

**VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE
DE SATISFACTION ÉVALUANT LA QUALITÉ
DES SERVICES OFFERTS DANS LE PROGRAMME
QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN**

RAPPORT DE RECHERCHE

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction de santé publique

Février 2009

Équipe de rédaction :

Isabelle Bairati, Direction de santé publique et Centre de recherche du CHUQ
François Harel, Centre de recherche du CHUQ
Olga Gordynska, Centre de recherche du CHUQ
Souvan Charles Touré, Centre de recherche du CHUQ

Avec la collaboration de :

Amélie Bédard, Direction de santé publique
Claude Gagnon, Direction de santé publique
Louise Grégoire, Direction de santé publique

Ce document est disponible en version électronique sur le site Internet de la
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale à l'adresse
www.dspq.qc.ca/, section Documentation, rubrique Publications.

Vous pouvez vous procurer ce document au coût de 10 \$ plus
TPS de 5 % (10,50 \$ au total), à l'ordre de ASSS de la Capitale-Nationale – DSP

Faites parvenir votre chèque à :
ASSS de la Capitale-Nationale
Direction de santé publique
Centre de documentation
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien
les femmes que les hommes.

Dépôt légal :
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009
ISBN: 978-2-89496-385-2 (version imprimée)
978-2-89496-386-9 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source
soit mentionnée.

Référence suggérée :
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Validation
d'un questionnaire de satisfaction évaluant la qualité des services offerts dans le Programme québécois de
dépistage du cancer du sein*, ASSS de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2009, 40 p. et
annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

AVANT-PROPOS

La Direction de santé publique (DSP) de la Capitale-Nationale a le mandat d'évaluer, pour sa région, la qualité des services offerts dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). L'évaluation de la satisfaction des clientèles fait partie intégrante de la démarche d'évaluation de la qualité des services de santé. Afin de compléter l'évaluation périodique de la qualité des services offerts dans le PQDCS, il apparaît pertinent d'y ajouter une mesure centrée sur la perception des femmes. Dans ce contexte, la DSP, en partenariat avec les responsables du PQDCS de la région 03, a développé un questionnaire destiné à mesurer la satisfaction des femmes ayant eu une mammographie de dépistage. Ce questionnaire a été remis lors d'une enquête postale menée en 2004, à 1 584 femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans les centres de dépistage désignés (CDD) de la région de la Capitale-Nationale (Allard *et al.*, 2006). Avant d'entreprendre de nouvelles enquêtes, la DSP de la Capitale-Nationale a confié le mandat à l'unité d'épidémiologie clinique et évaluative du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec (CRCHUQ) d'évaluer la validité du questionnaire destiné à connaître la satisfaction des femmes au regard des services reçus.

Ce rapport présente brièvement le contexte dans lequel a été prise la décision de développer un questionnaire permettant d'évaluer la satisfaction des femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le PQDCS. La présentation pas à pas de la méthodologie utilisée pour valider le questionnaire permet aux gestionnaires et aux décideurs responsables du PQDCS de suivre les différentes étapes du processus de validation d'un tel questionnaire. La présentation des résultats est suivie d'une discussion permettant de faire émerger des recommandations concrètes en vue de poursuivre le développement et la validation de ce questionnaire.

Par ailleurs, une des préoccupations partagées par l'ensemble des responsables des programmes organisés de dépistage de cancer du sein est de maintenir l'adhésion des femmes aux mammographies répétées. Dans son enquête postale menée en 2004, la DSP avait évalué l'intention des femmes à revenir passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. Différents facteurs pouvant potentiellement expliquer l'adhésion des femmes aux mammographies de dépistage répétées avaient aussi été collectés au cours de cette enquête. Ce rapport fait état des résultats des analyses statistiques qui ont été menées en vue de déterminer les facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies répétées dans le PQDCS.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE.....	7
1. CONTEXTE.....	9
2. OBJECTIFS.....	10
3. MÉTHODES.....	10
3.1. Conception du questionnaire.....	10
3.2. Population de l'étude et déroulement de l'enquête.....	11
3.3. Méthodes statistiques utilisées pour valider le questionnaire de satisfaction.....	12
3.3.1. Acceptabilité du questionnaire.....	12
3.3.2. Validité de construit du questionnaire.....	12
3.3.3. Fiabilité du questionnaire.....	13
3.3.4. Sensibilité des échelles de satisfaction.....	14
3.4. Méthodes statistiques utilisées pour déterminer les facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS.....	15
4. RÉSULTATS.....	17
4.1. Description de la population de l'étude.....	17
4.2. Validation du questionnaire de satisfaction.....	18
4.2.1. Acceptabilité du questionnaire.....	18
4.2.2. Validité de construit du questionnaire.....	19
4.2.3. Fiabilité des échelles de satisfaction.....	21
4.2.4. Sensibilité des échelles de satisfaction.....	22
4.3. Facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS.....	24
4.3.1. Données descriptives.....	24
4.3.2. Facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS.....	24
4.3.3. Relation entre la satisfaction générale et l'intention d'adhésion.....	26
5. DISCUSSION.....	27
5.1. Acceptabilité du questionnaire.....	27
5.2. Choix de l'échelle Likert.....	29
5.3. Validité du questionnaire de satisfaction.....	29
5.3.1. Échelle de satisfaction générale.....	29
5.3.2. Autres échelles de satisfaction.....	30
5.4. Facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS.....	31
5.5. Relation entre la satisfaction générale et l'intention de revenir.....	33
5.6. Résumé des recommandations concernant la poursuite de la validation du questionnaire de satisfaction.....	34
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES	
▶ Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête	
▶ Annexe 2 : Classification des variables du questionnaire de l'enquête	
▶ Annexe 3 : Tableau décrivant la distribution des réponses des 1 584 femmes selon les 23 items de satisfaction	

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1 :	Description de la population de l'étude	17
Tableau 2 :	Sélection des items problématiques	18
Tableau 3 :	Matrice des poids factoriels après rotation	20
Tableau 4 :	Validité de convergence et discriminante et fiabilité des échelles.....	21
Tableau 5 :	Comparaison des moyennes des scores de satisfaction selon l'âge des participantes et leur niveau de douleur au moment de la compression du sein	22
Tableau 6 :	Facteurs associés à la satisfaction générale au regard des services reçus au CDD	23
Tableau 7 :	Distribution des femmes selon leurs réponses à l'intention d'adhésion aux mammographies tous les deux ans	24
Tableau 8 :	Facteurs associés à l'intention d'adhésion à la mammographie de dépistage tous les deux ans	25
Figure 1 :	Relation plausible entre la satisfaction générale et l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies de dépistage répétées	33

1. CONTEXTE

La qualité des services peut être évaluée, entre autres, à l'aide d'une mesure basée sur la perception des patients, en particulier sur leur satisfaction au regard des services de santé reçus (Donabedian, 1966; Woodside, Frey et Daly, 1989 et Sitzia et Wood, 1997). La satisfaction des patients est relativement difficile à mesurer car il s'agit d'un concept multidimensionnel (Ware *et al.*, 1983; Carman, 2000 et Brédart, 2001). En vue d'améliorer les services de santé, il apparaît primordial que les décideurs aient à leur disposition des questionnaires valides afin d'évaluer la satisfaction des clientèles selon différentes dimensions.

La littérature médicale suggère que l'adhésion des patients aux modalités thérapeutiques est influencée par leur satisfaction au regard des services reçus (Woodside, Frey et Daly, 1997). La satisfaction des femmes et l'expérience vécue au cours d'une mammographie sont des facteurs liés à l'adhésion des femmes aux mammographies répétées dans les programmes de dépistage (Orton *et al.*, 1991; Marshall, 1994 et Baines, Teresa et Wall, 1990). Dans le contexte d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein, l'adhésion des femmes aux mammographies répétées est une condition essentielle pour qu'un programme puisse être efficace à faire diminuer la mortalité par cancer (Santé Canada, 2003). La satisfaction des femmes au regard des services reçus dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est donc un élément important à prendre en considération afin d'optimiser leur adhésion à passer une mammographie tous les deux ans.

Peu de questionnaires de satisfaction validés sont actuellement disponibles pour évaluer la satisfaction des femmes au regard des programmes de dépistage organisés du cancer du sein. Selon l'état de nos connaissances, seulement trois études rapportent les résultats de validation de leurs questionnaires de satisfaction destinés à évaluer la satisfaction des femmes ayant eu une mammographie (Cockburn *et al.*, 1991; Loeken *et al.*, 1996, 1997; et Brett et Austoker, 2004). Deux de ces questionnaires sont centrés sur l'évaluation de la satisfaction au regard des services au moment de la mammographie (Cockburn *et al.*, 1991 et Loeken *et al.*, 1996, 1997), alors que le troisième est orienté sur l'évaluation de l'expérience des femmes au cours du dépistage du cancer du sein par mammographie (Brett et Austoker, 2004). Toutes ces études présentent certaines faiblesses comme des méthodes de validation incomplètes (Cockburn *et al.*, 1991) ou la prise en compte d'échelles de satisfaction modérément fiables, voire peu fiables (Cockburn *et al.*, 1991; Loeken, 1996, 1997 et Brett et Austoker, 2004). Plusieurs auteurs rapportent des données concernant la satisfaction des femmes ayant eu une mammographie, sans toutefois rapporter les données permettant de juger la validité des questionnaires utilisés (Bakker *et al.*, 1998; Smith *et al.*, 1991 et Vaile *et al.*, 1993).

Étant donné qu'un programme de dépistage du cancer du sein ne se résume pas à la mammographie de dépistage, les responsables du PQDCS dans la région ont jugé pertinent de développer un questionnaire permettant d'évaluer la satisfaction générale des femmes au regard de l'ensemble du processus du PQDCS ainsi qu'à chacune des étapes du programme : avant, pendant et après la visite au centre de dépistage. Le mandat

d'évaluation a été confié à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale qui a développé un questionnaire visant à évaluer la satisfaction des femmes. Ce questionnaire a été administré à 1 584 femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le PQDCS en 2004 dans les centres de dépistage désignés (CDD) de la région de la Capitale-Nationale (Allard *et al.*, 2006).

Les travaux présentés dans le présent rapport ont pour premier objectif de vérifier la validité du questionnaire visant à évaluer la satisfaction des femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le PQDCS. À la suite de cette analyse, des recommandations sont émises en vue de poursuivre le développement et la validation de ce questionnaire. Le deuxième objectif de ce rapport est de présenter, aux gestionnaires et aux décideurs responsables du PQDCS, les facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies de dépistage tous les deux ans dans notre population.

2. OBJECTIFS

Le premier objectif de cette analyse est de vérifier la validité du questionnaire développé par la DSP de la Capitale-Nationale visant à mesurer la satisfaction des femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans un CDD du PQDCS. La validité du questionnaire est évaluée, en particulier à cette étape de son développement, sous l'angle de la validité de construit. Par ailleurs, d'autres aspects de la validité sont examinés comme son acceptabilité, sa fiabilité et sa sensibilité à identifier des groupes de femmes selon leur niveau de satisfaction.

Le deuxième objectif est d'identifier les facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies de dépistage répétées offertes dans le PQDCS.

3. MÉTHODES

3.1. Conception du questionnaire

Les méthodes utilisées pour concevoir le questionnaire ont déjà été rapportées en détail (Allard *et al.*, 2006). Brièvement, ce questionnaire a été développé en vue, d'une part, d'évaluer la satisfaction des femmes au regard des services du PQDCS et, d'autre part, d'identifier les déterminants de leur satisfaction au regard de ces services (voir l'annexe 1).

Les travaux d'élaboration du questionnaire ont commencé par une revue exhaustive de la littérature y compris celle des articles concernant les cadres conceptuels de la satisfaction (Ware *et al.*, 1983; Donabedian, 1966; Hudak et Wright, 2000; Sitzia et Wood, 1997 et Côté et Mc Neil, 1995), des études de validation de questionnaires de satisfaction (Loeken *et al.*, 1996, 1997 et Cockburn *et al.*, 1991), et des études évaluant la satisfaction et leurs déterminants menées auprès des femmes ayant eu une mammographie de dépistage (Bakker *et al.*, 1998; Smith *et al.*, 1991; Vaile *et al.*, 1993; Decker, Harrison et

Tate, 1999 et Engelman, 2005). La perception des femmes participant au PQDCS dans la région de la Capitale-Nationale a été aussi considérée grâce à deux études menées par l'équipe en Organisation des services et évaluation de la DSP auprès de femmes ayant eu une mammographie de dépistage normale (Lepage *et al.*, 2001) et anormale (Messely *et al.*, 2002). L'ensemble de ces documents a permis à l'équipe de recherche dédiée à l'évaluation du PQDCS de retenir environ 130 items pertinents concernant la satisfaction et ses déterminants. Le document préparé par l'équipe a ensuite été révisé par un groupe d'experts y compris des technologues travaillant dans les CDD. Cette révision a permis de réduire le questionnaire à 54 items. Une échelle Likert de 1 à 4 points a été retenue comme choix de réponse pour les items évaluant la satisfaction des femmes et pour la majorité de ceux évaluant les déterminants de la satisfaction. La réponse 1 correspondait au plus haut niveau d'accord avec l'énoncé de l'item ou avec le plus haut niveau de satisfaction, alors que la réponse 4 correspondait au niveau de désaccord ou d'insatisfaction le plus important. Pour chaque item, les participantes avaient aussi la possibilité de répondre « ne sait pas ».

Les potentiels déterminants de la satisfaction ont été évalués à l'aide de 31 variables. Ces variables ont été classées selon différents groupes (voir l'annexe 2). Le premier groupe de variables permettait de caractériser le niveau socioéconomique et démographique des participantes. Le deuxième groupe caractérisait les comportements préventifs des femmes et leur perception au regard de leur état de santé. Le troisième groupe de variables évaluait les comportements, les croyances et l'inquiétude des femmes au regard du cancer du sein et de la mammographie de dépistage. Le quatrième groupe de variables permettait d'évaluer la connaissance et la compréhension des femmes au regard du PQDCS ainsi que le respect par les CDD des consignes de fonctionnement recommandées par le PQDCS. Le cinquième groupe de variables concernait le choix du CDD. D'autres variables traduisant par exemple les conséquences de la mammographie (douleur au sein lors de la mammographie, résultats de la mammographie) ont été aussi considérées dans ce questionnaire à titre de potentiels déterminants de la satisfaction.

Un total de 23 items a été retenu en vue d'évaluer la satisfaction des femmes au cours des différentes étapes du PQDCS. Le PQDCS est un programme organisé en une suite continue d'opérations bien établies qui définit une trajectoire de services. Les différentes étapes de cette trajectoire de services sont : 1) la réception de la lettre d'invitation et des dépliants; 2) la prise de rendez-vous par la femme dans un CDD; 3) l'accueil au CDD; 4) la lecture et la signature du formulaire de consentement; 5) le déroulement de la mammographie et 6) la réception de la lettre de résultats. Au cours de l'élaboration du questionnaire, une attention particulière a été apportée afin que la satisfaction des femmes soit évaluée au regard de l'ensemble du processus et pour chacune de ces étapes.

3.2. Population de l'étude et déroulement de l'enquête

La population visée par l'enquête était l'ensemble des femmes ayant eu une mammographie de dépistage en février et en mars 2004 dans un des sept CDD de la

Capitale-Nationale¹. Compte tenu de l'exigence de recruter 350 femmes par CDD, il a été nécessaire pour trois CDD ayant un plus faible volume d'activités de recruter des femmes sur une plus longue période (de novembre 2003 à mars 2004). La Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ) avait autorisé la DSP à utiliser le système d'information du PQDCS (SI-PQDCS) pour identifier les femmes admissibles afin de leur envoyer le questionnaire par la poste. Ce questionnaire autoadministré a été adressé à 2 185 femmes les 2 et 3 juin 2004. Parmi ces femmes, 2 170 avaient une adresse valide et 1 584 femmes ont rempli le questionnaire et l'ont retourné à la DSP. Les questionnaires étaient dénominalisés et les coordonnées des femmes ont été détruites.

3.3. Méthodes statistiques utilisées pour valider le questionnaire de satisfaction

Cette validation concerne les 23 items évaluant spécifiquement la satisfaction des femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le PQDCS. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SAS, version 9.1 (SAS Institute Inc, Cary, NC).

3.3.1. Acceptabilité du questionnaire

L'acceptabilité du questionnaire a été évaluée en considérant à la fois le taux de participation des femmes à l'enquête et le pourcentage de données manquantes pour chacun des items.

Des analyses descriptives ont été réalisées afin d'obtenir pour chaque item de satisfaction la répartition des femmes en pourcentage en fonction de leurs réponses : réponses de 1 à 4 selon l'échelle Likert ; réponse « ne sait pas » ou données manquantes. Le critère de 3 % de données manquantes a été utilisé pour juger d'un potentiel problème d'acceptabilité (Fayers et Machin, 2000). Dans cette analyse descriptive, le pourcentage de sujets ayant répondu « ne sait pas » a aussi été considéré ainsi que le cumul de ce pourcentage à celui des données manquantes.

3.3.2. Validité de construit du questionnaire

➤ Analyse factorielle exploratoire

La validité de construit a été évaluée à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire (Fayers et Machin, 2000 et Hatcher, 1994). Afin de répondre aux exigences de l'analyse factorielle, seules les 963 femmes ayant répondu à l'ensemble des 23 items de satisfaction selon l'échelle Likert ont été considérées dans cette analyse. À la fois, la courbe d'accumulation de variance (« scree test »), la proportion de la variance commune expliquée par chaque facteur (critère d'au moins 5 %) et la méthode du maximum de vraisemblance ont été considérées pour déterminer le nombre de facteurs à retenir dans l'analyse factorielle (Cattell, 1958 et Hatcher, 1994). Comme le construit de la satisfaction suggère une corrélation entre les différentes dimensions de satisfaction

¹ À noter que depuis cette enquête, un autre CDD a été accrédité dans la région 03.

(Brédart, 2001), une rotation oblique de type « Promax » a été réalisée. La rotation oblique s'est avérée justifiée, car il existait d'importantes corrélations entre les différents facteurs. La matrice des poids factoriels a permis d'identifier les facteurs en utilisant comme critère des poids factoriels de 0,40 et plus (Hatcher, 1994).

Un comité a ensuite été réuni pour interpréter les facteurs générés par l'analyse factorielle exploratoire. L'interprétation des facteurs a permis de nommer des échelles de satisfaction. Des scores de satisfaction ont été générés pour chacune des échelles de satisfaction selon l'approche habituellement utilisée en psychométrie (Fayers et Machin, 2000). Le score de chaque échelle de satisfaction a été calculé en additionnant les réponses (de 1 à 4) de tous les items contribuant à l'échelle puis en divisant par le nombre d'items répondus. Pour pouvoir produire un score, la femme devait répondre à au moins 50 % des items d'une même échelle. Avant de procéder à ce calcul, les deux items avec un énoncé négatif ont été inversés. Les scores générés variaient de 1 (niveau de satisfaction le plus élevé) à 4 (niveau d'insatisfaction le plus élevé).

➤ **Validité de convergence et discriminante des échelles**

La validité de convergence et discriminante des échelles de satisfaction a été évaluée à l'aide des corrélations de Pearson (Fayers et Machin, 2000; Hatcher, 1994 et Ware et Gandek, 1998). Dans un premier temps, chaque item était corrélé avec son hypothétique échelle corrigée pour le chevauchement (l'échelle n'incluait pas l'item concerné par la corrélation). Pour chaque corrélation supérieure à 0,40, on concluait à une bonne validité de convergence. Dans un deuxième temps, chaque item a été corrélé aux autres échelles et une statistique Z (α bilatéral à 5 %) pour des échantillons non indépendants a été réalisée afin de vérifier si la corrélation entre l'item et son échelle corrigée était statistiquement plus élevée que la corrélation entre l'item et une autre échelle (Kleinbaum *et al.*, 1998). Cette procédure permettait d'évaluer la validité discriminante.

3.3.3. Fiabilité du questionnaire

La fiabilité du questionnaire a été évaluée en mesurant la consistance interne des différentes échelles de satisfaction. La consistance interne, qui traduit la façon dont les items d'une même échelle sont interreliés, a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Un coefficient alpha de Cronbach supérieur à 0,70 permettait de conclure à une bonne consistance interne des échelles (Fayers et Machin, 2000). Comme le nombre d'items constituant un score influence la valeur de l'alpha de Cronbach, l'alpha de Cronbach standardisé a été présenté pour chaque échelle.

L'alpha de Cronbach a aussi été utilisé dans l'étape de réduction d'items (Fayers et Machin, 2000). Cette étape permet d'obtenir le questionnaire le plus bref possible tout en conservant les items qui contribuent le plus aux échelles. L'alpha de Cronbach a été généré pour chaque échelle en considérant l'ensemble des items sauf un. Cette procédure a été réalisée pour chaque échelle en excluant chacun des items à tour de rôle. Lorsque le coefficient alpha de Cronbach augmente avec la suppression d'un item, ceci indique que cet item corrèle peu avec les autres items de son échelle. Un tel item est alors exclu du

questionnaire. Cette étape a été réalisée dans ce projet mais les résultats ne sont pas présentés étant donné qu'aucun item n'était candidat à l'exclusion.

3.3.4. Sensibilité des échelles de satisfaction

➤ Variations des scores de satisfaction selon certains groupes de femmes

Les échelles de satisfaction ont été évaluées pour vérifier si elles permettaient d'individualiser certains groupes de femmes. Dans la littérature, on retrouve, de manière consistante, une association positive entre l'âge et le niveau de satisfaction au regard des services de santé. Les femmes les plus âgées sont habituellement les plus satisfaites des services de santé reçus (Sitzia et Wood, 1997). Par ailleurs, la douleur lors de la compression du sein est souvent citée dans la littérature comme une barrière aux mammographies de dépistage et ce facteur est souvent intégré dans les échelles évaluant les barrières à la fidélisation (Vaile *et al.*, 1993; Carney *et al.*, 2002 et Russell, Champion, et Skinner, 2006). Une analyse de variance a permis de comparer les scores de satisfaction selon quatre catégories d'âge des femmes (50-54, 55-59, 60-64 et ≥ 65 ans) et selon l'intensité de la douleur au sein ($\leq 5/10$, $> 5/10$ et données manquantes). Dans le cas d'une différence statistiquement significative ($p < 0,05$), des comparaisons deux à deux prenant en compte les comparaisons multiples, étaient réalisées à l'aide du test de Tukey (Kleinbaum *et al.*, 1998).

➤ Facteurs associés à la satisfaction générale

Une analyse statistique plus complète a été réalisée afin d'identifier les caractéristiques des femmes associées à la satisfaction générale. Dans ces analyses, le score de satisfaction générale a été considéré comme la variable d'intérêt et a été inversé (1 : très insatisfait à 4 : très satisfait). Toutes les variables du questionnaire identifiées comme de potentiels déterminants de la satisfaction ont été considérées dans ces analyses. Du fait d'un effet plafond observé pour les variables explicatives dont les réponses étaient collectées selon l'échelle Likert à 4 points, la plupart de ces variables ont été transformées en deux catégories : « entièrement en accord » versus les « autres réponses ». Dans la catégorie des « autres réponses », les réponses « ne sait pas » et les données manquantes ont été incluses. Ce choix a été basé, entre autres, sur le fait que le pattern des données manquantes ne semblait pas aléatoire, mais plutôt correspondre à un type de réponse.

Les moyennes du score de satisfaction générale ont été comparées selon les catégories de chacune des variables explicatives à l'aide du test t de Student ou d'une analyse de variance (Kleinbaum *et al.*, 1998). Les analyses multivariées ont toutes été réalisées à l'aide de la régression linéaire multiple. Avant de réaliser chacune des régressions linéaires multivariées, l'absence de multicollinéarité entre les variables était vérifiée; le cas échéant, la ou les variables responsables de multicollinéarité étaient exclues. Les régressions linéaires multiples ont été réalisées à l'aide d'une procédure automatique et selon une stratégie par étape. Pour chaque groupe de variables défini selon le tableau présenté à l'annexe 2, excepté pour le groupe de variables caractérisant le niveau

socioéconomique et démographique des femmes, une analyse multivariée était réalisée en considérant dans le modèle toutes les variables associées à la satisfaction dans les analyses bivariées ($\leq 0,15$). Dans un second temps, toutes les variables issues de cette présélection ont été considérées pour construire le modèle final. Seules les variables associées significativement ($p \leq 5\%$) au score de satisfaction ont été retenues dans ce modèle.

Une fois le modèle final retenu, les variables caractérisant le niveau socioéconomique et démographique des femmes ont été considérées pour évaluer leur potentiel effet confondant (Rothman et Greenland, 1998). Aucune de ces variables n'avait un effet confondant.

Afin de pouvoir comparer la relative importance de chacune des variables retenues dans le modèle final, les coefficients de régression standardisés ont été calculés. Le coefficient de détermination (R^2), qui traduit le pourcentage de variance expliquée par le modèle, a été généré.

3.4. Méthodes statistiques utilisées pour déterminer les facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS

➤ Facteurs associés à l'intention d'adhésion

Au cours de l'enquête, les femmes devaient indiquer leur intention de passer une mammographie tous les deux ans. Plusieurs études ont montré que l'intention des femmes de revenir passer une mammographie est très corrélée au fait de revenir réellement passer une mammographie (Cockburn *et al.*, 1997 et Lechner, De Vries et Offermans, 1997). L'intention de revenir a donc été considérée dans cette analyse comme la variable d'intérêt à titre de variable « proxy » de l'adhésion aux mammographies répétées dans le PQDCS. Cette variable était mesurée selon l'échelle Likert à quatre points. Comme un pourcentage élevé de femmes a mentionné être entièrement en accord avec cet item, cette variable a été considérée selon deux catégories : être entièrement en accord avec l'intention de passer une mammographie tous les deux ans versus ne pas être entièrement en accord (incluant les réponses 2, 3, et 4 de l'échelle Likert, la réponse « ne sait pas » et les données manquantes). Ces deux groupes de femmes ont été qualifiés de femmes « avec intention d'adhésion » et « sans intention d'adhésion ».

L'intention d'adhésion des femmes a été comparée selon les niveaux de chacune des variables des groupes 1 à 6 (voir la description des groupes à l'annexe 2). En plus de ces variables, l'effet de chacun des 23 items de satisfaction sur l'intention d'adhésion a été évalué. Les comparaisons simples ont été réalisées à l'aide du test du Chi-Carré et de la régression logistique (Hosmer et Lemeshow, 1989). Les analyses multivariées ont été conduites à l'aide de la régression logistique multiple selon la stratégie d'analyse décrite à la section 3.3.4.

Le calcul des rapports de cotes (RC) a été réalisé en considérant que les femmes « exposées » étaient celles qui étaient entièrement en accord avec l'énoncé proposé et que les femmes non exposées étaient celles qui avaient donné une autre réponse (les femmes ayant répondu « ne sait pas » ou n'ayant pas donné de réponse ont été incluses dans cette catégorie). La cote d'exposition (exposées/non exposées) des femmes ayant l'intention d'adhésion a été comparée à celle des femmes sans intention d'adhésion. L'interprétation des rapports de cotes est donc la suivante : un rapport de cotes significativement supérieur à 1 indique que la cote d'exposition chez les femmes avec une intention d'adhésion est supérieure à la cote d'exposition des femmes sans intention d'adhésion. En d'autres termes, un rapport de cotes statistiquement supérieur à 1 indique que les femmes qui sont entièrement en accord avec l'énoncé de la question sont plus susceptibles d'être fidèles au PQDCS que celles qui ont donné une autre réponse. Un rapport de cotes statistiquement inférieur à 1 correspond à une interprétation inverse.

➤ **Relation entre la satisfaction des femmes et leur intention d'adhésion au PQDCS**

La littérature scientifique suggère qu'un niveau élevé de satisfaction des femmes au regard des services reçus lors de leur mammographie pourrait augmenter la fidélisation des femmes au programme de dépistage du cancer du sein (Orton *et al.*, 1991; Marshall, 1994 et Baines, Teresa et Wall, 1990). Cette hypothèse a été testée en estimant l'association entre l'échelle de satisfaction générale (score 1) et l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies répétées. Dans cette analyse, le score de satisfaction générale a été inversé (1 : très insatisfait à 4 : très satisfait). Une régression logistique simple a permis d'estimer l'association entre ces deux facteurs. Ensuite, une analyse multivariée a permis d'identifier l'effet des facteurs associés à la fois à la satisfaction générale et à l'intention d'adhésion sur l'association étudiée.

4. RÉSULTATS

4.1. Description de la population de l'étude

Les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des 1 584 femmes ayant participé à l'enquête sont présentées au tableau 1. Les femmes ayant consulté dans un CDD de la Capitale-Nationale vivaient essentiellement dans cette région. Seulement 15 % des femmes ayant consulté dans un CDD et ayant participé à l'étude étaient âgées de 65 ans et plus. Environ 40 % des femmes avaient un emploi à l'extérieur de la maison et seulement 36 % des femmes avaient un niveau d'éducation collégial ou universitaire.

Tableau 1 : Description de la population de l'étude

Caractéristiques	N (%)	
Âge (années)		
▪ 50-54	489	(30,9)
▪ 55-59	449	(28,3)
▪ 60-64	404	(25,5)
▪ ≥ 65	242	(15,3)
Revenu (\$)		
▪ < 40 000	745	(47,0)
▪ ≥ 40 000	678	(43,8)
▪ Inconnu	161	(10,2)
Niveau d'éducation		
▪ Primaire-secondaire	1011	(63,8)
▪ Collégial-universitaire	573	(36,2)
Occupation		
▪ À la maison	937	(59,1)
▪ Marché du travail	647	(40,9)
État civil		
▪ Vit avec un conjoint	1121	(70,8)
▪ Vit seul	463	(29,3)
Lieu de résidence		
▪ Capitale-Nationale	1439	(90,9)
▪ Hors Capitale-Nationale	120	(7,6)
▪ Inconnu	25	(1,5)

4.2. Validation du questionnaire de satisfaction

4.2.1. Acceptabilité du questionnaire

➤ Taux de participation

Le taux de participation global ainsi que le taux de participation selon les CDD sont présentés en détail dans le rapport publié par Allard *et al.* (2006). Au cours des huit semaines suivant l'envoi du questionnaire, 1 584 femmes (73 %) parmi 2 170 femmes avaient rempli et retourné leur questionnaire. Selon le CDD, le taux de participation variait de 63 à 78 %.

➤ Distribution des réponses et identification des items problématiques

La répartition des femmes selon leurs réponses aux 23 items de satisfaction est présentée à l'annexe 3. Un niveau de satisfaction très élevé était observé. Plus des deux tiers des femmes étaient entièrement satisfaites ou entièrement en accord (réponse 1 sur l'échelle Likert) avec les énoncés de 16 items de satisfaction parmi les 23. Pour tous les items du questionnaire de satisfaction, sauf deux, le pourcentage de femmes entièrement en désaccord (réponse 4 sur l'échelle Likert) variait entre 0 et 1,3 %.

Le tableau 2 montre les cinq items pour lesquels le pourcentage de réponse « ne sait pas » et/ou de données manquantes est supérieur à 3 %. Les items 21, 22 et 26 présentent un pourcentage relativement important de 12 à 17 % de données non répondues selon l'échelle Likert proposée.

Tableau 2 : Sélection des items problématiques

N° de l'item	Énoncé de l'item	Donnée manquante n (%)	Réponse « ne sait pas » n (%)	Cumul n (%)
21	La réceptionniste a répondu à mes questions au téléphone.	115 (7,3)	154 (9,7)	269 (17,0)
22	J'ai eu de la difficulté à trouver l'endroit où se situait le CDD.	56 (3,5)	142 (9,0)	198 (12,5)
26	J'ai eu l'impression d'attendre longtemps dans la salle d'attente.	67 (4,2)	122 (7,7)	189 (11,9)
33	J'ai été informée de la possibilité d'être rappelée pour d'autres clichés.	42 (2,6)	28 (1,8)	70 (4,4)
35	J'ai trouvé que le résultat de mon examen m'est parvenu rapidement.	56 (3,5)	28 (1,8)	84 (5,3)

4.2.2. Validité de construit du questionnaire

► Analyse factorielle exploratoire

L'analyse factorielle exploratoire a permis d'identifier quatre facteurs en utilisant les critères statistiques décrits. Le premier facteur expliquait 76 % de la variance commune et les autres facteurs expliquaient respectivement 11, 7 et 6 % de la variance.

Le tableau 3 montre qu'après une rotation oblique, la matrice des poids factoriels composait une structure simple (Hatcher, 1994). Le premier facteur obtenait des pondérations importantes (≥ 64) avec huit items (items 44 à 51) et des pondérations proches de la valeur zéro avec les autres items. Le deuxième facteur obtenait des pondérations importantes (≥ 59) avec six items (items 28 à 33) et des pondérations faibles avec les autres items. Le troisième facteur avait des pondérations toutes supérieures ou égales au critère de 0,40 avec six items (items 18, 19, 21, 35, 38 et 39) et des pondérations faibles avec les autres items. Quant au quatrième facteur, il présentait des pondérations élevées (≥ 60) avec deux items (items 22 et 26) et des pondérations faibles avec les autres. Aucun item ne corrélait à plus d'un facteur. Un seul item (item 27) parmi les 26 items de satisfaction n'a pas été considéré, car il ne contribuait à aucun facteur.

L'interprétation des facteurs montrait que les items d'un même facteur semblaient partager un même concept. En particulier, les trois premiers facteurs semblaient évaluer la satisfaction en fonction des étapes de la trajectoire de services.

Les facteurs ont été interprétés comme suit :

- Le premier facteur incluait des items qui évaluaient différents aspects de la satisfaction au regard des services reçus lors de la visite au centre de dépistage. Ce facteur a été interprété comme une échelle de satisfaction générale au regard des services reçus lors de la visite au centre de dépistage (échelle 1) et a permis de générer le score 1.
- Le deuxième facteur incluait des items qui évaluaient différents aspects de la satisfaction au regard des services reçus dans la salle de mammographie. Ce facteur a été interprété comme une échelle de satisfaction au regard des services reçus au moment de la mammographie (échelle 2) et a permis de générer le score 2.
- Le troisième facteur incluait des items qui évaluaient la satisfaction avant et après la visite au centre de dépistage. Ce facteur a été interprété comme une échelle de satisfaction au regard des services reçus avant et après la visite au centre de dépistage (échelle 3) et a permis de générer le score 3.
- Le quatrième facteur regroupait des items évaluant l'accessibilité aux services. Ce facteur a été interprété comme une échelle de satisfaction au regard de l'accessibilité (échelle 4) et a permis de générer le score 4.

Tableau 3 : Matrice des poids factoriels après rotation

Numéro et intitulé de l'item	Pattern des facteurs			
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
49 La durée de la visite au centre de dépistage.	76	- 18	18	7
46 Le confort des lieux et l'aménagement en général.	72	- 10	12	- 8
50 L'approche et l'écoute de la professionnelle de la santé.	72	26	- 10	1
45 L'accueil courtois et le personnel accueillant.	71	12	1	- 2
47 La compétence (savoir-faire) de la personne.	71	23	- 14	- 3
51 Dans l'ensemble, comment qualifiez-vous le service reçu au centre de dépistage...?	70	17	- 4	6
48 La facilité d'accès au centre de dépistage.	68	- 12	16	0
44 La clarté des explications données lors de la mammographie.	64	16	1	- 4
29 Dans la salle de mammographie, la personne rencontrée a su me mettre en confiance pour l'examen.	6	85	0	2
30 Dans la salle de ..., la professionnelle de la santé m'a expliqué que la compression du sein était nécessaire à l'obtention de la meilleure image possible.	4	76	7	0
28 Dans la salle de ..., les informations fournies par la personne qui m'a fait la mammographie étaient claires.	5	73	11	- 1
31 Dans la salle de ..., j'ai eu l'impression que l'appareil à mammographie était propre et bien désinfecté.	5	69	13	- 1
32 Dans la salle de ..., je n'ai pas eu l'impression de manquer d'intimité.	- 3	60	12	- 1
33 Dans la salle de ..., j'ai été informée de la possibilité d'être rappelée pour d'autres clichés.	3	59	- 1	6
19 Au moment de la prise de rendez-vous au téléphone, le délai entre la prise de rendez-vous et mon rendez-vous au centre de dépistage pour l'examen était acceptable.	1	- 2	57	7
18 Au moment de la prise de rendez-vous au téléphone, les heures d'ouverture du centre de dépistage me convenaient.	6	4	56	11
38 J'ai l'intention de passer une mammographie tous les deux ans.	0	12	52	- 11
39 Je recommanderais à une amie de passer une mammographie au même centre de dépistage où je suis allée.	2	32	46	- 6
35 À la réception de la lettre de résultat à la maison, j'ai trouvé que le résultat de mon examen m'est parvenu rapidement.	6	14	43	- 5
21 Au moment de la prise de rendez-vous au téléphone, la réceptionniste a répondu à mes questions au téléphone.	11	12	40	6
26 Au moment de mon arrivée au centre de dépistage, j'ai eu l'impression d'attendre longtemps dans la salle d'attente.	0	7	- 1	62
22 Au moment de mon arrivée au centre de dépistage, j'ai eu de la difficulté à trouver l'endroit où se situait le centre de dépistage.	- 2	- 2	2	60
Proportion de la variance commune	76 %	11 %	7 %	6 %

➤ **Validité de convergence et de divergence**

Tous les scores de satisfaction générés ont une étendue théorique entre 1 (très satisfait) et 4 (très insatisfait). Les moyennes des trois premiers scores de satisfaction varient entre 1,26 et 1,31 traduisant ainsi un niveau élevé de satisfaction (voir le tableau 4). Le quatrième score qui ne comporte que deux items a une moyenne et un écart-type légèrement plus élevés que les trois précédents scores.

Moins de 1,6 % des femmes n'ont pas eu de scores générés pour les échelles 1, 2 et 3 en raison des données manquantes. Pour le score 4, le pourcentage de femmes sans score était de 7,2 %.

Pour les quatre scores, la validité de convergence et la validité discriminante sont excellentes. Pour les scores 1, 2 et 4, les corrélations entre les items et leurs propres échelles corrigées sont toutes significativement supérieures aux corrélations entre les items et les autres échelles (taux de succès de 100 %). Seul un item du score 3 (item 39) apparaît peu discriminant pour son échelle.

Tableau 4 : Validité de convergence et discriminante et fiabilité des échelles

Score (n sujets)	N items	Moyenne (ET ¹)	α^2	Validité de convergence ³	Validité discriminante ⁴	Succès ⁵ (%)
Score 1 (n = 1 580)	8	1,29 (0,38)	0,91	0,64 - 0,79	0,05 - 0,61	100
Score 2 (n = 1 560)	6	1,28 (0,41)	0,90	0,57 - 0,80	0,04 - 0,61	100
Score 3 (n = 1 573)	6	1,33 (0,35)	0,76	0,47 - 0,57	0,04 - 0,55	94,5
Score 4 (n = 1 470)	2	1,81 (0,92)	0,66	0,48	0,03 - 0,14	100

¹ ET : écart-type

² Alpha de Cronbach standardisé

³ Étendues des corrélations entre les items et leurs échelles corrigées pour le chevauchement

⁴ Étendues des corrélations entre les items et les autres échelles

⁵ Le taux de succès de l'échelle est le nombre de corrélations convergentes significativement plus élevées que les corrélations discriminantes divisé par le nombre total de corrélations

4.2.3. Fiabilité des échelles de satisfaction

Les alphas de Cronbach standardisés des scores sont résumés au tableau 4. Les scores 1 et 2 démontraient une excellente consistance interne (alphas de Cronbach standardisés de 0,90 et plus). Les alphas de Cronbach standardisés des scores 3 et 4 montraient une consistance interne des échelles acceptable.

4.2.4. Sensibilité des échelles de satisfaction

➤ Variations des scores de satisfaction selon certains groupes de femmes

Les moyennes des quatre scores variaient selon les tranches d'âge, mais la différence était à la limite de la signification statistique pour le score 2. Pour le score de satisfaction global au regard de la visite au CDD (score 1), la différence provenait du contraste entre les femmes les plus jeunes et les femmes les plus âgées, avec un plus haut niveau de satisfaction pour les femmes de 65 ans et plus. Les comparaisons entre groupes d'âge pour le score 3 ne montraient pas de contraste évident entre les femmes les plus jeunes et les plus âgées. Par ailleurs, une association inverse à celle attendue était observée avec le score de satisfaction au regard de l'accessibilité (score 4). Les femmes de 65 ans et plus avaient un score de satisfaction significativement plus élevé, donc une plus grande insatisfaction que les femmes des trois autres groupes d'âge.

Pour les scores 1, 2 et 3, les moyennes de satisfaction variaient significativement selon le niveau d'intensité de la douleur au moment de la compression. Les femmes avec un niveau de douleur élevé (supérieur à 5 sur une échelle de 10) avaient des moyennes de satisfaction statistiquement différentes de celles des femmes avec un niveau plus faible de douleur. Ce résultat démontrait une plus grande insatisfaction chez les femmes avec une douleur élevée pour les trois premiers scores de satisfaction.

Tableau 5 : Comparaison des moyennes des scores de satisfaction selon l'âge des participantes et leur niveau de douleur au moment de la compression du sein

	Score 1 n = 1 580 m (ET)	Score 2 n = 1 560 m (ET)	Score 3 n = 1 573 m (ET)	Score 4 n = 1 470 m (ET)
Âge (années)				
▪ 50-54 ans	1,33 (0,41) ^a	1,31 (0,43)	1,35 (0,35) ^a	1,64 (0,80) ^{a,b}
▪ 55-59 ans	1,29 (0,38)	1,27 (0,40)	1,31 (0,35)	1,75 (0,89) ^c
▪ 60-64 ans	1,27 (0,35)	1,24 (0,38)	1,28 (0,32) ^{a,b}	1,93 (0,95) ^{a,d}
▪ ≥ 65 ans	1,26 (0,35) ^a	1,27 (0,44)	1,37 (0,41) ^b	2,11 (1,03) ^{b,c,d}
Valeur-p	0,03	0,053	0,002	< 0,0001
Douleur lors de la compression				
▪ ≤ 5/10	1,25 (0,35) ^a	1,23 (0,38) ^a	1,28 (0,32) ^{a,b}	1,81 (0,94)
▪ > 5/10	1,37 (0,40) ^{a,b}	1,33 (0,44) ^a	1,39 (0,37) ^a	1,76 (0,85)
▪ données manquantes	1,27 (0,40) ^b	1,30 (0,44)	1,35 (0,42) ^b	1,96 (0,99)
Valeur-p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	0,052

Chaque score varie de 1 (très satisfait) à 4 (très insatisfait)

m : moyenne; ET : écart-type

^{a,b,c,d} indiquent que les moyennes entre deux groupes ayant le même exposant sont statistiquement différentes (p < 0,05)

➤ Facteurs associés à la satisfaction générale

Les facteurs associés significativement à la satisfaction générale au regard des services offerts lors de la visite au centre de dépistage (score 1) sont présentés au tableau 6. Les deux facteurs les plus fortement associés positivement à la satisfaction étaient des facteurs liés aux processus du PQDCS : comprendre que le formulaire de consentement permet la poursuite du processus après la mammographie de dépistage et avoir apprécié recevoir les résultats de la mammographie par la poste. Les perceptions positives des femmes au regard de l'innocuité de la mammographie de dépistage et de l'importance qu'accorde leur médecin traitant au dépistage étaient aussi des facteurs fortement associés positivement à la satisfaction des femmes. Les autres facteurs associés significativement à la satisfaction l'étaient d'une manière plus marginale et relevaient surtout de l'accessibilité aux services (centre de dépistage proche de la maison, temps d'attente au CDD), des inconvénients liés à la mammographie (douleur), de la connaissance du PQDCS et du statut des femmes (travail, âge à la première mammographie).

Tableau 6 : Facteurs associés à la satisfaction générale au regard des services reçus au CDD[†]

Facteurs (numéro de la question)	β (SE)	Valeur p	β standardisé
Avoir entièrement compris que le formulaire de consentement permettait la transmission des résultats et de faire les rappels pour les examens subséquents (Q. 23).	+ 0,17 (0,02)	< 0,0001	+ 0,20
Avoir entièrement apprécié recevoir la lettre de résultat de la mammographie par la poste (Q. 36).	+ 0,15 (0,02)	< 0,0001	+ 0,19
Être entièrement en accord avec la perception que la mammographie de dépistage ne nuit pas à la santé (Q. 43).	+ 0,11 (0,02)	< 0,0001	+ 0,15
Être entièrement en accord avec la perception que de passer une mammographie de dépistage est un acte jugé important par le médecin de famille (Q. 40).	+ 0,14 (0,02)	< 0,0001	+ 0,16
Temps d'attente \leq 10 mn dans la salle d'attente (Q. 25).	+ 0,09 (0,02)	< 0,0001	+ 0,11
CDD proche du lieu de résidence (Q. 4a).	+ 0,07 (0,02)	< 0,0001	+ 0,09
Intensité de la douleur \leq 5/10 (Q. 34).	+ 0,06 (0,02)	0,0003	+ 0,08
Intensité non rapportée	+ 0,09 (0,03)	0,0007	+ 0,08
Travailler en dehors de la maison (Q. 55).	- 0,05 (0,02)	0,002	- 0,07
Âge < 50 ans à la 1 ^{re} mammographie (Q. 7).	- 0,02 (0,02)	0,18	- 0,03
Âge non rapporté à la 1 ^{re} mammographie	+ 0,07 (0,02)	0,005	+ 0,06
Être au courant de porter un vêtement deux pièces pour la mammographie (Q. 20e).	+ 0,08 (0,03)	0,007	+ 0,06
Connaissance du PQDCS avant de recevoir la 1 ^{re} lettre d'invitation pour une mammographie (Q. 8).	+ 0,05 (0,02)	0,01	+ 0,05

R² ajusté = 0,31

SE : erreur-type

[†] Le score de satisfaction a été inversé dans cette analyse : 1 (très insatisfait) à 4 (très satisfait)

4.3. Facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS

4.3.1. Données descriptives

La distribution des femmes selon leur réponse à la question de l'intention d'adhésion aux mammographies de dépistage tous les deux ans est montrée au tableau 7. On constate que 80 % des femmes étaient entièrement en accord avec le fait de passer une mammographie tous les deux ans.

Tableau 7 : Distribution des femmes selon leur réponse à l'intention d'adhésion aux mammographies tous les deux ans

J'ai l'intention de passer une mammographie tous les deux ans (Q. 38)	N (%)	
• Entièrement en accord	1265	(79,9)
• En accord	251	(15,9)
• En désaccord	16	(1,0)
• Entièrement en désaccord	11	(0,7)
• Ne sait pas	11	(0,7)
• Sans réponse	30	(1,9)

4.3.2. Facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS

Les caractéristiques des femmes entièrement en accord avec le fait de revenir passer une mammographie tous les deux ans ont été comparées à celles des femmes ayant donné une autre réponse ou ne s'étant pas prononcées.

Les facteurs significativement associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS sont montrés au tableau 8. Au total, 10 facteurs étaient associés de façon indépendante à l'intention d'adhésion. Le facteur le plus fortement associé à l'intention d'adhésion concernait la perception des femmes au regard de l'attitude de leur médecin de famille. Les femmes qui percevaient que pour leur médecin de famille la mammographie de dépistage était un acte important étaient celles qui étaient le plus susceptibles d'être adhérentes (RC ajusté = 8,17; IC à 95 % : 5,73-11,66). Les deux autres facteurs les plus fortement associés positivement à l'intention d'adhésion étaient d'être entièrement en accord avec la perception que le cancer du sein est une maladie inquiétante (RC ajusté = 2,50) et que la mammographie ne nuit pas à la santé (RC ajusté = 2,53). Plusieurs facteurs liés à l'organisation du PQDCS étaient retrouvés associés à l'intention d'adhésion dont avoir lu la documentation accompagnant la lettre d'invitation du PQDCS, avoir compris ce que permet le consentement du PQDCS et avoir apprécié recevoir le résultat par la poste (RC ajustés compris entre 1,66 et 1,94). L'accessibilité au CDD était aussi un élément favorisant l'intention d'adhésion au PQDCS.

**Tableau 8 : Facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes
à la mammographie de dépistage tous les deux ans**

Facteurs (numéro de la question)	Intention d'adhésion (n = 1265) N (%)	Sans intention d'adhésion (n = 319) N (%)	RC brut	RC ajusté ¹ (IC à 95 %)
Avoir lu la documentation du PQDCS (Q. 11)				
▪ Oui entièrement	865 (68,4)	176 (55,2)	1,76	1,66 (1,16-2,38)
▪ Autre	400 (31,6)	143 (44,8)	1,00	1,00
Avoir compris que le consentement permet de ... (Q. 23)				
▪ Entièrement en accord	1017 (80,4)	114 (35,7)	7,37	1,85 (1,26-2,72)
▪ Autre	248 (19,6)	205 (64,3)	1,00	1,00
Avoir apprécié recevoir le résultat par la poste (Q. 36)				
▪ Entièrement en accord	1005 (79,4)	98 (30,7)	8,72	1,94 (1,27-2,97)
▪ Autre	260 (20,6)	221 (69,3)	1,00	1,00
Mon médecin traitant trouve important que je passe une mammographie de dépistage (Q. 40)				
▪ Entièrement en accord	1095 (86,6)	74 (23,2)	21,33	8,17 (5,73-11,66)
▪ Autre	170 (13,4)	245 (76,8)	1,00	1,00
Le cancer du sein est une maladie qui m'inquiète (Q. 41)				
▪ Entièrement en accord	677 (53,5)	51 (16,0)	6,05	2,50 (1,68-3,72)
▪ Autre	588 (46,5)	268 (84,0)	1,00	1,00
La mammographie ne peut pas nuire à ma santé (Q. 43)				
▪ Entièrement en accord	869 (68,7)	62 (19,4)	9,10	2,53 (1,73-3,70)
▪ Autre	396 (31,3)	257 (80,6)	1,00	1,00
Douleur ressentie lors de la compression du sein (Q. 34)				
▪ Intensité ≤ à 5	695 (54,9)	134 (42,0)	1,56	1,25 (0,86-1,82)
▪ Intensité > à 5	431 (34,1)	130 (40,8)	1,00	1,00
▪ Données manquantes	139 (11,0)	55 (17,2)	0,76	0,56 (0,32-0,97)
Heures d'ouverture conviennent (Q. 18)				
▪ Entièrement en accord	1017 (80,4)	147 (46,1)	4,80	1,50 (1,02-2,20)
▪ Autre	248 (19,6)	172 (53,9)	1,00	1,00
Facilité d'accès au CDD (Q. 48)				
▪ Très satisfait	984 (77,8)	143 (44,8)	4,31	1,53 (1,06-2,20)
▪ Autre	281 (22,2)	176 (55,2)	1,00	1,00
Résultats parvenus rapidement (Q. 35)				
▪ Entièrement en accord	836 (66,1)	63 (19,7)	7,92	1,83 (1,17-2,85)
▪ Autre	429 (33,9)	256 (80,3)	1,00	1,00

¹ Les rapports de cotes (RC) sont ajustés pour l'ensemble des variables dans le tableau

4.3.3. Relation entre la satisfaction générale et l'intention d'adhésion

L'effet de la satisfaction générale au regard des services reçus au CDD (score 1) sur l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies de dépistage répétées a été analysé. L'analyse bivariée montrait que le score de satisfaction est fortement associé à l'intention d'adhésion (RC = 8,43; IC : 6,12-11,60).

Dans les analyses statistiques multivariées menées précédemment, on constatait que cinq facteurs étaient associés à la fois au score de satisfaction générale et à l'intention d'adhésion. Ces facteurs sont : avoir compris ce que permet le formulaire de consentement du PQDCS; avoir apprécié recevoir le résultat de la mammographie de dépistage par la poste; avoir la perception que le dépistage est un acte important pour le médecin traitant; avoir la perception d'innocuité de la mammographie et avoir de la douleur lors de la compression du sein. Lorsque ces cinq facteurs étaient pris en compte dans un modèle multivarié, le score de satisfaction générale n'était plus associé à l'intention d'adhésion (RC ajusté = 1,52; IC : 0,96-2,38).

5. DISCUSSION

5.1. Acceptabilité du questionnaire

➤ Taux de participation

Le questionnaire semble avoir été bien accepté par les femmes car 73 % d'entre elles ont rempli et retourné leur questionnaire. Il faut toutefois rappeler que ce taux de réponse a été obtenu par un envoi postal suivi d'un rappel postal deux semaines après l'envoi. Ce taux de participation se compare avantageusement à celui observé (68 %) dans l'étude de validation de Brett et Austoker (2004) ayant utilisé un envoi postal pour joindre 641 femmes ayant eu une mammographie de dépistage récente. Cependant, deux enquêtes de satisfaction menées auprès de plus de 1 300 femmes, dont le questionnaire de satisfaction était envoyé par la poste, montrent des taux de réponse plus élevés (88 %) que celui observé dans la présente étude (Decker, Harrison et Tate, 1999 et Vaile *et al.*, 1993).

Le taux de participation pourrait être plus élevé dans les études où un contact direct est établi avec les femmes. Cockburn *et al.* (1991) rapportent un taux de réponse de 96 % quand les femmes sont invitées à compléter un questionnaire de satisfaction à la maison au moment de leur visite au centre de dépistage et qu'un rappel téléphonique est réalisé 48 heures après leur visite. Dans l'étude de Loeken *et al.* (1996), menée auprès de 550 femmes consécutives qui ont rempli leur questionnaire immédiatement après leur mammographie, le taux de réponse est de 89 %.

Compte tenu du coût associé à d'autres stratégies d'administration du questionnaire, l'enquête postale demeure une solution de choix. L'équipe de la DSP s'était assurée que les modalités d'envoi du questionnaire répondaient aux recommandations en vue d'obtenir un taux de réponse élevé à une enquête postale. Afin d'augmenter le taux de réponse dans une future enquête, il serait pertinent de considérer la faisabilité d'intégrer d'autres stratégies reconnues efficaces pour augmenter le taux de réponse. Dans une méta-analyse menée à partir de 372 essais cliniques évaluant différentes stratégies, Edwards *et al.* (2007) montrent, entre autres, un meilleur taux de réponse lorsque les personnes sont informées préalablement de l'envoi d'un questionnaire. Cette information pourrait être transmise aux femmes au moment de leur mammographie de dépistage dans les CDD.

➤ Révision des items

Parmi les 23 items de satisfaction, 5 items (22 %) sont associés à un pourcentage de données manquantes et/ou de réponse « ne sait pas » inacceptable selon le critère de 3 %. Comme ce type de réponses peut traduire un problème d'acceptabilité, de compréhension ou de pertinence du message, il est donc nécessaire de réviser attentivement chacun de ces items. Voici la nature des problèmes identifiés pour chacun :

- ▶ L'item le plus problématique évalue la satisfaction au regard d'une action (« avoir posé des questions au moment de la prise de rendez-vous par téléphone ») qui peut

ne pas avoir été vécue par l'ensemble des femmes. Dans une prochaine version du questionnaire, cet item devrait être omis, car pour être pris en considération dans un questionnaire, un item doit pouvoir refléter la satisfaction des femmes au regard d'une action vécue par l'ensemble de la population cible.

- ▶ Les deux seuls items du questionnaire ayant des énoncés négatifs sont jugés problématiques. On peut supposer que l'introduction d'un si petit nombre d'énoncés négatifs (2 parmi 23) dans le questionnaire de satisfaction a conduit à une incompréhension de ces deux items. Il serait pertinent de bonifier le questionnaire en introduisant un nombre équivalent d'items « négatifs » et d'items « positifs ». L'introduction d'items « négatifs » dans un questionnaire présente l'avantage de maintenir l'attention des participants tout au long du questionnaire et ainsi de réduire le risque de réponses systématiques. On remarque que Loeken *et al.* (1997) ont introduit dans leur questionnaire de satisfaction autant d'items à énoncés positifs que négatifs.
- ▶ Deux autres items sont jugés problématiques mais dans une moindre mesure que les trois précédents. Le manque de précision de ces items pourrait être à l'origine du problème. Un des énoncés réfère « au résultat de l'examen ». Comme certaines femmes dans cette population ont pu avoir des examens complémentaires (mammographie de compression, échographie, etc.), il serait nécessaire de préciser que l'énoncé concerne les résultats de la mammographie de dépistage. L'autre énoncé réfère à l'information reçue dans la salle de mammographie concernant la possibilité d'être rappelée pour d'autres radiographies. La reprise de clichés radiologiques peut se faire généralement dans deux circonstances : 1) au cours de la même séance, dans le cas où le technicien jugerait que les clichés ne sont pas techniquement satisfaisants et 2) au cours d'une séance ultérieure, dans le cas où le radiologiste jugerait que la mammographie de dépistage est anormale. Les femmes ayant vécu un rappel pour des clichés additionnels en raison d'une mammographie anormale pourraient ne pas savoir comment répondre à cette question, car ce rappel se fait selon un autre mode de communication. Ces deux exemples illustrent le fait que l'expérience des femmes ayant eu des examens complémentaires pourrait venir perturber l'évaluation de la satisfaction des femmes au regard de l'expérience vécue au cours de la mammographie de dépistage. Il serait donc stratégique d'administrer le questionnaire de satisfaction rapidement après la mammographie de dépistage avant que les femmes ne soient rappelées pour des examens complémentaires. Si une telle stratégie n'est pas réalisable, il faudrait alors préciser ces items.

Cependant, il faut noter que les données manquantes ont peu influé sur le calcul des trois premiers scores, car ils n'ont pas pu être générés pour moins de 1,6 % des femmes. Par contre, les données manquantes ont plus influé sur le calcul du quatrième score constitué uniquement de deux items. Dans l'étude de validation de Loeken *et al.* (1997), les scores n'avaient pas pu être calculés pour 1 à 5 % des femmes.

5.2. Choix de l'échelle Likert

Les femmes pouvaient répondre à chaque item de satisfaction selon une échelle Likert à 4 points. Par ailleurs, elles avaient aussi la possibilité de répondre « ne sait pas ». L'avantage du choix de réponse selon une échelle Likert est de traiter l'item comme une variable ordinale dans les analyses statistiques. Il y a donc peu d'avantages à proposer le choix de réponse « ne sait pas », car ces réponses seront traitées comme des données manquantes.

La répartition des réponses des participantes selon l'échelle Likert à 4 points montre un niveau très élevé de satisfaction, traduisant très probablement un effet plafond des réponses aux items et en conséquence aux scores des échelles de satisfaction. Afin de réduire cet effet plafond classiquement retrouvé dans les études évaluant la satisfaction au regard des services de santé (Sitzia et Wood, 1997), il est recommandé d'utiliser une échelle Likert impaire à 5 ou 7 points (Fayers et Machin, 2000). Les questionnaires permettant d'évaluer la satisfaction des femmes au regard de la mammographie sont pour la plupart conçus avec des échelles Likert à 5 points. En dépit de ce choix, l'effet plafond demeure important dans ces études (Decker, Harrison et Tate, 1999 et Bakker *et al.*, 1998). Dans une version révisée du questionnaire, il serait probablement judicieux de considérer une échelle Likert à 7 points, comme l'ont d'ailleurs fait Brett et Austoker (2004).

L'inversion de l'échelle Likert, afin que les plus hauts points correspondent aux niveaux les plus élevés de satisfaction, serait à considérer dans une révision du questionnaire. Ce choix devrait faciliter la réponse au questionnaire, car il est plus naturel de donner une note élevée à ce qui est jugé excellent. Par ailleurs, si l'on veut modéliser la satisfaction à l'aide d'une régression linéaire, il est plus adéquat d'utiliser la variable telle que recueillie.

5.3. Validité du questionnaire de satisfaction

Globalement, l'analyse statistique montre que le questionnaire de satisfaction répond à plusieurs critères de validité. L'analyse factorielle propose des facteurs qui sont interprétables. La validité discriminante et de convergence des échelles de satisfaction ainsi que leur fiabilité et leur sensibilité répondent aux critères des échelles psychométriques. Cependant, cette interprétation doit être nuancée par la prise en compte de certaines faiblesses méthodologiques notées dans le développement du questionnaire.

5.3.1. Échelle de satisfaction générale

La première échelle apparaît particulièrement intéressante car elle peut être interprétée comme un résumé de la satisfaction au regard des services offerts lors de la visite dans un CDD. À elle seule, elle explique 76 % de la variance commune. Sa validité de convergence et de divergence, ainsi que sa fiabilité, sont excellentes.

Seule cette échelle parmi les quatre permet de détecter les différences anticipées de satisfaction selon l'âge. Les femmes âgées sont plus satisfaites que les femmes plus jeunes. Cependant, cette association disparaît dans l'analyse multivariée, car l'âge à la première mammographie apparaît être plus fortement lié à la satisfaction générale que l'âge chronologique. Cette échelle permet de détecter les femmes ayant éprouvé une douleur importante lors de la compression du sein et cette association demeure dans l'analyse multivariée prenant en compte les autres facteurs associés indépendamment à la satisfaction générale. Dans une analyse multivariée, Vaile *et al.* (1993) montrent aussi que la douleur influence négativement la satisfaction.

Il est intéressant de noter que le score de satisfaction générale est influencé par des facteurs qui relèvent de l'organisation des services du PQDCS dont le fait d'avoir été informée lors de la prise de rendez-vous de porter un vêtement adéquat pour passer une mammographie, d'avoir compris l'objectif du formulaire de consentement du PQDCS et d'avoir apprécié recevoir les résultats de la mammographie par la poste. Cette étude pointe un autre facteur organisationnel associé à la satisfaction générale, c'est-à-dire l'accessibilité des services, dont la proximité des CDD et les temps d'attente dans les CDD. L'accessibilité des services est un facteur classiquement associé à la satisfaction au regard des services de santé (Brédart, 2001 et Sitzia et Wood, 1997), ainsi qu'à la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein (Vaile *et al.*, 1993; Carney *et al.*, 2002 et Peipins, 2006). Ces associations entre des facteurs organisationnels et la satisfaction contribuent à valider cette échelle et son utilité.

Cependant, avant de conclure à la validité de cette échelle de satisfaction générale, il est nécessaire de considérer une faiblesse dans l'élaboration du questionnaire de satisfaction. On remarque effectivement que tous les items contribuant à cette échelle sont des items consécutifs dans le questionnaire regroupés sous l'intitulé « Éléments de satisfaction générale ». On peut anticiper que les femmes aient eu tendance à répondre de manière similaire aux huit items en sachant qu'ils étaient conçus pour évaluer leur satisfaction générale. Dans un contexte de validation, ces huit items censés évaluer un même concept de satisfaction auraient dû être dispersés dans le questionnaire.

5.3.2. Autres échelles de satisfaction

La deuxième échelle est satisfaisante sur le plan de son interprétation, car elle semble résumer la satisfaction des femmes au moment de leur mammographie. De plus, cette échelle présente une excellente validité de convergence et de divergence ainsi qu'une excellente consistance interne. Elle semble sensible puisqu'elle permet de détecter le groupe de femmes ayant eu une douleur importante lors de la compression du sein. Cependant, les excellentes caractéristiques de cette échelle peuvent être attribuables en partie au fait que les six items qui la composent sont tous regroupés dans le questionnaire sous l'intitulé « Dans la salle de mammographie ». Ce regroupement a en effet pu augmenter la concordance entre les réponses à ces six items.

L'interprétation de la troisième échelle est moins évidente, car elle est constituée d'items évaluant la satisfaction avant et après la visite au CDD ainsi que de deux items évaluant la fidélisation. La dernière échelle peut être interprétée comme une échelle de satisfaction au regard de l'accessibilité mais elle ne comporte que deux items. Ces deux échelles démontrent une excellente validité de convergence et de divergence. Par contre, leur fiabilité ne peut être jugée qu'acceptable pour des échelles psychométriques. La troisième échelle semble être capable de détecter des groupes de femmes selon leur niveau de douleur. La quatrième échelle permet de contraster la satisfaction des femmes selon l'âge mais l'effet observé est l'inverse de celui anticipé. Ce résultat est plausible, car on peut raisonnablement penser que dans le cas de la satisfaction au regard de l'accessibilité les femmes plus âgées sont plus insatisfaites que les femmes plus jeunes.

Dans la poursuite du processus de validation de ce questionnaire, il serait pertinent d'ajouter des items permettant d'évaluer la satisfaction au regard des activités du PQDCS respectivement avant et après la visite au CDD ainsi que d'ajouter des items permettant d'évaluer la fidélisation et l'accessibilité. Ces ajouts permettraient probablement de générer des échelles de satisfaction ayant une meilleure interprétation et une meilleure consistance interne. Cependant, avant de procéder à cet exercice, il serait judicieux de repenser aux dimensions de satisfaction pertinentes à évaluer.

5.4. Facteurs associés à l'intention d'adhésion des femmes au PQDCS

Les résultats de cette analyse doivent être interprétés à la lumière de potentielles faiblesses méthodologiques. Du fait des contraintes éthiques du projet, il n'a pas été possible d'identifier dans cette cohorte de femmes, celles qui étaient réellement revenues deux ans plus tard pour une nouvelle mammographie de dépistage. L'intention d'adhésion des femmes mesurée au moment de l'enquête a donc été utilisée comme une variable « proxy » de la fidélisation pour identifier les facteurs pouvant influencer l'adhésion aux mammographies de dépistage répétées. On peut anticiper que la validité des résultats obtenus a cependant été peu influencée par cette contrainte, car plusieurs études montrent que l'intention de fidélisation permet de bien prédire la fidélisation telle qu'elle est observée (Cockburn *et al.*, 1997 et Lechner, De Vries et Offermans, 1997). Par ailleurs, dans la présente étude, les femmes entièrement en accord avec le principe d'adhésion ont été comparées à un groupe de femmes ayant donné des réponses hétéroclites. Dans la majorité des études évaluant la satisfaction des clientèles au regard des services reçus, on constate, comme dans cette étude, un niveau de satisfaction très élevé (Sitzia et Wood, 1997; Bakker *et al.*, 1998; Decker, Harrison et Tate, 1999 et Peipens *et al.*, 2006). On peut donc aisément anticiper que les femmes qui se disent simplement « satisfaites » au regard des services reçus témoignent déjà d'un certain niveau d'insatisfaction comparativement à celles qui se disent « entièrement satisfaites ». L'étude de Lechner, De Vries et Offermans (1997) soutient un tel phénomène. Comparativement aux femmes qui rapportaient un niveau d'accord élevé avec l'intention de revenir, celles avec un niveau d'accord faible ou neutre avaient des rapports de cotes de mammographies répétées similaires, respectivement de 0,44 et de 0,47.

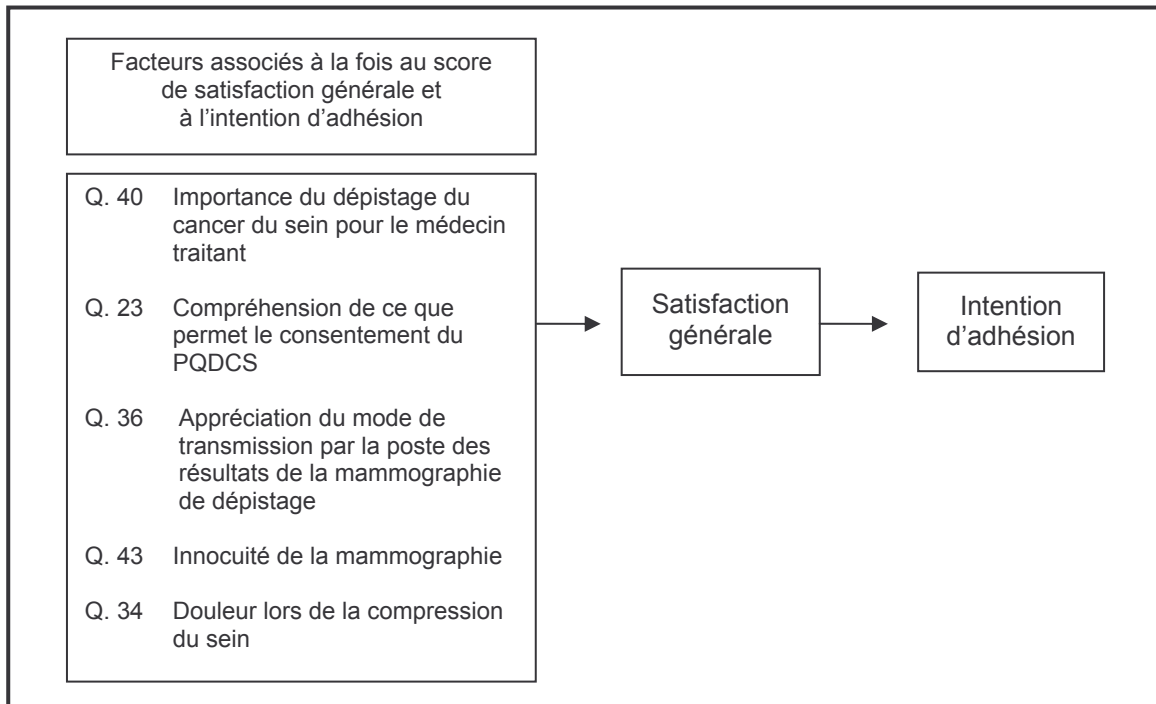
Plusieurs facteurs classiquement reconnus dans la littérature comme des déterminants de fidélisation aux programmes de dépistage du cancer du sein ont aussi été mis en évidence dans cette étude. Le facteur le plus fortement associé à l'intention d'adhésion dans l'étude concerne l'attitude du médecin au regard de la mammographie de dépistage. En effet, les femmes qui perçoivent que le fait de passer une mammographie de dépistage est un acte important pour leur médecin de famille sont celles qui expriment le plus fortement leur intention d'adhésion. L'attitude et la recommandation du médecin au regard du dépistage (Halabi *et al.*, 2000; Juon *et al.*, 2004 et Allen *et al.*, 2007), le nombre de consultations avec un médecin avant les mammographies de dépistage (Lee et Vogel, 1995; Barr *et al.*, 2001 et Maxwell, Bancej et Snider, 2001) et la continuité des services de santé dans une clinique ou avec un médecin (Halabi *et al.*, 2000; Maxwell, Bancej et Snider, 2001 et O'Malley, Forrest et Mandelblatt, 2002) sont tous des facteurs associés de manière consistante aux mammographies de dépistage répétées dans les études d'observation. Les interventions visant à augmenter l'adhésion des femmes aux programmes de dépistage du cancer du sein ont donc souvent intégré l'intervention du médecin dans leurs stratégies (Sohl, 2007). Une méta-analyse réalisée à partir de 28 études réalisées entre 1997 et 2005 montre que les interventions adaptées aux femmes en fonction du « Health Belief Model » et qui intègrent une recommandation d'un médecin sont celles qui ont le plus d'effet à la fois sur la participation au dépistage par mammographie et sur la fidélisation (Solh et Moyer, 2007). La perception de risques associés à la fois au cancer du sein et à la mammographie de dépistage ainsi que la douleur au cours de la mammographie ont été identifiées dans cette étude comme des facteurs influençant l'intention d'adhésion. Ces facteurs sont fréquemment associés à la fidélisation dans d'autres études, soit lorsqu'ils étaient évalués individuellement, soit lorsqu'ils faisaient partie d'une échelle évaluant les barrières du dépistage (O'Connor et Perreault, 1995; Lechner, 1997; Halabi *et al.*, 2000; Carney *et al.*, 2002; Russell, Champion et Skinner, 2006; Calvocoressi *et al.*, 2005 et Rakowski *et al.*, 2006).

Dans cette étude, plusieurs facteurs organisationnels associés à l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies répétées ont été mis en évidence. Un premier groupe de facteurs caractérise l'accessibilité aux services du PQDCS, en particulier l'accessibilité aux CDD. L'accessibilité aux services a déjà été identifiée dans plusieurs études comme un déterminant de l'adhésion des femmes aux programmes de dépistage (Carney *et al.*, 2002 et Peipens *et al.*, 2006). Un second groupe de facteurs est propre à l'organisation du PQDCS, car il concerne, d'une part, la compréhension par les femmes du processus du PQDCS expliqué dans le consentement et, d'autre part, de la lecture de la documentation accompagnant la lettre d'invitation du PQDCS. Compte tenu de tels résultats, il serait bon de vérifier le niveau de compréhension des femmes au regard du processus du PQDCS au moment de leur mammographie de dépistage afin que le personnel des CDD puisse compléter l'information et répondre aux interrogations des femmes.

5.5. Relation entre la satisfaction générale et l'intention de revenir

Les analyses menées dans cette étude montrent que cinq facteurs sont associés à la fois à la satisfaction générale et à l'intention de revenir. Par ailleurs, la satisfaction générale est associée à l'intention d'adhésion, mais cette association diminue considérablement lorsque l'on prend en compte ces cinq facteurs. On peut donc se demander si ces cinq facteurs sont des facteurs confondants ou des facteurs qui se situent sur une même chaîne causale que la satisfaction et l'intention d'adhésion (voir la figure 1). Quelle que soit la nature de cette relation, ces cinq facteurs apparaissent être des éléments importants à prendre en considération en vue de bonifier le PQDCS.

Figure 1 : Relation plausible entre la satisfaction générale et l'intention d'adhésion des femmes aux mammographies de dépistage répétées



5.6. Résumé des recommandations concernant la poursuite de la validation du questionnaire de satisfaction

Administration du questionnaire

- Évaluer la faisabilité d'intégrer à un moindre coût des stratégies efficaces proposées par *The Cochrane Collaboration* pour augmenter le taux de réponse des enquêtes postales.
- Administrer rapidement le questionnaire après la mammographie de dépistage, avant que certaines femmes puissent être rappelées pour des examens complémentaires si l'on désire évaluer la satisfaction au regard de la mammographie de dépistage uniquement.
- S'assurer que le laps de temps entre l'administration du questionnaire de satisfaction et la mammographie de dépistage est similaire pour l'ensemble des femmes.

Révision des énoncés des items

- S'assurer que l'énoncé des items s'applique à l'ensemble de la population cible.
- S'assurer de la clarté des items.
- S'assurer qu'un item contient une seule idée.
- Reformuler les items afin qu'il y ait un nombre équivalent d'items positifs et négatifs dans le questionnaire.
- S'assurer que les items qui sont censés évaluer un même concept sont dispersés dans le questionnaire.

Choix de l'échelle Likert

- Choisir une échelle Likert impaire de 5 ou 7 points.
- Inverser l'échelle Likert par rapport à celle proposée dans l'étude : le chiffre le plus élevé devrait correspondre au plus haut niveau de satisfaction.
- Ne pas proposer le choix de réponse « ne sait pas ».

Poursuite du processus de développement et de validation du questionnaire de satisfaction

- Bien cerner les dimensions de satisfaction pertinentes à évaluer dans le contexte du PQDCS et, au regard de ce choix, ajouter et/ou enlever des items.
- Administrer le questionnaire modifié et refaire le processus de validation auprès d'une population cible dont la taille sera déterminée en fonction du nombre d'items de satisfaction.
- Évaluer la capacité du questionnaire de prédire l'adhésion au programme de dépistage.

CONCLUSION

Les analyses réalisées dans ce rapport soutiennent la poursuite du processus de développement et de validation du questionnaire de satisfaction. Il est sans doute nécessaire de rappeler que le processus de développement d'un questionnaire en est un qui nécessite un travail minutieux, de la patience et du temps. Comme le prouvent les différentes versions de questionnaires de satisfaction reconnus (Brédart, 2001; Brédart *et al.*, 2004; Brédart *et al.*, 2007), il est normal d'anticiper un processus itératif constitué de plusieurs étapes visant à raffiner le questionnaire et à le retester.

Les recommandations émises dans ce rapport permettent d'orienter clairement les futurs travaux. Des mesures simples comme l'adoption d'une échelle Likert impaire et l'introduction d'énoncés négatifs sont des mesures faciles à réaliser en vue de bonifier le questionnaire. Cependant, avant de modifier les items du questionnaire, deux grandes réflexions devraient être préalablement conduites par les acteurs responsables de l'évaluation de la qualité des services du PQDCS. Une première réflexion, déjà amorcée à la DSP, devrait porter sur les dimensions de satisfaction les plus pertinentes à évaluer dans le PQDCS. Cette réflexion conduira probablement à l'ajout d'items et à la suppression de certains autres. Une seconde réflexion devrait porter sur le mode d'administration du questionnaire en favorisant une approche personnalisée qui privilégierait la réponse au questionnaire rapidement après la mammographie de dépistage, avant une visite pour des examens complémentaires.

L'échelle de satisfaction générale au regard des services reçus lors de la visite au centre de dépistage semble être une échelle prometteuse. Cependant, il serait préférable de retester sa validité dans une version ultérieure du questionnaire où les items de cette échelle seraient dispersés. Certains facteurs classiquement associés dans la littérature à la satisfaction des femmes au moment de leur mammographie sont retrouvés dans cette étude, comme l'accessibilité des services, la douleur lors de la compression du sein et l'attitude des femmes et de leur médecin au regard de la mammographie de dépistage. Cette étude montre par ailleurs que les deux facteurs les plus fortement associés à la satisfaction générale des femmes relèvent de l'organisation du PQDCS. Ces facteurs organisationnels, dont la compréhension du formulaire de consentement par les femmes, mériteraient d'être plus amplement analysés dans une future enquête.

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD P.R. *et al.* *Satisfaction des femmes ayant fréquenté les centres de dépistage désignés du cancer du sein de la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2006, 77 p.

ALLEN, J.D., A.M. STODDARD et G. SORENSEN. « Do social network characteristics predict mammography screening practices? », *Health Educ Behav*, 2008;35 : 763-76.

BAINES, C.J., T. TERESA et C. WALL. « Women's attitudes to screening after participation in the National Breast Screening Study. A questionnaire survey », *Cancer*, 1990;65 : 1663-9.

BAKKER, D.A. *et al.* « The experience and satisfaction of women attending breast cancer screening », *Oncol Nurs Forum*, 1998;25 : 115-21.

BARR, J.K. *et al.* « Factors associated with continued participation in mammography screening », *Prev Med*, 2001;33 : 661-7.

BRÉDART, A. *Assessment of satisfaction with cancer care : development, cross-cultural psychometric analysis and application of a comprehensive instrument (thesis)*, Amsterdam, University of Amsterdam, 2001, 126 p.

BRÉDART, A. *et al.* « Validation of the EORTC QLQ-SAT32 cancer inpatient satisfaction questionnaire by self-versus interview-assessment comparison », *Patient Educ Couns*, 2004;54 : 207-212.

BRÉDART, A. *et al.* « Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries : preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire », *Eur J Cancer*, 2007;43 : 323-30.

BRETT, J. et J. AUSTOKER. « Development and validation of the EBS: a measure to assess women's experience at all stages of the breast screening process », *J Public Health*, 2004;26 : 79-83.

CALVOCORESSI, L. *et al.* « Applying recursive partitioning to a prospective study of factors associated with adherence to mammography screening guidelines », *Am J Epidemiol*, 2005;162 : 1215-24.

CARMAN, J.M. « Patient perceptions of service quality. Combining the dimensions », *J Manag Med*, 2000;14 : 339-56.

CARNEY, P. *et al.* « Factors associated with interval adherence to mammography screening in a population-based sample of New Hampshire women », *Cancer*, 2002;95 : 219-27.

CATTELL, R.B. « Extracting the correct number of factors in factor analysis », *Educ Psychol Meas*, 1958;18 : 791-837.

COCKBURN, J. *et al.* « Development and validation of an instrument to measure satisfaction of participants at breast screening programmes », *Eur J Cancer*, 1991;27 : 827-31.

COCKBURN, J. *et al.* « Predictors of returning for second round screening at a population based mammographic screening programme in Melbourne, Australia », *J Epidemiol Community Health*, 1997;51 : 62-66.

CÔTÉ, L. et R. MC NEIL. *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction des relations avec la communauté, 1995, 46 p.

DECKER, K.M., M. HARRISON et R. TATE. « Satisfaction of women attending the Manitoba Breast Screening Program », *Prev Med*, 1999;29 : 22-27.

DONABEDIAN, A. *Evaluating the quality of medical care*, Milbank Memorial fund Quarterly, 1966;44(3) suppl. : 166-203.

EDWARDS, P.J. *et al.* « Methods to increase response rates to postal questionnaires », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 2, Art. n° MR000008. DOI:10.1002/14651858. MR000008.pub3.

ENGELMAN, K.K., A.M. CIZIK et E.F. ELLERBECK. « Women's satisfaction with their mammography experience : results of a qualitative study », *Women Health*, 2005;42 : 17-35.

FAYERS, P.M. et D. MACHIN. *Quality of Life. Assessment, analysis and interpretation*, Chichester, John Wiley & sons Ltd, 2000, 404 p.

HALABI, S. *et al.* « Factors associated with repeat mammography screening », *J Fam Pract*, 2000;49 : 1104-12.

HATCHER, L. *A step by step approach to using SAS for factor analysis and Structural Equation Modeling*, Cary, NC, SAS institute Inc, 1994, 588 p.

HOSMER, D.W. et S. LEMESHOW. *Applied logistic regression*, New York, John Wiley & Sons, 1989, 307 p.

HUDAK, P.L. et J.G. WRIGHT. « The characteristics of patient satisfaction measures », *Spine*, 2000;25 : 3167-77.

JUON, H.S. *et al.* « Predictors of adherence to screening mammography among Korean American women », *Prev Med*, 2004;39 : 474-81.

KLEINBAUM, D.G. *et al.* *Applied regression analysis and other multivariate methods*, 3th ed., Pacific Grove : Brooks/Cole publishing company, 1998, 798 p.

LECHNER, L., H. DE VRIES et N. OFFERMANS. « Participation in a breast cancer screening program : influence of past behaviour and determinants on future screening participation », *Prev Med*, 1997;26 : 473-82.

LEE, J.R.J. et V.G. VOGEL. « Who uses screening mammography regularly? », *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1995;4 : 901-6.

LEPAGE, C. *et al.* *Perception des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2001, 37 p.

LOEKEN, K. *et al.* « A new measure of patient satisfaction with mammography. Validation by factor analytic technique », *Fam Pract*, 1996;13 : 67-74.

LOEKEN, K. *et al.* « A new instrument to measure patient satisfaction with mammography. Validity, reliability, and discriminant power », *Med Care*, 1997;35 : 731-41.

MARSHALL, G. « A comparative study of re-attenders and non-re-attenders for second triennial National Breast Screening Programme appointments », *J Public Health Med*, 1994;16 : 79-86.

MAXWELL, C.J., C.M. BANCEJ et J. SNIDER. « Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69 : findings from the 1996/97 National Population Health Survey », *CMAJ*, 2001;164 : 329-34.

MESSELY, M.C. *et al.* *Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans la région de Québec. Perception des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage anormale : Étude exploratoire*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2002, 37 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Rapport d'activité 2004-2005*, gouvernement du Québec, 2006, 54 p.

O'CONNOR, A. et D.J. PERREAULT. « Importance of Physician's role highlighted in survey of women's breast screening practices », *Can J Public Health*, 1995;86 : 42-5.

O'MALLEY, A., C. FORREST et J. MANDELBLATT. « Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. The roles of primary care, health insurance, and HMOs », *J Gen Intern Med*, 2002;17 : 144-154.

ORTON, M. *et al.* « Factors affecting women's response to an invitation to attend for a second breast cancer screening examination », *Br J Gen Pract*, 1991;41 : 320-23.

PEIPENS, L.A. *et al.* « Impact of women's experiences during mammography on adherence to rescreening (United States) », *Cancer Causes Control*, 2006;17 : 439-47.

RAKOWSKI, W. *et al.* « Correlates of repeat and recent mammography for women ages 45 to 75 in the 2002 to 2003 health information national trends survey (HINTS 2003) », *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2006;15 : 2093-2101.

ROTHMAN, K.J. et S. GREENLAND. *Modern Epidemiology*, Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1998, 358 p.

RUSSELL, K.M., V.L. CHAMPION et C.S. SKINNER. « Psychological factors related to repeat mammography screening over 5 years in African American women », *Cancer Nurs*, 2006; 29 : 236-43.

SANTÉ CANADA. *Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003, 112 p.

SITZIA, J. et N. WOOD. « Patient satisfaction: a review of issues and concepts », *Soc Sci Med*, 1997;45 : 1829-43.

SMITH, S. *et al.* « Audit of user satisfaction with the Leicestershire breast screening service; women attending for assessment of abnormal mammograms », *J Public Health Med*, 1991;13 : 166-71.

SOLH, S.J. et A. MOYER. « Tailored interventions to promote mammography screening: a meta-analytic review », *Prev Med*, 2007;45 : 252-61.

VAILE, M.S.B. *et al.* « Breast cancer screening services in three areas : uptake and satisfaction », *J Public Health Med*, 1993;15 : 37-45.

WARE, J.E. *et al.* « Defining and measuring patient satisfaction with medical care », *Eval Program Plann*, 1983;6 : 247-63.

WARE, J.E. et B. GANDEK. « Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability : The IQOLA project approach », *J Clin Epidemiol*, 1998;51 : 945-52.

WOODSIDE, A.G., L.L. FREY et R.T. DALY. « Linking service quality, customer satisfaction, and behavioural intention », *J Health Care Mark*, 1989;9 : 5-17.

8) Connaissiez-vous le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* avant de recevoir votre première lettre d'invitation pour une mammographie ?

1 Oui – beaucoup 2 Oui – un peu 3 Non – pas du tout ⇒ *Si non, passez à la question 10*

9) De quelle façon avez-vous entendu parler du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* ?
(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

1 Télé/radio 4 Documents reçus par la poste
2 Journaux 5 Mon médecin
3 Quelqu'un que je connais 6 Autre (précisez) : _____

10) Lorsque vous vous êtes présentée pour votre dernière mammographie, vous aviez en votre possession ... ?

Lettre d'invitation 1 Oui 2 Non
Prescription du médecin 1 Oui 2 Non

11) Avez-vous lu la documentation accompagnant la lettre d'invitation ?

1 Oui – entièrement 2 Oui – partiellement 3 Non 4 Je ne m'en souviens pas

12) Avez-vous reçu une *carte de participation* au programme lors de votre visite au centre de dépistage ?

1 Oui – je l'ai reçue 2 Non – je ne l'ai pas reçue 3 Je ne m'en souviens pas

13) Combien de temps s'est-il passé entre le moment où vous avez reçu votre invitation (lettre ou prescription) et la date du rendez-vous pour votre dernière mammographie ? [_____]
Semaines

14) Quelle est la date de votre dernière visite chez le médecin pour un bilan de santé ? [_____] [_____]
Mois Année

15) À quand remonte votre dernier examen clinique des seins par un médecin ? [_____] [_____]
Mois Année

16) À quelle fréquence faites-vous votre auto-examen des seins ?

1 Régulièrement 3 Rarement
2 À l'occasion 4 Jamais

17) Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre état de santé est ... ?

1 Excellent 4 Moyen
2 Très bon 5 Mauvais
3 Bon

Consignes pour compléter le questionnaire

Il est important que vous répondiez à chaque question. Toutes les questions ont été placées dans un ordre chronologique pour bien représenter votre dernière visite pour un examen de mammographie de dépistage. Les épisodes qui sont évalués incluent le moment de votre appel pour une prise de rendez-vous jusqu'à la réception de la lettre de résultat. Chaque section est identifiée en fonction d'un moment particulier de votre visite dans un centre de dépistage.

Instruction : Pour chaque énoncé dans la prochaine section du questionnaire, veuillez indiquer votre niveau d'accord pour les situations ou les événements survenus en répondant dans la colonne de droite par le choix de réponse suggéré.

ÉCHELLE : 1 = Entièrement en accord 4 = Entièrement en désaccord
 2 = En accord 5 = Ne sais pas / ne s'applique pas (NSP)
 3 = En désaccord

Au moment de la prise de rendez-vous (au téléphone) :	Entièrement en accord	En accord	En désaccord	Entièrement en désaccord	NSP
18) Les heures d'ouvertures du centre de dépistage me convenaient	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19) Le délai entre la prise de rendez-vous (au téléphone) et mon rendez-vous au centre de dépistage pour l'examen était acceptable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20) J'étais au courant des consignes à suivre avant de me présenter en mammographie, soit :					
Éviter le café, le thé, le chocolat durant deux semaines avant		1 <input type="checkbox"/> Oui		2 <input type="checkbox"/> Non	
Passer l'examen dans les 10 jours suivant le début des menstruations		1 <input type="checkbox"/> Oui		2 <input type="checkbox"/> Non	
Éviter de mettre du déodorant, du parfum, de la crème ou de la poudre		1 <input type="checkbox"/> Oui		2 <input type="checkbox"/> Non	
Retirer tous les bijoux (au cou et aux oreilles)		1 <input type="checkbox"/> Oui		2 <input type="checkbox"/> Non	
Porter un vêtement deux pièces, car on doit se dévêtir jusqu'à la taille		1 <input type="checkbox"/> Oui		2 <input type="checkbox"/> Non	
21) La réceptionniste a répondu à mes questions au téléphone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Au moment de votre arrivée au centre de dépistage :	Entièrement en accord	En accord	En désaccord	Entièrement en désaccord	NSP
22) J'ai eu de la difficulté à trouver l'endroit où se situait le centre de dépistage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23) J'ai bien compris que le formulaire de consentement permettait la transmission des résultats et de faire les rappels pour les examens subséquents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24) La réceptionniste m'a informée que le résultat serait envoyé à mon médecin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25) Combien de temps avez-vous attendu dans la salle d'attente avant qu'une personne vienne vous chercher pour votre examen ?		Estimation : _____ minutes			
26) J'ai eu l'impression d'attendre longtemps dans la salle d'attente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27) La cabine de déshabillage était assez grande pour être confortable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Dans la salle de mammographie :		Entièrement en accord	En accord	En désaccord	Entièrement en désaccord	NSP																						
28)	Les informations fournies par la personne qui m'a fait passer la mammographie étaient claires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
29)	La personne rencontrée a su me mettre en confiance pour l'examen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
30)	La professionnelle de la santé m'a expliqué que la compression du sein était nécessaire à l'obtention de la meilleure image possible	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
31)	J'ai eu l'impression que l'appareil à mammographie était propre et bien désinfecté	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
32)	Je n'ai pas eu l'impression de manquer d'intimité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
33)	J'ai été informée de la possibilité d'être rappelée pour d'autres clichés (radiographies)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
34) Sur une échelle de 0 à 10, veuillez indiquer la douleur que vous avez ressentie lors de la compression du sein (encerclez) :																												
<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">Aucune douleur</td> <td colspan="4"></td> <td style="width: 10%;">Douleur moyenne</td> <td colspan="4"></td> <td style="width: 10%;">Douleur extrême</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table>							Aucune douleur					Douleur moyenne					Douleur extrême	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune douleur					Douleur moyenne					Douleur extrême																		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																		
À la réception de la lettre de résultat à la maison :		Entièrement en accord	En accord	En désaccord	Entièrement en désaccord	NSP																						
35)	J'ai trouvé que le résultat de mon examen m'est parvenu rapidement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
36)	J'ai apprécié de recevoir une lettre avec le résultat par la poste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
37)	Le résultat de la mammographie de dépistage était ... ?	1 <input type="checkbox"/> normal		2 <input type="checkbox"/> anormal																								
Autres questions sur le dépistage du cancer du sein :		Entièrement en accord	En accord	En désaccord	Entièrement en désaccord	NSP																						
38)	J'ai l'intention de passer une mammographie tous les deux ans	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
39)	Je recommanderais à une amie de passer une mammographie au même centre de dépistage où je suis allée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
40)	Mon médecin traitant trouve important que je passe une mammographie de dépistage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
41)	Le cancer du sein est une maladie qui m'inquiète	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
42)	J'étais anxieuse à l'idée de passer une mammographie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						
43)	Je ne pense pas que l'examen de mammographie de dépistage puisse nuire à ma santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																						

Évaluation de la satisfaction générale

Instruction : Pour chaque énoncé dans la prochaine section du questionnaire, veuillez indiquer votre niveau d'appréciation pour les situations ou les événements survenus en répondant dans la colonne de droite par le choix de réponse suggéré.

ÉCHELLE : 1 = Très satisfaisant 4 = Très insatisfaisant
 2 = Satisfaisant 5 = Ne sais pas / ne s'applique pas (NSP)
 3 = Insatisfaisant

Éléments de satisfaction générale :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	NSP
44) La clarté des explications données lors de la mammographie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
45) L'accueil courtois et le personnel accueillant	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
46) Le confort des lieux et l'aménagement en général	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
47) La compétence (savoir-faire) de la personne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
48) La facilité d'accès au centre de dépistage (en voiture ou en autobus)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
49) La durée de la visite au centre de dépistage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
50) L'approche et l'écoute de la professionnelle de la santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
51) Dans l'ensemble, comment qualifiez-vous le service reçu au centre de dépistage pour votre dernier examen ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

CARACTÉRISTIQUES SOCIALES

Vous avez presque terminé. Cette dernière section est très importante afin de dresser un portrait d'ensemble de la clientèle. Toutes vos réponses demeurent entièrement confidentielles et ne servent qu'à des fins statistiques. D'ailleurs, votre nom n'apparaît nulle part dans le questionnaire.

52) Dans quelle municipalité (ville, village, localité) habitez-vous ? [_____]	Municipalité
53) Dans quelle catégorie d'âge êtes-vous ?	
1 <input type="checkbox"/> 50-54 ans	4 <input type="checkbox"/> 65-69 ans
2 <input type="checkbox"/> 55-59 ans	5 <input type="checkbox"/> 70 ans et plus
3 <input type="checkbox"/> 60-64 ans	
54) La situation décrivant le mieux votre état civil est ... ?	
1 <input type="checkbox"/> Mariée et vivant avec un conjoint	4 <input type="checkbox"/> Veuve et ne vivant pas avec un conjoint
2 <input type="checkbox"/> Avec un conjoint (conjointe) de fait	
3 <input type="checkbox"/> Séparée ou divorcée et ne vivant pas avec un conjoint	5 <input type="checkbox"/> Célibataire (jamais mariée et ne vivant pas avec un conjoint)

55) La situation décrivant le mieux votre occupation principale est ... ?

1 Sur le marché du travail
2 À la maison
3 Autre (précisez) : _____

56) Combien d'années d'études avez-vous complétées ?

1 Moins de 8 années (primaire) 3 Entre 13 et 15 années (collégial)
2 Entre 8 et 12 années (secondaire) 4 16 années et plus (université)

57) Quel était approximativement le revenu total de votre ménage l'an dernier, avant déductions d'impôts ?

1 Moins de 20 000 \$ 3 60 000 – 79 999 \$
2 20 000 – 39 999 \$ 4 80 000 \$ et plus
3 40 000 – 59 999 \$

58) Avez-vous des commentaires ou des suggestions pour améliorer l'accueil et les services que les femmes reçoivent dans un centre de dépistage du cancer du sein ?

***Nous vous remercions grandement de
votre précieuse collaboration***

**Veillez insérer le questionnaire dans l'enveloppe de retour préaffranchie
et le retourner dans les meilleurs délais**

Annexe 2 : Classification des variables du questionnaire de l'enquête

SECTION DU QUESTIONNAIRE DESTINÉE À ÉVALUER LES DÉTERMINANTS POTENTIELS DE SATISFACTION	NUMÉRO DES QUESTIONS
Variables caractérisant le niveau socioéconomique des femmes (Groupe 1)	52, 53, 54, 55, 56, 57
Variables caractérisant l'état de santé et les comportements préventifs (Groupe 2)	14, 15, 16, 17
Variables caractérisant les comportements, les croyances et l'inquiétude des femmes au regard du cancer du sein et de la mammographie (Groupe 3)	5, 6, 7, 40, 41, 42, 43
Variables caractérisant la connaissance et la compréhension des femmes au regard du PQDCS (Groupe 4)	8, 9, 10, 11, 12, 20, 23, 24, 36
Variables caractérisant les CDD (Groupe 5)	3,4
Autres variables (Groupe 6)	25, 34, 37
SECTION DU QUESTIONNAIRE DESTINÉE À ÉVALUER LA SATISFACTION	NUMÉRO DES ITEMS
Satisfaction	18, 19, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 38, 39, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51

Annexe 3 : Tableau décrivant la distribution des réponses des 1 584 femmes selon les 23 items de satisfaction

Items du questionnaire de satisfaction	Réponses selon l'échelle Likert N (%)				Autres réponses N (%)		
	1 (entièrement en accord - très satisfaisant)	2 (en accord - satisfaisant)	3 (en désaccord - insatisfaisant)	4 (entièrement désaccord - très insatisfaisant)	Ne sait pas	Données manquantes	Total (ne sait pas et données manquantes)
Q. 18 Au moment de la prise de rendez-vous au téléphone, les heures d'ouverture du centre de dépistage me convenaient.	1 164 (73,5 %)	387 (24,4 %)	5 (0,3 %)	3 (0,2 %)	3 (0,2 %)	22 (1,4 %)	25 (1,6 %)
Q. 19 Au moment de la prise de rendez-vous au téléphone, le délai entre la prise de rendez-vous et mon rendez-vous au centre de dépistage pour l'examen était acceptable.	947 (59,8 %)	558 (35,2 %)	37 (2,3 %)	14 (0,9 %)	0 (0 %)	28 (1,8 %)	28 (1,8 %)
Q. 21 Au moment de la prise de rendez-vous au téléphone, la réceptionniste a répondu à mes questions.	813 (51,3 %)	474 (29,9 %)	20 (1,3 %)	8 (0,5 %)	154 (9,7 %)	115 (7,3 %)	269 (17 %)
Q. 22 Au moment de mon arrivée au centre de dépistage, j'ai eu de la difficulté à trouver l'endroit où se situait le centre de dépistage*.	225 (14,2 %)	98 (6,2 %)	342 (21,6 %)	721 (45,5 %)	142 (9,0 %)	56 (3,5 %)	198 (12,5 %)
Q. 26 Au moment de mon arrivée au centre de dépistage, j'ai eu l'impression d'attendre longtemps dans la salle d'attente*.	124 (7,8 %)	104 (6,6 %)	430 (27,2 %)	737 (46,5 %)	122 (7,7 %)	67 (4,2 %)	189 (11,9 %)
Q. 27 La cabine de déshabillage était assez grande pour être confortable.	933 (58,9 %)	550 (34,7 %)	53 (3,4 %)	20 (1,2 %)	4 (0,3 %)	24 (1,5 %)	28 (1,8 %)
Q. 28 Dans la salle de mammographie, les informations fournies par la personne qui m'a fait passer la mammographie étaient claires.	1 190 (75,1 %)	358 (22,6 %)	5 (0,3 %)	5 (0,3 %)	1 (0,1 %)	25 (1,6 %)	26 (1,7 %)

Items du questionnaire de satisfaction	Réponses selon l'échelle Likert N (%)				Autres réponses N (%)		
	1 (entièrement en accord - très satisfaisant)	2 (en accord - satisfaisant)	3 (en désaccord - insatisfaisant)	4 (entièrement en désaccord - très insatisfaisant)	Ne sait pas	Données manquantes	Total (ne sait pas et données manquantes)
Q. 29 Dans la salle de mammographie, la personne rencontrée a su me mettre en confiance.	1 196 (75,5 %)	341 (21,5 %)	9 (0,6 %)	10 (0,6 %)	2 (0,1 %)	26 (1,6 %)	28 (1,7 %)
Q. 30 Dans la salle de mammographie, la professionnelle de la santé m'a expliqué que la compression du sein était nécessaire à l'obtention de la meilleure image possible.	1 222 (77,2 %)	311 (19,6 %)	15 (0,9 %)	4 (0,3 %)	6 (0,4 %)	26 (1,6 %)	32 (2,0 %)
Q. 31 Dans la salle de mammographie, j'ai eu l'impression que l'appareil à mammographie était propre et bien désinfecté.	1 113 (70,3 %)	403 (25,4 %)	7 (0,4 %)	3 (0,2 %)	31 (2,0 %)	27 (1,7 %)	58 (3,7 %)
Q. 32 Dans la salle de mammographie, je n'ai pas eu l'impression de manquer d'intimité.	1 126 (71,1 %)	379 (24,0 %)	27 (1,7 %)	19 (1,2 %)	2 (0,1 %)	31 (1,9 %)	33 (2,0 %)
Q. 33 Dans la salle de mammographie, j'ai été informée de la possibilité d'être rappelée pour d'autres clichés.	1 116 (70,5 %)	330 (20,8 %)	47 (3,0 %)	21 (1,3 %)	28 (1,8 %)	42 (2,6 %)	70 (4,4 %)
Q. 35 À la réception de la lettre de résultat à la maison, j'ai trouvé que le résultat de mon examen m'est parvenu rapidement.	899 (56,8 %)	552 (34,8 %)	37 (2,3 %)	12 (0,8 %)	28 (1,8 %)	56 (3,5 %)	84 (5,3 %)
Q. 38 J'ai l'intention de passer une mammographie tous les deux ans.	1 265 (79,9 %)	251 (15,8 %)	16 (1,0 %)	11 (0,7 %)	11 (0,7 %)	30 (1,9 %)	41 (2,6 %)
Q. 39 Je recommanderais à une amie de passer une mammographie au même centre de dépistage où je suis allée.	1 256 (79,3 %)	270 (17,0 %)	13 (0,8 %)	3 (0,2 %)	12 (0,8 %)	30 (1,9 %)	42 (2,7 %)

Items du questionnaire de satisfaction	Réponses selon l'échelle Likert N (%)				Autres réponses N (%)		
	1 (entièrement en accord - très satisfaisant)	2 (en accord - satisfaisant)	3 (en désaccord - insatisfaisant)	4 (entièrement en désaccord - très insatisfaisant)	Ne sait pas	Données manquantes	Total (ne sait pas et données manquantes)
Q. 44 La clarté des explications données lors de la mammographie.	1 103 (69,6 %)	446 (28,2 %)	17 (1,1 %)	4 (0,2 %)	4 (0,3 %)	10 (0,6 %)	14 (0,9 %)
Q. 45 L'accueil courtois et le personnel accueillant.	1 171 (73,9 %)	396 (25,0 %)	10 (0,6 %)	2 (0,1 %)	0 (0 %)	5 (0,3 %)	5 (0,3 %)
Q. 46 Le confort des lieux et l'aménagement en général.	987 (62,3 %)	565 (35,7 %)	18 (1,1 %)	1 (0,1 %)	0 (0 %)	13 (0,8 %)	13 (0,8 %)
Q. 47 La compétence (savoir-faire) de la personne	1 212 (76,5 %)	335 (21,1 %)	15 (1,0 %)	4 (0,3 %)	0 (0 %)	18 (1,1 %)	18 (1,1 %)
Q. 48 La facilité d'accès au centre de dépistage (en voiture ou en autobus)	1 127 (71,1 %)	397 (25,1 %)	15 (0,9 %)	1 (0,1 %)	5 (0,3 %)	39 (2,5 %)	44 (2,8 %)
Q. 49 La durée de la visite au centre de dépistage	1 090 (68,8 %)	462 (29,2 %)	7 (0,4 %)	0 (0 %)	1 (0,1 %)	24 (1,5 %)	25 (1,6 %)
Q. 50 L'approche et l'écoute de la professionnelle de la santé	1 109 (70,0 %)	431 (27,2 %)	12 (0,8 %)	8 (0,5 %)	6 (0,4 %)	18 (1,1 %)	24 (1,5 %)
Q. 51 Dans l'ensemble, comment qualifiez-vous le service reçu au centre de dépistage pour votre dernier examen?	1 182 (74,6 %)	382 (24,1 %)	7 (0,4 %)	1 (0,1 %)	3 (0,2 %)	9 (0,6 %)	12 (0,8 %)

* Questions négatives