on Sexuality
 18-20 June 2001 Guelph, ON

Contact:
 Office of Open Learning
 University of Guelph
 Tel: 519-767-5000 Fax: 519-767-1114
 E-mail: info@openlrng.uoguelph.ca

Showcasing Our Past: Creating Our Future
 Alberta Public Health Association Conference
 21-22 June 2001 Red Deer, AB
 Contact:
 E-mail: info@apha.ab.ca

**CALL FOR ABSTRACTS/DEMANDE DE
 RÉSUMÉS**
*Creating Conditions for Health/Créer les conditions
 de la santé*
 CPHA 92nd Annual Conference/92^e Conférence
 annuelle de l'ACSP
 21-24 October 2001 Saskatoon, SK
 Contact/Contacter :
 CPHA Conference Department
 Tel: 613-725-3769 Fax: 613-725-9826
 E-mail: conferences@cpha.ca
 www.cpha.ca

**Deadline for abstracts/Date limite pour la
 soumission : 29 March/mars 2001**

CALL FOR ABSTRACTS
 Canada's Fifth National Conference on Asthma
 and Education (ASED 5)
 Canadian Network for Asthma Care (CNAC)
 29 November - 1 December 2001 Toronto, ON
 Contact:
 A.Les McDonald, Executive Director
 CNAC
 Tel: 416-224-9221 Fax: 416-224-9220
 E-mail: ased@cnac.net
 www.cnac.net

Deadline for abstracts: 30 June 2001

**APPEL DES COMMUNICATIONS /
 CALL FOR ABSTRACTS**
 6^e Conférence mondiale sur la Prévention et contr-
 ôle des traumatismes / 6th World Conference on
 Injury Prevention and Control
*Traumatismes, suicide et violence : construire un
 savoir, des politiques et des pratiques pour promouvoir
 un monde en sécurité / Injuries, Suicide and Violence:
 Building Knowledge, Policies and Practices to
 Promote a Safer World*
 12-15 mai/May 2002 Montréal, QC

Contact / Contact:
 Congress Secretariat
 511, place d'Armes, # 600
 Montréal, QC H2Y 2W7
 Tel: 514-848-1133 or
 1-877-213-8368 (Canada & US)
 Fax: 514-288-6469
 E-mail: trauma@coplanor.qc.ca
 www.trauma2002.com

**Date limite pour la soumission des communi-
 cations / Deadline for the submission of abstracts:
 1 septembre / September 2001**