

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR MAMMOGRAPHIE

Evolution des conséquences psychologiques
négatives chez les participantes

*Giovanna Meystre-Agustoni, André Jeannin,
Françoise Dubois-Arber, Fred Paccaud*

Etude financée par :

Fondation Emma Muschamp, Lausanne

Citation suggérée :

Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F. Dépistage du cancer du sein par mammographie : Evolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997 (Raisons de santé, 9).

Remerciements :

Nous remercions chaleureusement de leur précieuse collaboration :

Madame Simone Cotting, secrétaire de la Fondation pour le dépistage du cancer du sein

Mesdames Erika Guerry et Riet Nicoud, techniciennes en radiologie

Madame Simone Hubert, qui a présenté l'étude aux participantes au dépistage

Madame Yvonne Tauxe, qui a géré la récolte de données.

Nous exprimons aussi notre gratitude à l'ensemble des participantes sans la confiance desquelles l'étude n'aurait pas pu avoir lieu ainsi qu'au Dr Jean-Pierre de Landtsheer, directeur de la Fondation pour le dépistage du cancer du sein, dont les conseils et la patience nous ont été précieux.

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	1
2	Méthodes	2
2.1	Contexte	2
2.2	Instruments	2
2.3	Design de l'étude	3
3	Analyse statistique	6
4	Résultats	7
4.1	Echantillon obtenu	7
4.2	Evolution de l'anxiété chez les femmes dépistées	10
4.3	Différences entre femmes ayant une mammographie fausse positive et celles en ayant une négative	12
4.4	Evolution de l'anxiété chez les femmes ayant une mammographie négative selon leur niveau initial d'anxiété	12
4.5	Variables associées à l'anxiété chez les femmes ayant une mammographie négative	14
5	Discussion	17
6	Conclusions	21
7	Bibliographie	23
	Annexe : questionnaires	24

1 INTRODUCTION

Les campagnes de dépistage systématique peuvent avoir des conséquences psychosociales qui en réduisent les bénéfices¹⁻⁴. Cette éventualité ne se limite pas aux personnes que le screening permet d'identifier comme porteuses de l'affection (vraies ou fausses positives). Elle concerne aussi les participants recevant un résultat négatif. Ces derniers - qui représentent la très grande majorité des personnes prenant part aux campagnes - se retrouvent momentanément en situation de porteurs potentiels. Ils sont exposés à la tension associée à l'attente du résultat de l'examen. Ils peuvent être plus ou moins rassurés par celui-ci. Participer à une campagne de dépistage peut donc être source de réactions négatives qui doivent être distinguées des états anxieux entrant dans le cadre de la nosologie psychiatrique. Même s'il demeure modeste à l'échelon individuel (en raison de son caractère rare, transitoire ou bénin), l'impact des examens de dépistage peut être important en termes de santé publique en raison de la grande population à laquelle ceux-ci s'adressent.

Les conséquences psychosociales des campagnes de dépistage suscitent un intérêt croissant. Leur évaluation est nécessaire pour apprécier l'ensemble des coûts et des avantages du dépistage systématique⁵. Les aspects psychosociaux du screening sont par exemple régulièrement évoqués dans le débat sur l'opportunité du dépistage du cancer du sein⁶⁻¹⁰.

Dans ce domaine, plusieurs études ont mesuré l'anxiété des participantes au moyen d'instruments génériques¹¹⁻¹⁴. Récemment, Cockburn et al.¹⁵ ont créé un instrument spécifiquement adapté à ce type de screening : le Psychological Consequences Questionnaire (PCQ). Utilisé en Australie, il s'est révélé un instrument sensible permettant notamment de mettre en évidence l'évolution des réactions psychologiques chez les participantes fausses positives et négatives.

Nous avons utilisé le PCQ en combinaison avec une simple échelle destinée à évaluer l'anxiété des femmes participantes à un programme pilote de dépistage du cancer du sein. L'objectif de cette publication est de présenter l'évolution de l'anxiété d'une cohorte de femmes à plusieurs moments du dépistage.

2 METHODES

2.1 CONTEXTE

Un programme pilote de dépistage du cancer du sein a débuté fin 1993 pour s'achever en 1997. Il se déroule dans trois districts du canton de Vaud (Aigle, Aubonne, Morges) totalisant environ 11 500 femmes de 50 à 70 ans auxquelles il offre deux mammographies gratuites à deux ans d'intervalle¹⁶. Il a pour objectif d'augmenter significativement la proportion des femmes contrôlées régulièrement et de tester l'extension du dispositif expérimental à l'ensemble du canton.

Les femmes appartenant au collectif concerné par le programme sont invitées, par écrit, à prendre rendez-vous pour effectuer la mammographie. L'enveloppe contient en particulier une brochure sur le cancer du sein et sa prévention.

Les mammographies sont effectuées dans deux hôpitaux régionaux (Aigle, Morges). Disponibles une semaine plus tard, leurs résultats sont communiqués simultanément à la patiente et à son médecin traitant. Les femmes dont la mammographie est positive sont invitées à prendre rendez-vous avec celui-ci pour organiser les examens complémentaires.

2.2 INSTRUMENTS

Le Psychological Consequences Questionnaire (PCQ) est un instrument spécifique permettant d'évaluer l'impact psychosocial du dépistage du cancer du sein. Il comprend vingt-deux questions explorant les réactions des femmes soumises à la mammographie. Trois dimensions (domaines) sont étudiées : émotionnelle, physique, et sociale (relationnelle). Les réponses sont données sur des échelles variant de 0 (= jamais) à 3 (= souvent). Pour chaque dimension, le PCQ permet de relever des réactions négatives - assimilables à des manifestations d'anxiété - et des réactions positives. Au total, le PCQ comprend 12 items concernant des réactions négatives (5 pour la dimension émotionnelle, 4 pour la physique et 3 pour la sociale) et 10 des réactions positives. Un score de dysfonctionnement est établi pour chacune des trois dimensions étudiées. En revanche, aucun score global n'est prévu par le PCQ. Le présent article porte exclusivement sur les réactions d'anxiété.

Les questions originales du PCQ ont été traduites en français (avec rétro-translation). La compréhension et la sensibilité du questionnaire ont été testées auprès d'environ 300 patients ayant consulté une polyclinique pour s'y soumettre au test VIH. Afin de compléter les informations récoltées au moyen du PCQ, les participantes ont été invitées à répondre à une question permettant d'évaluer leur niveau d'anxiété de manière simple et globale, au moyen d'une échelle à 6 degrés (0 = pas du tout inquiète ; 5 = très inquiète). Les instruments utilisés figurent en annexe.

2.3 DESIGN DE L'ÉTUDE

La cohorte est constituée par l'ensemble des femmes ayant subi une mammographie entre le 15 janvier et le 15 juillet 1995. Ce collectif représente environ un cinquième de la population dépistée dans le programme. Il se compose de 970 femmes dont 46 n'étaient pas éligibles pour l'étude (femmes illettrées, ne maîtrisant pas suffisamment la langue française ou souffrant de handicaps mentaux). Des 924 restantes, 887 ont accepté de participer à l'étude (96%). La récolte des données s'est achevée en décembre 1995.

L'étude comprenait quatre phases (*figure 1*) à l'occasion de chacune desquelles les participantes remplissaient le PCQ et évaluaient globalement leur anxiété en se référant aux manifestations perçues durant la semaine précédente. La première phase se déroulait à l'hôpital, immédiatement avant l'examen. Une assistante présentait l'étude, sollicitait la collaboration des participantes au dépistage et répondait à leurs questions. Elle a souvent dû rappeler que les questionnaires concernaient exclusivement les réactions observées en rapport avec la mammographie et le cancer du sein.

La deuxième phase avait lieu immédiatement avant la communication du résultat. Les questionnaires y relatifs étaient remis, avec explication, lors de la mammographie. Les participantes le remplissaient à leur domicile, quatre jours plus tard, et le renvoyaient au moyen d'une enveloppe-réponse. Un rappel était systématiquement adressé à chaque participante afin qu'elle n'oublie pas de renvoyer le matériel avant d'avoir pris connaissance du résultat de la mammographie.

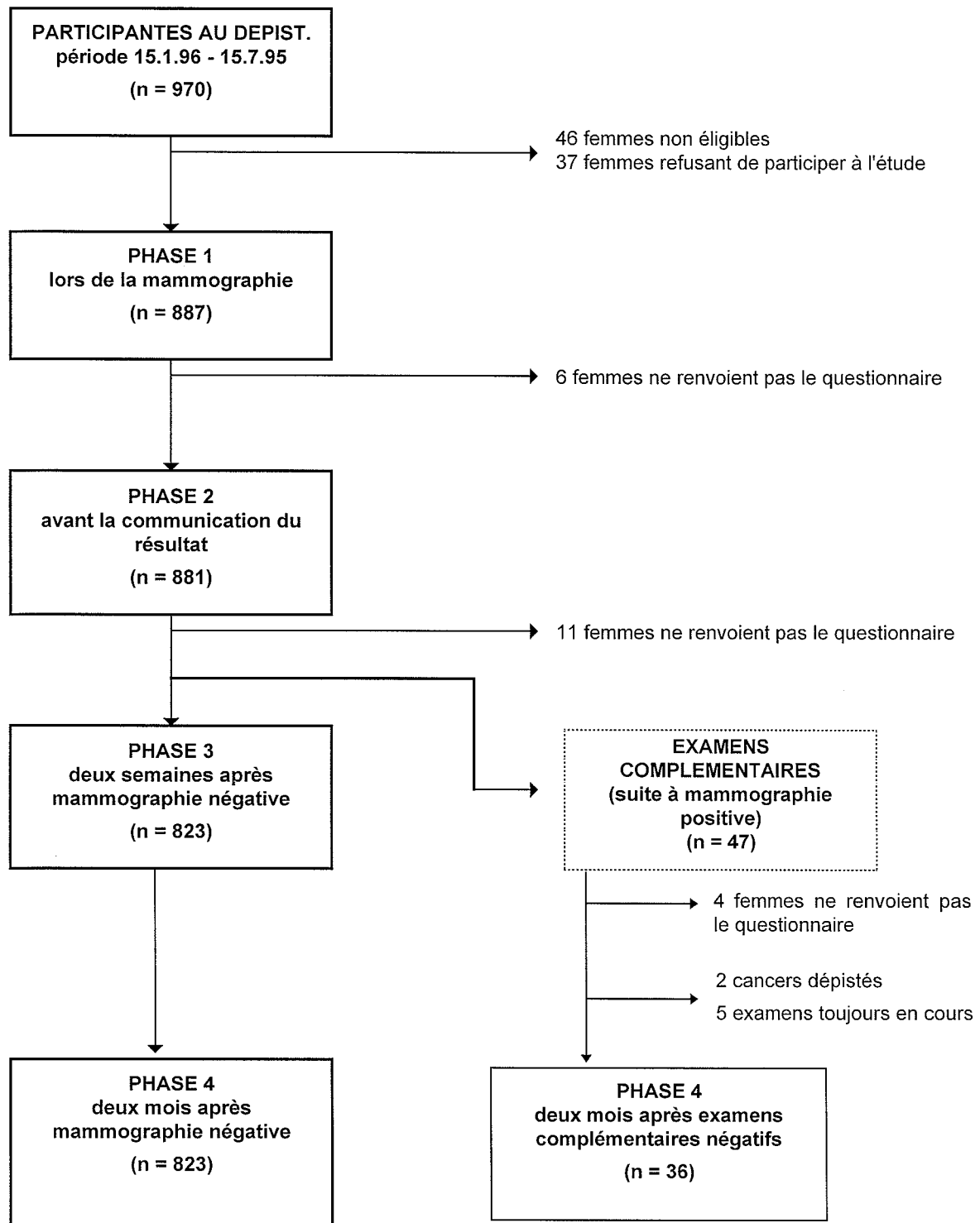
La troisième phase intervenait deux semaines après la communication du résultat. Elle ne concernait toutefois que les femmes dont la mammographie était négative. N'étant pas encore parvenues au terme du processus diagnostique (examens complémentaires), les femmes ayant une

mammographie positive n'étaient pas interrogées à ce stade de l'étude. Pour cette phase, ainsi que pour la dernière, le matériel à remplir était envoyé par poste, accompagné d'explications et d'une enveloppe-réponse. Si nécessaire, un rappel écrit puis un rappel téléphonique étaient adressés aux femmes qui tardaient à répondre.

La quatrième phase concernait à nouveau toutes les femmes. Elle avait lieu deux mois après la réception du résultat de la mammographie (respectivement deux mois après réception du résultat des examens complémentaires). Sept femmes en ont été exclues : deux chez lesquelles un cancer avait été diagnostiqué et cinq pour lesquelles le résultat des examens complémentaires n'était pas encore connu au moment de l'enquête.

Le taux de participation final s'élève à 93.7%.

Figure 1 : Phases de l'étude et effectifs observés



3 ANALYSE STATISTIQUE

La représentativité de l'échantillon est évaluée par le test du chi-carré (alpha à .05). On a recouru à l'analyse bivariée avec utilisation du test du chi-carré pour comparer les femmes ayant accepté de participer à l'étude à celles ayant refusé, celles constituant l'échantillon au reste de la population dépistée, celles ayant une mammographie négative aux fausses positives¹ ainsi que, parmi les femmes ayant eu une mammographie négative, celles qui présentent de l'anxiété avant la mammographie à celles qui n'en présentent pas.

L'évolution de l'anxiété est étudiée en utilisant les scores moyens à chaque phase et pour chaque dimension ainsi que leurs intervalles de confiance. La fraction d'échantillonnage élevé rend compte du fait que les intervalles de confiance utilisés dans les graphiques sont plus larges qu'en réalité et induisent donc une interprétation conservatrice.

Les déterminants de l'anxiété observée pour chaque dimension et à chaque phase du processus ont été mis en évidence au moyen de régressions multiples en utilisant le score comme variable dépendante et des indicateurs socio-démographiques et sanitaires comme variables explicatives.

¹ Femmes pour lesquelles la mammographie montre une anomalie dont les investigations complémentaires excluent le caractère cancéreux.

4 RESULTATS

4.1 ECHANTILLON OBTENU

Les 37 femmes ayant refusé de participer à l'étude ne se différencient pas des 887 participantes quant à l'âge, la nationalité, le niveau d'éducation, le centre de dépistage fréquenté (zone de recrutement), les habitudes de contrôle des cancers féminins, les antécédents familiaux de cancer du sein, la présence d'anomalies cliniques et le résultat de la mammographie. Les différences significatives concernent la proportion de femmes séparées, plus importante dans le groupe de celles qui ont refusé de participer à l'étude (24.3 vs 8.6%) ainsi que le délai moyen entre l'invitation à participer au dépistage et la réalisation de la mammographie, significativement plus long chez les femmes ayant refusé de participer à l'étude (213 vs 149 jours).

Le collectif étudié est très semblable à celui des femmes ayant participé au dépistage en dehors de la période durant laquelle se déroulait la recherche. Il se distingue essentiellement, du point de vue socio-démographique, par une proportion légèrement supérieure de femmes de nationalité suisse et de femmes mariées. En ce qui concerne les caractéristiques sanitaires, la population de l'étude comprend une proportion légèrement supérieure de femmes ayant déjà subi au moins une mammographie. En revanche, elle comprend moins de sujets ayant déjà subi au moins un test de Papanicolaou et de femmes présentant une anomalie de la poitrine relevée par la technicienne lors de la mammographie (distincte d'une anomalie radiologique) (*tableaux 1 et 2*).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques : comparaison entre participantes à l'étude et le reste des femmes dépistées depuis le début du programme (en %)

Variables	Collectif étudié (n = 887)	Reste de la population dépistée (N = 3931)	p
Age :	58.8 ans (moyenne)	59.0 ans (moyenne)	ns
50-54 ans	36.1	33.7	ns
55-59 ans	22.1	22.3	
60-64 ans	19.7	21.4	
65-69 ans	22.1	22.7	
Nationalité :			
suisse	93.3	87.4	*
italienne	2.4	5.0	
française	1.2	2.1	
autre	3.1	5.5	
Années de scolarité :	10.9 ans (moyenne)	10.8 ans (moyenne)	ns
< 10 ans	40.4	38.1	**
10-12 ans	37.1	32.0	
> 12 ans	22.5	29.9	
Etat civil :			
célibataire	3.8	5.9	*
mariée	76.6	69.3	
séparée/divorcée	8.6	11.4	
veuve	11.0	13.5	
Nombre d'enfants :			
aucun	12.3	13.2	ns
un	12.9	15.6	
deux	45.3	43.2	
trois	22.0	20.8	
quatre et plus	7.6	7.2	
Milieu socioprofessionnel (mari):			
ouvrier ou employé non qualifié	4.6	3.5	
ouvrier ou employé qualifié	30.1	38.0	**
agriculteur ou indépendant	30.0	26.9	
cadre moyen	18.6	17.5	
universitaire ou dirigeant	12.7	10.6	
autre	4.0	3.6	

* $p < .001$

** $p < .01$

*** $p < .05$

Tableau 2 : Données sanitaires : comparaison entre participantes à l'étude et le reste des femmes dépistées depuis le début du programme pilote (en %)

Variabes	Collectif étudié (n = 887)	Reste de la population dépistée (N = 3931)	p
Déjà eu au moins une mammographie	73.3	66.7	*
Laps de temps entre la dernière mammographie et celle du programme:	27.9	27.9	ns
2 ans maximum	24.8	27.0	
> 2 à 3 ans	22.5	22.2	
> 3 à 5 ans	24.8	22.9	
> 5 ans			
Déjà eu au moins un Papanicolaou :	85.9	98.2	*
Laps de temps entre le dernier Papanicolaou et le dépistage :			
moins de 2 ans	67.3	60.9	*
entre 2 et moins de 4 ans	19.6	24.9	
4 ans et plus	13.1	14.2	
Antécédents de cancer du sein :			
pas d'antécédent	84.2	85.6	ns
mère/soeur	7.0	7.5	
autre	8.8	6.9	
Déjà eu une maladie du sein :	13.9	12.9	ns
Présence d'anomalie(s) clinique(s)	9.9	15.8	*
Centre de dépistage :			
Aigle	28.1	30.9	ns
Morges	71.9	69.1	
But de la dernière mammographie :			
mammographie de dépistage	87.4	87.3	ns
mammographie de diagnostic	11.1	11.2	
ne sait pas	1.5	1.5	
Mammographies négatives	94.7	94.8	ns

* $p < .001$

** $p < .01$

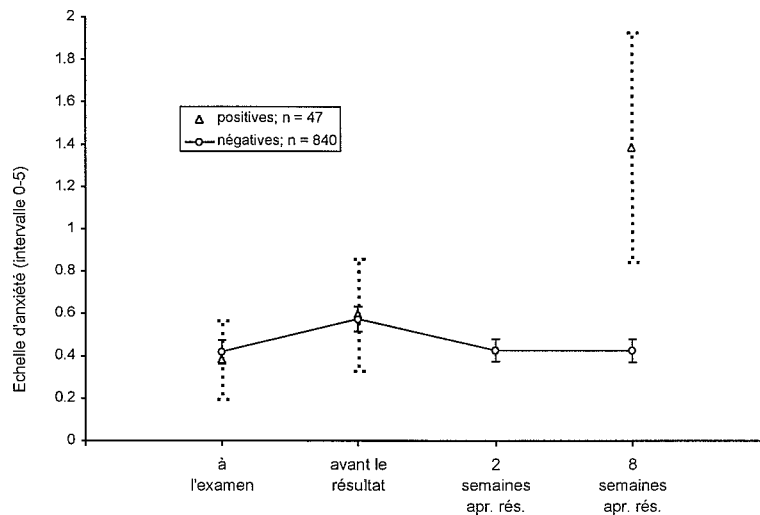
*** $p < .05$

4.2 EVOLUTION DE L'ANXIÉTÉ CHEZ LES FEMMES DEPISTÉES

Avant de prendre connaissance du résultat, femmes négatives et positives présentent le même niveau d'anxiété. L'anxiété induite par le dépistage est extrêmement faible durant la semaine précédant la mammographie (score médian pour chaque dimension = 0). Elle s'élève légèrement durant la période précédant la communication des résultats. Évaluée au moyen de la question sur l'anxiété globale, elle retrouve son niveau initial tandis qu'elle reste légèrement au dessus du niveau initial lorsqu'elle est mesurée au moyen du PCQ (figures 2-5).

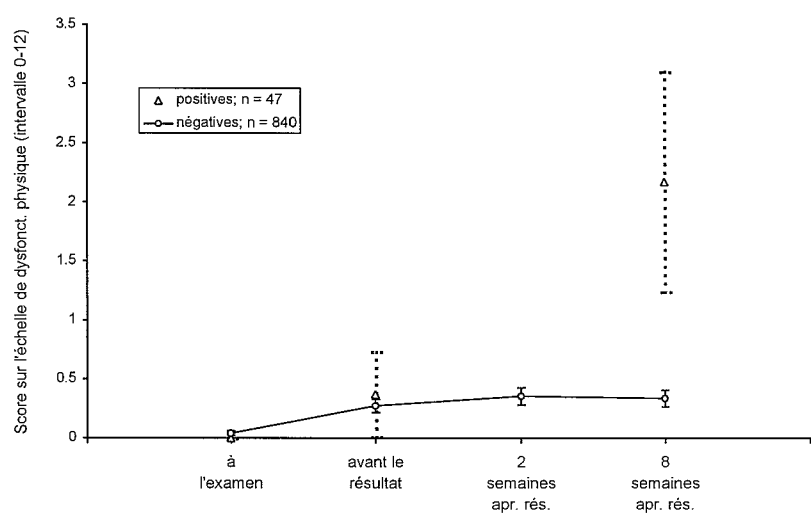
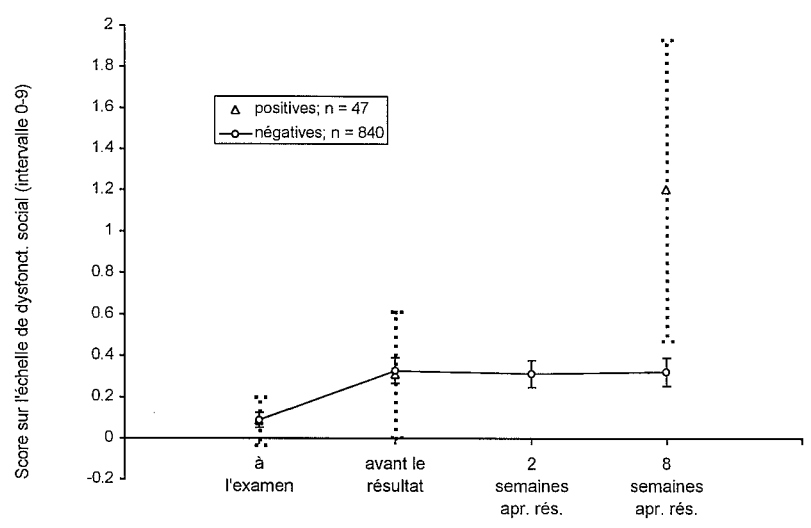
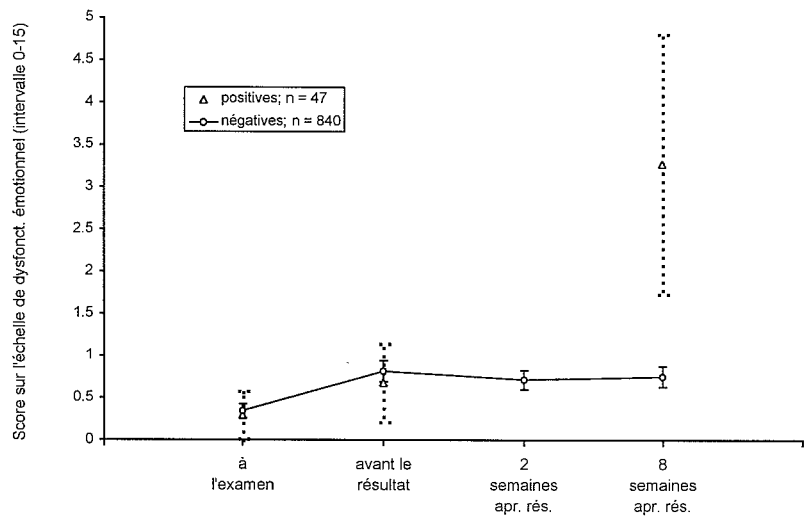
Parmi les femmes ayant une mammographie positive, aucune mesure de l'anxiété n'a été effectuée pour la période suivant immédiatement la communication des résultats (phase 3). Deux mois après la communication du résultat des examens complémentaires excluant un cancer, les femmes dont la mammographie était positive - c. à d. les femmes fausses positives - manifestent encore un niveau d'anxiété significativement supérieur à la fois au niveau mesuré avant l'examen et à celui des femmes ayant d'emblée reçu un résultat négatif et cela quelle que soit la dimension considérée.

Figures 2 à 5 : Evolution de l'anxiété, globale et dans les différentes dimensions du PCQ, selon le résultat de la mammographie (avec intervalles de confiance à 95%)



Notes pour les figures 2-5 :

1. aux phases 1 et 2, le collectif des femmes «positives» comprend l'ensemble des futures «fausses positives» et celui des « vraies positives» ; la phase 4 exclut les femmes encore en examen (5) et celles chez lesquelles un diagnostic de cancer a été posé (2) ;
2. les femmes ayant une mammographie fausse positive ne sont pas concernées par la phase 3 ; on ne peut donc pas représenter leur évolution par un trait continu.



4.3 DIFFERENCES ENTRE FEMMES AYANT UNE MAMMOGRAPHIE FAUSSE POSITIVE ET CELLES EN AYANT UNE NEGATIVE

Les femmes fausses positives se distinguent des femmes négatives par un suivi un peu moins régulier du dépistage des cancers féminins. Parmi les femmes ayant déjà eu une mammographie, le délai moyen entre la dernière mammographie et celle effectuée dans le contexte du programme de dépistage est plus important chez les femmes fausses positives (92.5 mois contre 53.8 mois; $p < .001$, médiane 38 contre 35 mois). Il en va de même pour le laps de temps moyen s'écoulant entre le dernier test de Papanicolaou et la mammographie de dépistage (3.2 ans pour les femmes fausses positives contre 1.8 ans pour les femmes négatives, $p < .01$, médiane à 1 année pour les deux groupes).

Les femmes fausses positives sont en outre proportionnellement plus nombreuses à avoir déjà souffert d'une maladie du sein : 27.7% contre 13.1% des négatives ($p < .01$). Elles sont par conséquent moins nombreuses à avoir subi leur dernière mammographie (hors programme) dans un but de dépistage (71.0% contre 88.2%; $p < .05$).

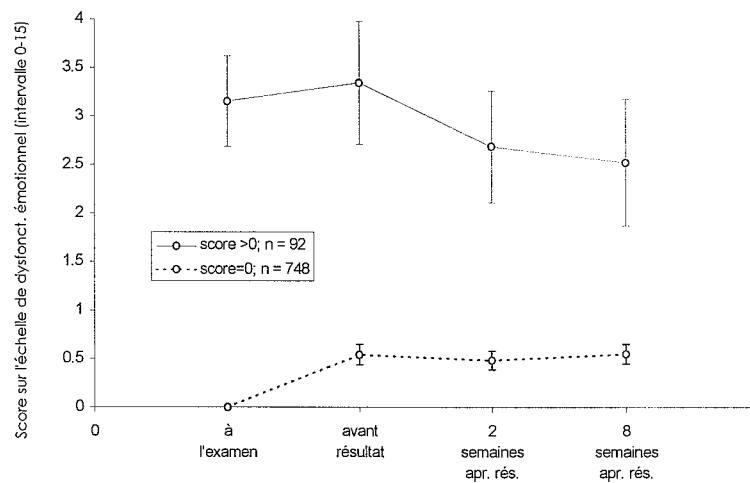
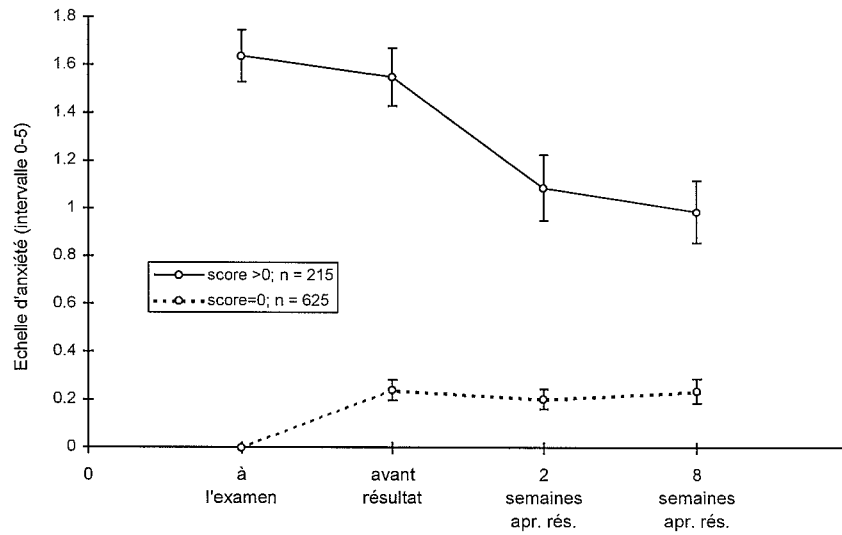
4.4 EVOLUTION DE L'ANXIETE CHEZ LES FEMMES AYANT UNE MAMMOGRAPHIE NEGATIVE SELON LEUR NIVEAU INITIAL D'ANXIETE

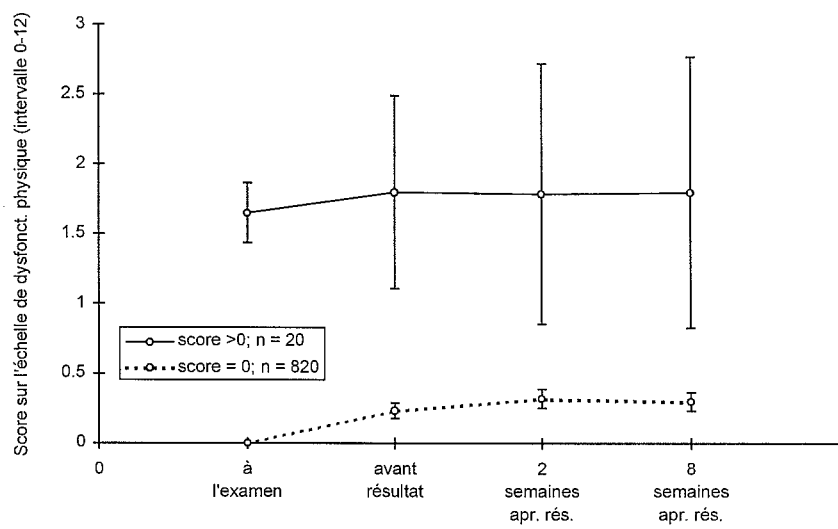
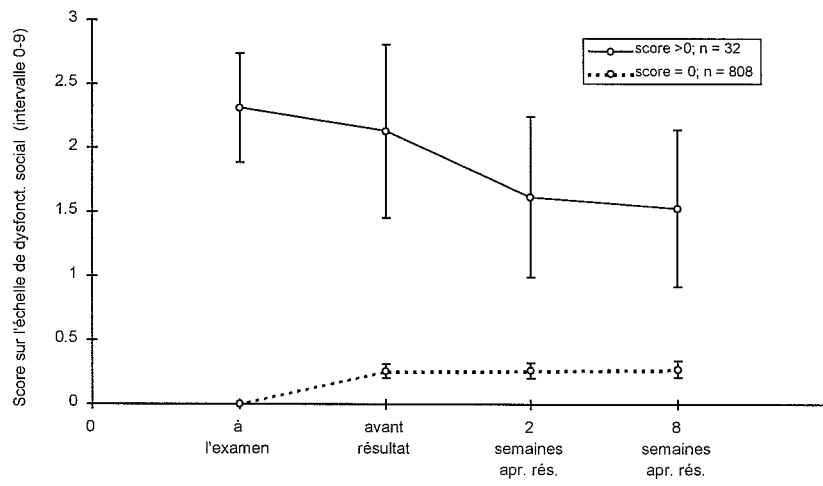
Les femmes ont été partagées en deux groupes selon leur niveau initial d'anxiété. Le premier groupe était composé des femmes ayant un score nul et le deuxième de celles ayant obtenu un score supérieur à zéro.

Pour chaque dimension considérée (trois dimensions du PCQ et niveau global d'anxiété) les femmes appartenant au premier groupe (niveau initial nul) voient leur niveau d'anxiété s'élever très légèrement aussitôt après l'examen. Ce niveau, extrêmement bas, demeure stable durant les deux mois de l'observation (phases 3 et 4) / (*figures 6-9*). Les femmes appartenant au second groupe (niveau initial supérieur à zéro) partent en revanche d'un niveau relativement élevé qui diminue pour trois des quatre échelles utilisées (PCQ score de dysfonctionnement social, PCQ score de dysfonctionnement émotionnel et niveau global d'anxiété).

Les scores moyens des deux groupes restent très significativement différents quelle que soit la dimension considérée : les femmes ayant un niveau d'anxiété initial plus élevé restent, pour chaque étape et pour chaque dimension, à un niveau supérieur d'anxiété. Dans les analyses bivariées, aucune des variables à disposition ne permet de différencier ces deux groupes.

Figures 6 à 9 : Evolution de l'anxiété selon son niveau initial (avec intervalles de confiance à 95%)





4.5 VARIABLES ASSOCIEES A L'ANXIETE CHEZ LES FEMMES AYANT UNE MAMMOGRAPHIE NEGATIVE

Les résultats des analyses multivariées (régressions multiples) sont présentées dans le tableau 4c qui montre, pour chaque dimension et à chaque phase, les variables possédant un coefficient significatif. Trois variables seulement se révèlent prédictrices d'un niveau d'anxiété plus élevé : scolarité primaire (moins de dix ans), nationalité étrangère et présence d'anomalies cliniques. La scolarité intervient à pratiquement toutes les phases de l'étude : avoir suivi une scolarité < 10 ans prédit un niveau d'anxiété plus élevé à chaque phase et pour chaque dimension, excepté pour les phases 1 et 2 de la dimension sociale. Etre de nationalité étrangère ne joue un rôle qu'à la phase 1 pour la dimension sociale et à la phase 3 pour la dimension émotionnelle. Quant à la présence d'anomalies cliniques lors de l'examen, elle constitue un facteur prédictif de l'anxiété mesurée lors de la phase 4, quelle que soit la dimension considérée.

Tableau 4c Déterminants de l'anxiété chez les femmes ayant une mammographie négative, aux différentes phases de l'étude

Variables	PCQ : dysfonctionnement émotionnel				PCQ : dysfonctionnement social				PCQ : dysfonctionnement physique							
	Phase 1		Phase 2		Phase 3		Phase 4		Phase 1		Phase 2		Phase 3		Phase 4	
	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
Age		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns
Nationalité		ns		ns	.48	.04		ns	.13	.04		ns		ns		ns
Scolarité primaire	-.23	.005	-.34	.01	-.35	.004	-.53	<.001		ns		ns	-.16	.01	-.26	<.001
Etat civil		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns
Antéc. cancer du sein		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns
Déjà eu maladie sein		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns
Déjà eu une mammogr.		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns
Déjà eu un Papanic.		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns
Centre de dépistage		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns
Anomalie clinique		ns		ns		ns	.50	.02		ns		ns		ns	.28	.02

Variables	Anxiété globale							
	Phase 1		Phase 2		Phase 3		Phase 4	
	B	p	B	p	B	p	B	p
Age	-.06	.01		ns		ns		ns
Nationalité		ns		ns		ns		ns
Scolarité primaire	-.16	.005	-.20	.001	-.25	<.001	-.28	<.001
Etat civil		ns		ns		ns		ns
Antéc. cancer du sein		ns		ns		ns		ns
Déjà eu maladie sein		ns		ns		ns		ns
Déjà eu mammogr.		ns		ns		ns		ns
Déjà eu un Papanic.		ns		ns		ns		ns
Centre de dépistage		ns		ns		ns		ns
Anomalie clinique		ns		ns		ns	.21	.03

ns = non significatif

5 DISCUSSION

Destinée à déterminer dans quelle mesure la participation à une campagne de dépistage du cancer du sein entraîne des conséquences psychosociales négatives, notre étude a enregistré un taux de réponse de 93%. Par rapport au collectif étudié, les femmes ayant refusé de participer à l'étude ont laissé s'écouler plus de temps avant de réaliser la mammographie. Même si l'on formule l'hypothèse que l'allongement de ce délai constitue le signe d'une anxiété plus élevée, l'effectif réduit de ces dernières ne devrait pas affecter sensiblement nos résultats. Le collectif étudié se distingue par ailleurs de l'ensemble des femmes ayant participé au dépistage par une proportion légèrement plus importante de personnes de nationalité suisse. Il s'agit d'un biais introduit par le design de l'étude, les femmes ne maîtrisant pas suffisamment le français n'ayant pas été considérées comme éligibles.

Quel que soit le domaine observé, nos résultats montrent que les réactions d'anxiété du collectif étudié sont de très faible amplitude avant la mammographie. Même l'incertitude à laquelle les femmes sont confrontées avant la communication du résultat de l'examen ne semble provoquer aucun coût psychologique important.

Aucune différence n'apparaît entre les réactions des futures négatives et celles des futures fausses positives durant les deux premières phases de l'étude. Ce constat semble infirmer les observations de plusieurs auteurs (Gram et al.¹⁷, Cockburn et al.¹⁸, Sutton et al.¹⁴ - ces derniers lorsqu'ils utilisent une approche rétrospective) qui relèvent que les fausses positives sont plus anxieuses que les autres femmes avant la communication du résultat de la mammographie. Gram et al. attribuent cette différence au fait que des différences anatomiques rendraient la mammographie plus douloureuse chez les fausses positives. Examinant les informations fournies après qu'elles aient pris connaissance des résultats des examens complémentaires, Sutton et al. estiment que les fausses positives conservent un plus mauvais souvenir de la période précédant la communication des résultats de la mammographie en raison d'un phénomène de "contamination" par l'anxiété consécutive à l'annonce de ces derniers.

Négatives et fausses positives se distinguent en revanche clairement après la communication des résultats de la mammographie. Au terme de la période d'observation, le niveau d'anxiété des secondes est sensiblement supérieur à celui des premières.

L'anxiété des négatives évolue de manière quelque peu différente selon l'instrument utilisé pour l'évaluer. Mesurée globalement, elle enregistre une diminution puis une stabilisation au niveau observé durant la phase précédant la mammographie. Le PCQ fait en revanche apparaître une stabilisation au niveau atteint immédiatement avant la communication du résultat. Ces différences

pourraient tenir à une approche différente des réactions psychosociales : en recensant séparément réactions négatives et réactions positives, le PCQ ne permet pas d'établir une compensation "arithmétique" entre inconvénients et bénéfices de la mammographie. En revanche, l'évaluation globale des réactions permet de compenser les quelques inconvénients ressentis (soucis récurrents, perturbations des relations sociales) par le soulagement éprouvé à l'idée de se savoir «indemne».

En dépit des quelques différences qui apparaissent, les résultats obtenus au moyen du PCQ ou de la question unique montrent des tendances assez semblables.

Quel que soit l'instrument utilisé pour la mesurer, l'anxiété des femmes négatives demeure extrêmement basse. Son niveau au terme de l'observation peut être interprété comme un état de vigilance à l'endroit du cancer du sein. Cette situation pourrait même être considérée comme favorable à la prévention dans le sens où elle est susceptible d'encourager les femmes à se soumettre à des contrôles réguliers¹⁹.

L'étude ne prévoyait pas de recueillir les réactions des fausses positives lors de la communication du résultat de la mammographie. Les recherches ayant procédé à des mesures à ce stade du processus^{14,15} notent cependant une très sensible augmentation de l'anxiété parmi ce groupe de femmes. Elles indiquent également que l'amplitude de ces réactions psychosociales diminue avec le temps et qu'elles tendent à se rapprocher de celles manifestées par les femmes négatives. Après deux mois, le niveau d'anxiété des fausses positives de notre étude apparaît cependant toujours comme nettement plus élevé que celui des négatives. Rien ne nous permettant d'estimer que les tendances observées dans les études citées ci-dessus ne s'appliquent pas également à la population que nous avons étudiée, nous en inférons que le niveau d'anxiété au moment de la communication du résultat (faussement) positif de la mammographie devait être encore plus élevé que celui observé deux mois après que les examens complémentaires aient permis d'éliminer l'hypothèse d'un cancer et qu'il devait par conséquent s'agir d'une manifestation importante.

Le bas niveau d'anxiété provoqué par la mammographie, la légère montée de l'anxiété avant la communication des résultats de l'examen^{14,15} puis sa diminution durant les mois suivants, de même que l'anxiété sensiblement plus marquée des fausses positives^{12,14,15,17,20,21} ont été observés à l'occasion d'autres études concernant le screening du cancer du sein. Les études qui se fondent sur de longs follow up mettent en évidence une diminution continue des réactions psychosociales tout au long de l'observation. Pour les suivis les plus longs (18 mois)¹⁹, les conséquences psychologiques négatives de la mammographie tendent à disparaître au terme de l'observation, que ce soit chez les femmes négatives ou chez les fausses positives. Notre démarche ne permet pas de confirmer ces observations - chez les négatives ou les fausses positives -, faute d'un recul suffisant.

Durant les deux premières phases de l'étude (à l'examen et en attendant le résultat), les conséquences psychosociales enregistrées au moyen du PCQ auprès de notre collectif sont moins marquées que celles observées par Cockburn en Australie. Cette différence ne semble devoir être attribuée ni à l'instrument (traduction française du PCQ) ni à son application auprès d'une population culturellement différente de celle pour laquelle il a été construit. En effet, son utilisation dans le cadre d'une consultation spécialisée dans le test VIH auprès de personnes pourtant à très faible risque d'infection a permis d'enregistrer des niveaux d'anxiété nettement plus élevés, en particulier avant la réception du résultat, que ceux relevés dans le screening du cancer du sein. Par ailleurs, les très faibles niveaux d'anxiété observés au moyen d'une échelle fournissant une évaluation globale de l'anxiété des participantes confirment la faiblesse des réactions psychosociales durant les deux premières phases du dépistage. L'explication des différences apparaissant par rapport à l'étude de Cockburn doit être plutôt recherchée du côté des modalités d'application du PCQ : en demandant à une collaboratrice de présenter l'étude aux participantes au dépistage et de répondre à leurs questions sur l'étude, on a pu attirer leur attention sur le fait que le PCQ concernait exclusivement les réactions attribuables à la mammographie et au cancer du sein, et contribuer ainsi à éliminer l'évocation de manifestations anxieuses plus ou moins chroniques.

Nos résultats s'écartent en outre de ceux de Cockburn en ce qui concerne l'évolution des conséquences psychosociales du dépistage chez les femmes fausses positives : leurs niveaux d'anxiété sont plus élevés dans notre étude. Bien que la comparaison soit plus délicate pour les phases 3 et 4 en raison de l'absence de synchronisme entre les deux démarches (nous ne disposons pas de données pendant les investigations complémentaires - phase 3 - et la phase 4 de l'étude australienne a lieu 8 mois après le résultat de ces investigations), cette différence pourrait être due à la nature des informations fournies dans les deux programmes avant la mammographie : le programme australien attirait l'attention des patients sur les mammographies fausses positives et sur leurs implications, ce que ne faisait pas la documentation vaudoise. Déjà préparées à l'éventualité d'une mammographie positive nécessitant des examens complémentaires, les premières présentent des réactions de moindre amplitude que les femmes vaudoises.

Le fait que les fausses positives bénéficient d'un dépistage moins régulier des cancers féminins (dernière mammographie et dernier Papanicolaou plus anciens chez les fausses positives) et le fait qu'elles aient été plus fréquemment atteintes de maladies du sein ne semblent jouer aucun rôle avant la communication des résultats. Ce constat renvoie aux habitudes de consultation de la population, plutôt orientées vers la recherche de solutions à des problèmes de santé avérés (présence de symptômes) que vers la prévention. Il faut que la mammographie révèle une anomalie appelant des examens complémentaires pour que l'anxiété augmente de manière très sensible.

Parmi les femmes ayant une mammographie négative, celles dont le bagage culturel (peu d'années de scolarité et, dans une moindre mesure, nationalité étrangère) présentent proportionnellement les réactions d'anxiété les plus marquées. Comme les explications fournies dans le contexte du programme étaient en majeure partie présentées sous forme écrite et rédigées en français, des difficultés de compréhension pourraient être à l'origine de l'amplitude de ces réactions.

Enfin, nous relevons que les femmes chez lesquelles une anomalie de la poitrine a été observée lors de l'examen - mais pour lesquelles la mammographie était d'emblée négative - sont plus anxieuses que les autres deux mois après la communication des résultats. Ce constat suggère que les femmes qui continuent de percevoir cette anomalie de leur poitrine perdent progressivement le bénéfice du résultat de l'examen qui n'est ainsi pas en mesure de les rassurer durablement. Cet état de fait indique probablement l'existence d'une discrédance entre l'auto-évaluation de l'état de santé et la connaissance qu'en offre, "en miroir", le savoir médical.

Les réactions correspondant à la période précédant la mammographie opposent deux groupes d'inégale importance numérique. Composé des trois quarts du collectif, le premier comprend les femmes ne rapportant aucune anxiété tandis que le second est formé des femmes pour lesquelles le niveau d'anxiété est supérieur à zéro. Tout au long de l'observation, le groupe des femmes les plus inquiètes continue de manifester des réactions psychosociales nettement plus marquées. Toutefois, les femmes qui le composent voient leur anxiété diminuer progressivement alors que celle des femmes initialement les moins préoccupées tend à croître très faiblement, puis à se stabiliser. Ce constat suggère qu'une minorité de femmes éprouvent de l'anxiété par rapport à l'examen lui-même (gêne, douleur, etc.) et que, celui-ci effectué, leurs craintes à son égard se trouvent dissipées.

6 CONCLUSIONS

Même en les mesurant au moyen d'un instrument spécifiquement destiné au screening du cancer du sein comme le suggérait Sutton¹⁴, les conséquences psychosociales négatives de la campagne de dépistage se déroulant dans le canton de Vaud paraissent extrêmement limitées pour les femmes dont la mammographie ne révèle aucune tumeur, soit la grande majorité de la population concernée. L'invitation à participer au dépistage n'a provoqué aucune tension désagréable, l'anxiété précédant la communication du résultat de la mammographie demeure très faible, de même que son niveau deux mois après cette communication.

Trois groupes de femmes paient toutefois un certain tribut au screening : les fausses positives, celles ne disposant que d'un bagage culturel limité et celles présentant des anomalies cliniques à l'examen. Leur situation appelle des mesures propres à limiter les effets négatifs du dépistage.

D'une manière générale, l'information dispensée aux personnes invitées à participer au dépistage devraient fournir des renseignements sur les implications de la mammographie et, plus particulièrement, sur les mammographies fausses positives. La diffusion de ces informations doit permettre aux femmes recevant un résultat positif de faire face de manière plus sereine à cette nouvelle. Pour ces dernières (5% de la population dépistée au moment de l'étude), l'attention devrait surtout porter sur les modalités de communication des résultats. Il importe que ces femmes soient informées très précisément de la signification d'une mammographie positive ainsi que de la nature des investigations complémentaires qui s'imposent. Celles-ci achevées, leurs résultats devraient également être commentés de manière à ce qu'aucun doute ne puisse raisonnablement subsister quant à l'exclusion de tout diagnostic de cancer. La communication de ces informations doit être nécessairement individualisée et offrir un espace suffisant aux questions des femmes concernées. Grâce à leur connaissance de leurs patientes, les médecins praticiens sont particulièrement bien placés pour offrir ce counselling. Ils devraient être dûment renseignés sur les implications et les enjeux du dépistage, et sur les conséquences psychologiques²⁰ entraînées par l'annonce d'une mammographie (faussement) positive.

A priori, les difficultés de compréhension constituent le principal trait commun aux femmes de nationalité étrangère et à celles n'ayant bénéficié que d'une brève scolarité. Ce constat requiert la mise en oeuvre d'un système d'information particulièrement adapté : mis à part le soin qui doit être apporté à la rédaction des documents remis à l'ensemble des femmes concernées (documents qui doivent être compréhensibles pour le plus grand nombre), traduire les documents dans les principales langues étrangères parlées dans la région où se déroule le programme peut constituer une réponse partielle à ce problème. Toutefois, la maîtrise du langage écrit ne constitue pas l'apanage de

l'ensemble de la population adulte, surtout lorsqu'il s'agit d'informations d'un certain niveau de complexité. Des mesures complémentaires sont nécessaires. Elles peuvent consister en une utilisation des médias électroniques (radio, TV) mais également, là encore, en un recours aux médecins praticiens (médecins de premier recours, gynécologues). Ces derniers paraissent en effet en mesure d'offrir à leurs patientes de discuter du dépistage en utilisant des mots et des concepts adaptés, plus accessibles que ceux destinés au grand public.

7 BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Marteau TM. Psychological costs of screening. *Br Med J* 1989;299:527.
- ² Marteau TM. Reducing the psychological costs. *Br Med J* 1990;301:26-8.
- ³ Wardle FJ, Pope R. The psychological costs of screening for cancer. *J Psychosom Res* 1992;36:609-24.
- ⁴ Bell S, Porter M, Kitchener H, Fraser H, Fraser C, Fisher P, Mann E. Psychological response to cervical screening. *Prev Med* 1995;24 :610-6.
- ⁵ Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
- ⁶ Schmidt JG. The epidemiology of mass breast cancer screening - a plea for a valid measure of benefit. *J Clin Epidemiol* 1990;43 : 211-2.
- ⁷ Miller AB. The costs and benefits of breast cancer screening. *Am J Prev Med* 1993;9:175-80.
- ⁸ Roberts M. Breast screening: time for a rethink. *Br Med J* 1989;299:1153-5.
- ⁹ Skrabanek P. Breast cancer screening. *Lancet* 1985;2:941.
- ¹⁰ Cassileth BR. Breast cancer surveillance: on increasing its effectiveness while reducing its negative psychological effects. *J Natl Cancer Institute* 1992;84:2-3.
- ¹¹ Dean C, Roberts M, French K, et al. Psychiatric morbidity after screening for breast cancer. *J Epidemiol Community Health* 1986;40:71-5.
- ¹² Ellman R, Angeli N, Christians A, et al. Psychiatric morbidity associated with screening for breast cancer. *Br J Cancer* 1989;60:781-4.
- ¹³ Paci E. Assessment of validity and clinical application of an Italian version of the Rotterdam Symptom Checklist. *Quality Life Res* 1992;1:129-34.
- ¹⁴ Sutton S, Saidi G, Bickler G, Hunter J. Does routine screening for breast cancer raise anxiety ? Results from a three wave prospective study in England. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:413-8
- ¹⁵ Cockburn J, De Luise T, Hurley S, et al. Development and validation of the PCQ : a questionnaire to measure the psychological consequences of screening mammography. *Soc Sci Med* 1992;34:1129-34.
- ¹⁶ Paccaud F. Mammographic screening for breast cancer : background of a pilot program in the Canton of Vaud. *Soz Präventivmed* 1993;38:288-93.
- ¹⁷ Gram IT, Slenker SE. Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited. *Am J Public Health* 1992;82:249-51.
- ¹⁸ Cockburn J, Staples M, Hurley SF, et al. Psychological consequences of screening mammography. *J Med Screening* 1994;1:7-12.
- ¹⁹ Nerenz D, Leventhal H. Self-regulation theory in chronic illness. In : Burish T, Bradley L, editors. *Coping with chronic illness*. New York : Academic ; 1983 : 13-37.
- ²⁰ Lerman C, Trock B, Rimer BK, et al. Psychological side effects of breast cancer screening. *Health Psychol* 1991;10:259-67.
- ²¹ Gram IT, Lund E, Slenker SE. Quality of life following a false positive mammogram. *Br J Cancer* 1990;62:1018-22.

ANNEXE : QUESTIONNAIRES

Questionnaire pour les phases 1 et 2

Phase 1

Numéro d'identification _____

Afin de connaître les impressions des femmes qui participent au programme de mammographie, nous vous demandons de répondre de votre mieux à ce questionnaire.

Combien de fois **pendant la dernière semaine** avez-vous ressenti les choses suivantes **à cause des pensées et des sentiments concernant le cancer du sein** :

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent
J'ai eu de la peine à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai ressenti une modification de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été triste ou déprimée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur et je me suis sentie paniquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été nerveuse ou tendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie sous pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai gardé pour moi certaines choses sans en parler à mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'en suis prise à d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis renfermée (éloignée de mes proches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu de la peine à accomplir les tâches ménagères que j'accomplis d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des difficultés à faire face à mon travail ou à d'autres responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis fait des soucis par rapport à mon avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

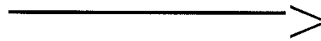
En résumé, pendant cette dernière semaine, à propos du cancer du sein, diriez-vous que vous vous êtes sentie :

pas du tout inquiète

--	--	--	--	--	--

très inquiète

0 1 2 3 4 5



(vous pouvez vous situer sur cette échelle en mettant une croix dans la case qui correspond le mieux à votre état d'inquiétude)

Numéro d'identification _____

Afin de connaître les impressions des femmes qui participent au programme de mammographie, nous vous demandons de répondre de votre mieux à ce questionnaire.

Combien de fois **pendant la dernière semaine** avez-vous ressenti les choses suivantes **à cause des pensées et des sentiments concernant le cancer du sein** :

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent
J'ai eu de la peine à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai ressenti une modification de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été triste ou déprimée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur et je me suis sentie paniquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été nerveuse ou tendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie sous pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai gardé pour moi certaines choses sans en parler à mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'en suis prise à d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis renfermée (éloignée de mes proches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu de la peine à accomplir les tâches ménagères que j'accomplis d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des difficultés à faire face à mon travail ou à d'autres responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis fait des soucis par rapport à mon avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En résumé, pendant cette dernière semaine, à propos du cancer du sein, diriez-vous que vous vous êtes sentie :

pas du tout inquiète

--	--	--	--	--	--

très inquiète

0 1 2 3 4 5

—————>

(vous pouvez vous situer sur cette échelle en mettant une croix dans la case qui correspond le mieux à votre état d'inquiétude)

Tout compte fait, pouvez-vous dire que votre participation au programme de dépistage a eu les effets suivants :

	Pas du tout	Un petit peu	Assez	Beaucoup
Je me sens rassurée de ne pas avoir un cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus décontractée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes relations avec mes proches et mes ami(e)s se sont améliorées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus capable de faire les choses que je fais d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus capable de faire face à mes responsabilités ménagères et/ou au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus optimiste quant à l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens moins anxieuse concernant le cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'entends mieux avec ceux qui m'entourent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je dors mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un plus grand sentiment de bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cette collection fait suite aux publications des
Cahiers de recherche et de documentation de
l'Institut universitaire de médecine sociale et
préventive**

Premières parutions de

Raisons de santé :

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CH 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne: Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CH 20.-
- N° 5 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 6 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 et 8 à paraître
- N° 9 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : Evolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-

Dernières parutions des

Cahiers de recherche et de documentation de l'IUMSP

- 120 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, Paccaud F.* - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Cinquième rapport de synthèse 1993-1995. - Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 50.-
Version abrégée, 1996.
- 120 a *Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, Paccaud F.* - Evaluation der Aids-Präventionstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995. - Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 50.-
Gekürzte Fassung, 1996.
- 120 b *Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, Paccaud F.* - Evaluation of the AIDS prevention strategy in Switzerland mandated by the Federal Office of Public Health. Fifth assessment report 1993-1995. - Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 50.-
Abridged version, 1996.
- 120.4 *Luthi J-C, Dubois-Arber F.* - Personnel hospitalier : Etude suisse sur les expositions professionnelles au VIH et aux hépatites chez le personnel hospitalier - Lausanne : IUMSP, 1995. CHF 28.-
- 120.5 *Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F.* - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes. Etude 1994. - Lausanne : IUMSP, 1995. CHF 40.-
- 120.7 *Haour-Knipe M, Fleury F.* - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse. Etude 1994-1995. - Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 38.-
- 120.8 *Cavaleri A, Verwey M, Konings E, Dubois-Arber F.* - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Prévention du sida auprès des prostituées étrangères : le projet « Barfüsserfrauen ». - Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 23.-
- 124 *Meystre-Agustoni G.* - Non-participation à un programme de dépistage de cancer du sein par mammographie - Lausanne : IUMSP, 1995. CHF 10.-
- 125 *Moreau-Gruet F.* - Enquête sur les problèmes de prise en charge de patients malades du sida dans le canton de Vaud : évaluation rapide sur mandat du médecin cantonal, Dr Jean Martin. - Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 14.-



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon
CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 72 77

Téléfax ■ ■ 41 21 314 73 73

e-mail Claude.Muhlemann@inst.hospvd.ch

Je désire recevoir

	n° _____
Auteur/s	
Titre	
	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s	
Titre	
	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s	
Titre	
	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
La liste complète de nos titres <input type="checkbox"/>	

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

