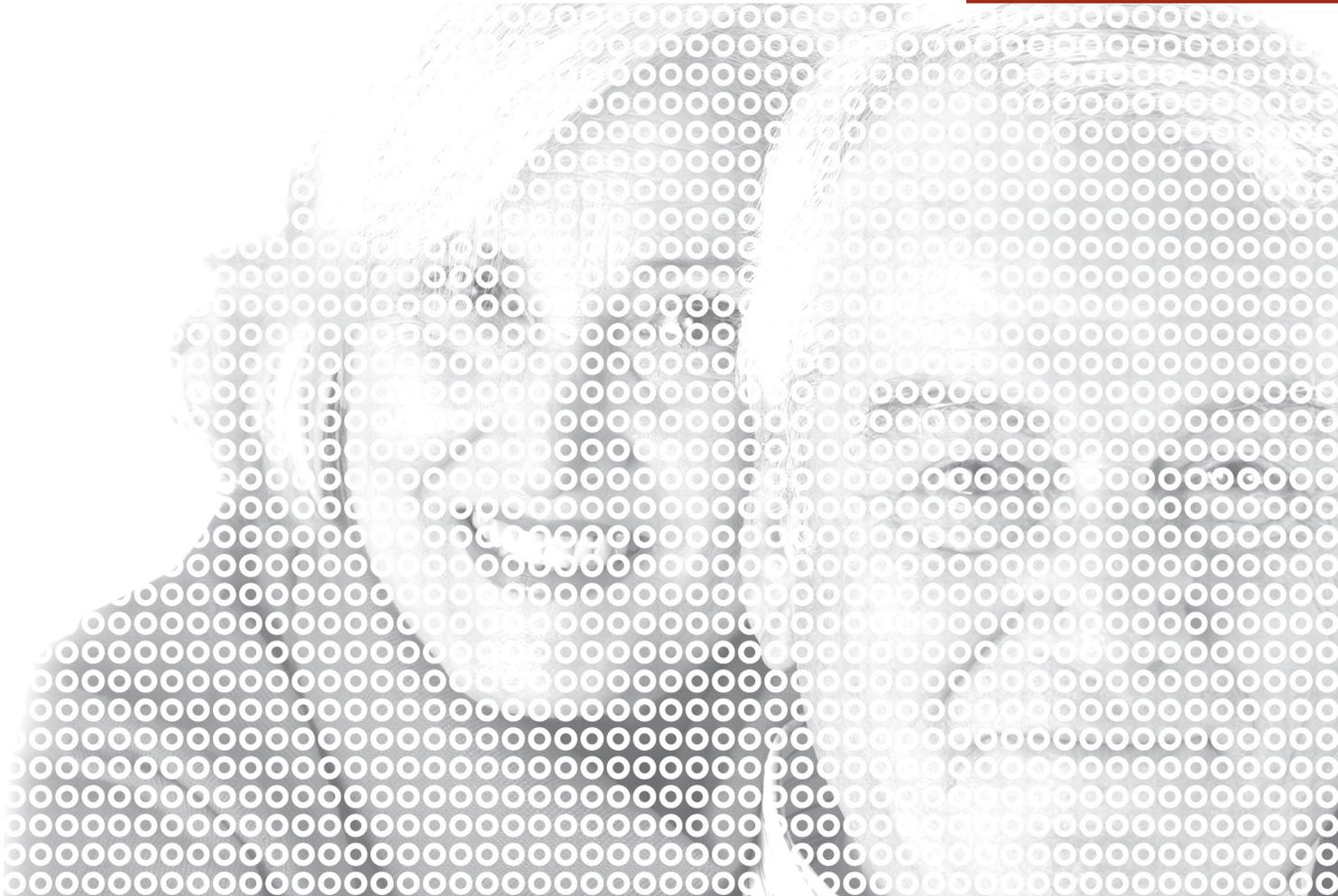


ATTITUDES ENVERS LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le point de vue de la population québécoise

NOVEMBRE 2008



Institut national de santé publique du Québec

ATTITUDES ENVERS LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le point de vue de la population québécoise

NOVEMBRE 2008

Direction des systèmes de soins et politiques publiques
Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer

*Institut national
de santé publique*

Québec 

AUTEURS

Mélanie Drolet, Ph.D.
Unité Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer
Direction des systèmes de soins et politiques publiques,
Institut national de santé publique du Québec

Yann Dion, B.Sc.
Unité Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer
Direction des systèmes de soins et politiques publiques,
Institut national de santé publique du Québec

Bernard Candas, Ph.D.
Unité Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer
Direction des systèmes de soins et politiques publiques,
Institut national de santé publique du Québec
Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

SECRÉTARIAT

Sylvie Muller
Unité Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer
Direction des systèmes de soins et politiques publiques,
Institut national de santé publique du Québec

FINANCEMENT

Cette étude a été financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la santé Publique (Direction de la prévention clinique et de la biovigilance) et Direction générale des services de santé et médecine universitaire (Direction de la lutte contre le cancer).

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement MM. Michel Dorval et Denis Hamel d'avoir accepté de réviser le présent rapport et de nous avoir fait bénéficier de leur expertise à travers leurs commentaires pertinents et judicieux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2009
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-54946-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-54947-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

FAITS SAILLANTS

Une forte proportion de la population cible québécoise déclare avoir l'intention de participer au dépistage du cancer colorectal.

Les intentions de se soumettre au dépistage du cancer colorectal par chacune des trois options disponibles (le test de recherche de sang dans les selles (RSOS), la sigmoïdoscopie ou la coloscopie), ont été comparées. Le test de RSOS, lorsqu'il est recommandé par le médecin, représente l'option à laquelle le plus de répondants adhèrent (88 %) alors que la coloscopie, recommandée dans le cadre d'un programme de santé publique, obtient le plus faible pourcentage d'intention (59 %). Cependant, 90 % des répondants accepteraient de se soumettre à une coloscopie à la suite d'une RSOS positive. Lorsque l'on interroge les répondants sur l'examen initial de dépistage qu'ils favoriseraient, 60 % choisiraient la RSOS, 22 % la coloscopie, 13 % la sigmoïdoscopie et 5 % n'auraient pas de préférence.

La crainte des complications est le facteur le plus fortement relié à l'intention de ne pas se soumettre à un dépistage par examen endoscopique. Elle inquiète environ 30 % des répondants et diminue l'intention de se faire dépister de 20 à 32 % selon le type d'examen initial proposé et la source de recommandation.

La recommandation du médecin permettrait d'atteindre une participation plus importante de la population.

La recommandation du médecin plutôt que de la santé publique permet d'accroître les intentions de participation de façon très importante. Dix-huit pour cent (18 %) des répondants changent d'attitude et n'ont plus l'intention de participer lorsque la recommandation provient de la santé publique. De plus, elle diminue l'influence de tous les autres facteurs associés à l'intention. Ces résultats témoignent de la nécessité d'évaluer l'opinion des omnipraticiens québécois envers un éventuel programme de dépistage du cancer colorectal et de l'importance qu'aura le support explicite de ces professionnels envers un programme.

Parmi les autres facteurs corrélés à l'intention de participer, peu offrent des pistes d'interventions pour optimiser la participation à un éventuel programme de dépistage.

La vulnérabilité face au cancer colorectal est la perception modifiable qui présente le meilleur potentiel d'impact sur l'intention de participer au dépistage par RSOS. Être conscient que l'on pourra éventuellement être atteint de ce cancer au cours de sa vie augmente l'intention de participation de 5 % si la recommandation provient du médecin (15 % lorsqu'elle provient de la santé publique). Or, 65 % des répondants ne perçoivent pas ce risque d'avoir un jour un cancer colorectal.

Bien qu'une forte perception des bénéfices du dépistage soit associée à l'intention de se soumettre au dépistage, elle présente un faible potentiel d'intervention puisque 90 % des répondants en sont déjà convaincus.

L'enquête a aussi montré que l'embarras causé par la nature des examens de dépistage n'a pas d'incidence sur l'intention de participer.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	IX
GLOSSAIRE	XI
1 INTRODUCTION	1
2 OBJECTIF	3
3 MODÈLE THÉORIQUE	5
4 DÉVELOPPEMENT ET VALIDATION DU QUESTIONNAIRE	7
4.1 Développement du questionnaire	7
4.2 Validation du questionnaire	7
5 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	11
5.1 Collecte de données	11
5.2 Sujets.....	11
5.2.1 Critères d'inclusion.....	11
5.2.2 Échantillonnage	11
5.2.3 Recrutement	12
5.3 Analyses statistiques	12
5.3.1 Taille d'échantillon	12
5.3.2 Pondération.....	12
5.3.3 Création des scores	12
5.3.4 Analyses descriptives	13
5.3.5 Intention de se soumettre au dépistage.....	13
5.3.6 Facteurs associés à l'intention de se soumettre au dépistage	13
5.4 Éthiques.....	14
6 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	15
6.1 Participation et caractéristiques des sujets.....	15
6.2 Intention de se soumettre au dépistage.....	16
6.3 Facteurs associés à l'intention de se soumettre au dépistage	16
6.3.1 Construits principaux du Modèle des croyances relatives à la santé.....	17
6.3.2 Connaissances, antécédents et incitations à l'action.....	18
6.3.3 Caractéristiques socio-démographiques.....	18
7 DISCUSSION ET CONCLUSION	19
8 BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXE A PLAN DE TRAVAIL DE L'INSPQ POUR L'ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE POPULATIONNEL DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES PERSONNES À RISQUE MOYEN AU QUÉBEC	47
ANNEXE B VALIDATION DU QUESTIONNAIRE : MÉTHODES ET RÉSULTATS	53
ANNEXE C VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE DE LA PHASE DE VALIDATION	67

ANNEXE D	VERSION ANGLAISE DU QUESTIONNAIRE DE LA PHASE DE VALIDATION	87
ANNEXE E	VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE PRINCIPALE	107
ANNEXE F	VERSION ANGLAISE DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE PRINCIPALE	123

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Résumé des résultats de la validation ayant menés au questionnaire final.....	25
Tableau 2	Caractéristiques socio-démographiques et antécédents de cancer colorectal des 1881 participants.	27
Tableau 3	Comparaison de l'intention de se soumettre aux différentes modalités de dépistage du cancer colorectal.....	29
Tableau 4	Proportion des participants en accord avec les variables pouvant influencer l'intention de se soumettre au dépistage.....	30
Tableau 5	Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par RSOS recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin.	32
Tableau 6	Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par sigmoïdoscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin.....	35
Tableau 7	Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par coloscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin.	38
Tableau 8	Influence des barrières spécifiques à chaque modalité de dépistage du cancer colorectal sur l'intention de s'y soumettre.	41
Tableau 9	Influence des bénéfices du dépistage du cancer colorectal sur l'intention de s'y soumettre.	42
Tableau B-1	Caractéristiques socio-démographiques et antécédents de cancer colorectal des 302 participants à la phase de validation.	59
Tableau B-2	Analyses factorielles initiales et finales pour le dépistage général	60
Tableau B-3	Analyses factorielles initiales et finales pour les barrières et bénéfices de la RSOS	61
Tableau B-4	Analyses factorielles initiales et finales pour les barrières et bénéfices de la sigmoïdoscopie.....	62
Tableau B-5	Analyses factorielles initiales et finales pour les barrières et bénéfices de la coloscopie.....	63
Tableau B-6	Alphas de Cronbach et nombre de questions des échelles initiales et finales	64
Tableau B-7	Analyse multi-trait, corrélation des questions avec les échelles initiales.....	65

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle des croyances relatives à la santé.....	5
Figure 2	Participation à l'enquête.	15
Figure A-1	Cadre d'analyse de la faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal.....	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

CaCR	Cancer colorectal
IC 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSC	National Screening Committee
Pr.	Prévalence
RMR	Région métropolitaine de recensement
RPr	Rapport de prévalences
RSOS	Recherche de sang occulte dans les selles
RSS	Région socio-sanitaire du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé

GLOSSAIRE

Colinéarité : La colinéarité représente la corrélation qu'il peut y avoir entre deux ou plusieurs variables indépendantes. Elle peut affecter la stabilité des coefficients d'un modèle. Plus forte sera la corrélation entre les variables, plus les coefficients seront instables. La colinéarité doit donc être vérifiée lors d'analyses regroupant plusieurs variables similaires.

Construit : Dimension psychosociale qui ne peut être mesurée directement, mais pour laquelle on fait l'hypothèse qu'un ensemble de variables mesurées en sont le reflet.

Consistance interne : La consistance interne réfère à la corrélation entre les questions d'un même construit. Elle est mesurée par l'alpha de Cronbach qui permet de s'assurer que les variables que l'on regroupe sous un même construit sont cohérentes et mesurent bien le même construit suggéré.

Dépistage du cancer colorectal : Recherche d'un cancer colorectal chez une personne asymptomatique qui ne présente aucun facteur de risque personnel ou familial la prédisposant à ce cancer.

Dépistage endoscopique : Dépistage du cancer colorectal qui utilise la sigmoïdoscopie ou la coloscopie comme test initial.

Test endoscopique : voir Dépistage endoscopique.

Validité de convergence : La validité de convergence est un type de validité de construit qui réfère aux relations théoriques entre les questions et les construits. Ainsi, sur la base des connaissances et de la littérature, on suppose que les questions d'une échelle devraient corrélérer entre elles.

Validité discriminante : La validité discriminante est un autre aspect de la validité de construit et réfère à la divergence théorique entre des questions et des construits. De façon similaire, sur la base des connaissances et de la littérature, une question possède une bonne validité discriminante si elle corrèle de façon plus importante avec le construit auquel elle est associée qu'avec les autres construits.

1 INTRODUCTION

Cette étude a été réalisée dans le cadre général d'un mandat que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a octroyé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin d'évaluer la pertinence, la faisabilité et les modalités d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec. Pour répondre à cette demande, l'INSPQ a établi un cadre d'analyse qui, appliqué au contexte spécifique du dépistage du cancer colorectal, a permis de dresser une liste d'études requises pour la réalisation du mandat (Annexe A).

À ce jour, le test de recherche de sang dans les selles (RSOS) est la seule option de dépistage populationnel ayant permis de réduire de façon significative la mortalité spécifique avec une diminution de 15 à 18 % après 10 ans de dépistage¹⁻⁶. Ce test s'avère une option favorisée pour le dépistage à grande échelle puisqu'il est relativement simple, non invasif et peu coûteux. Toutefois, sa performance est limitée. Un examen initial de dépistage endoscopique par sigmoïdoscopie ou coloscopie pourrait offrir une alternative pertinente en permettant une visualisation directe du côlon. Des études cliniques randomisées sont d'ailleurs en cours afin d'évaluer l'efficacité du dépistage par sigmoïdoscopie⁷⁻⁹. Les résultats préliminaires sont compatibles avec l'hypothèse d'un bénéfice sur la mortalité par cancer colorectal plus important qu'avec l'utilisation de la RSOS, mais ne permettent pas de conclure pour le moment que la sigmoïdoscopie réduira la mortalité spécifique. Finalement, bien qu'à notre connaissance il n'existe aucune étude randomisée évaluant l'efficacité du dépistage par coloscopie², cette option demeure préconisée par certains groupes de cliniciens ou de représentation d'intérêts^{10, 11}.

Les résultats des différentes études cliniques randomisées ont mené à l'établissement de programmes pilotes ou encore de programmes organisés de dépistage du cancer colorectal dans plusieurs pays¹². Les programmes utilisent tous un test de RSOS bisannuel suivi d'une coloscopie en présence d'un résultat positif au test de RSOS. Jusqu'à maintenant, les taux de détection, les valeurs prédictives positives et les stades de cancer au diagnostic obtenus sont similaires aux données des études cliniques randomisées. Cependant, la participation aux premiers cycles de dépistage dans les programmes est plus faible que dans les essais randomisés. Cette observation laisse présager que la rétention de la population cible à plusieurs cycles de dépistage pourrait également être plus faible. Puisqu'une participation suffisante est un facteur important du succès d'un programme populationnel de dépistage^{2, 13}, il est nécessaire de s'interroger sur l'acceptabilité des modalités du programme et d'identifier les facteurs influençant les attitudes et les intentions de la population envers ce dépistage.

Toutes les options de dépistage du cancer colorectal comportent des avantages et des inconvénients susceptibles d'influencer la décision des personnes de s'y soumettre. Plusieurs autres facteurs tels l'âge, le sexe, les bénéfices et les barrières perçues des différents examens influencent également la décision de passer un test de dépistage. Des études réalisées dans différents pays ont évalué les attitudes et intentions de la population générale en regard du dépistage du cancer colorectal¹⁴⁻²⁴. Cependant, en raison des

différences culturelles et des différents systèmes de santé, l'applicabilité de ces résultats au Québec demeure incertaine.

À notre connaissance, au Canada, une seule étude a été réalisée afin de déterminer les attitudes de la population générale et l'acceptabilité du dépistage colorectal par RSOS et coloscopie²⁵. Cette étude qualitative, réalisée en Ontario, a utilisé les groupes de discussion auprès de la population cible et auprès de médecins. Les résultats indiquent que le niveau de connaissances du cancer colorectal de la population est faible, mais que la RSOS, suivie d'une coloscopie au besoin, serait une option de dépistage acceptable. Cependant, la méthodologie utilisée dans cette étude ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. Tel qu'exprimé par les auteurs de l'étude, il est dorénavant nécessaire d'évaluer les attitudes et les intentions envers les différentes options cliniques du dépistage du cancer colorectal à l'aide d'enquêtes populationnelles.

2 OBJECTIF

La présente étude vise spécifiquement à évaluer les attitudes et les intentions de la population cible québécoise envers le dépistage du cancer colorectal. La population cible est représentée par les personnes âgées de 50 à 74 ans qui, à l'exception de leur âge, ne présentent aucun autre facteur de risque les prédisposant au cancer colorectal. Les objectifs spécifiques de cette étude sont de :

- 1) Déterminer et comparer l'intention de se soumettre au dépistage du cancer colorectal selon les différentes modalités considérées (test de RSOS, sigmoïdoscopie ou coloscopie);
- 2) Comparer l'influence d'une recommandation de la santé publique ou du médecin dans l'intention de se soumettre au dépistage;
- 3) Identifier les déterminants de l'intention de se soumettre à chacune des modalités de dépistage.

Afin de répondre aux objectifs de cette enquête, trois phases ont été nécessaires. Parmi les questionnaires disponibles, aucun n'évaluait de façon exhaustive tous les aspects des attitudes et des intentions envers le dépistage du cancer colorectal. Une première phase de l'étude a consisté à développer le questionnaire. Au cours de la seconde phase, les versions anglaise et française du questionnaire ont été validées. Finalement, au cours de la troisième phase, le questionnaire validé a été administré à un échantillon représentatif de la population cible québécoise.

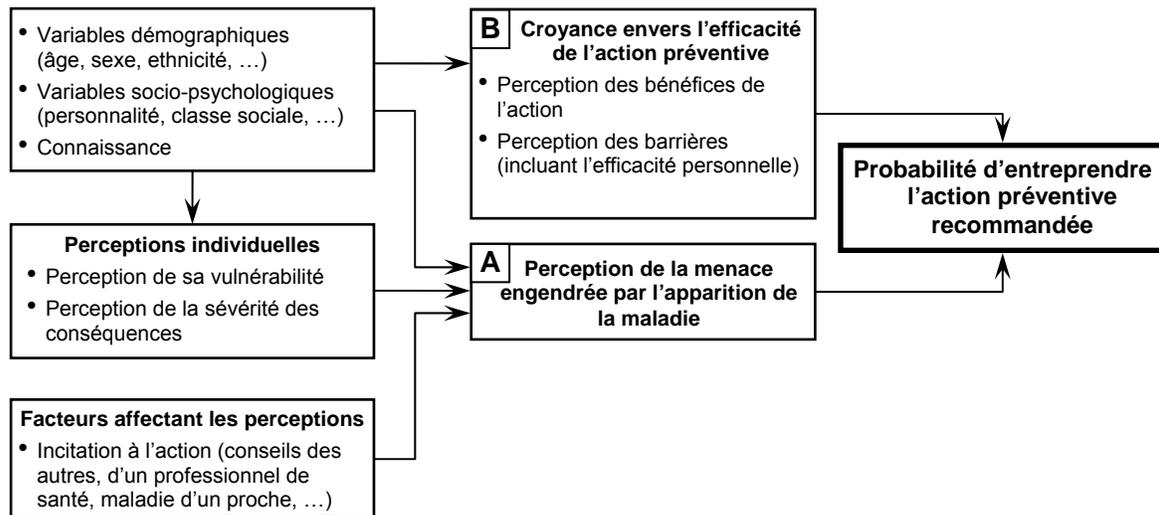
3 MODÈLE THÉORIQUE

Le Modèle des croyances relatives à la santé a guidé l'élaboration du questionnaire et les analyses statistiques (Figure 1). Ce modèle de l'adoption d'un comportement de santé s'appuie sur l'hypothèse qu'un individu, pour entreprendre ou modifier un comportement de santé, doit tout d'abord : A) percevoir une menace engendrée par la maladie et B) croire en l'efficacité du comportement de santé à entreprendre pour diminuer cette menace.

La perception d'une menace (Figure 1, encadré A) est déterminée par les perceptions i) de sa vulnérabilité envers la maladie et ii) de la sévérité des conséquences de cette maladie sur sa vie. La croyance envers l'efficacité du comportement de santé à entreprendre pour diminuer la menace (Figure 1, encadré B) intègre, pour sa part, la perception des bénéfices et des coûts et barrières associés à ce comportement. Le concept d'efficacité personnelle, originalement décrit par Bandura²⁶, est maintenant intégré parmi les barrières du Modèle des croyances relatives à la santé²⁷. Ce concept traduit la conviction d'une personne de pouvoir entreprendre avec succès un comportement de santé. Le manque d'efficacité personnelle est donc considéré comme une barrière à la réalisation d'un comportement de santé.

Finalement, les caractéristiques sociodémographiques des individus et certains événements spécifiques sont aussi susceptibles d'influencer la décision d'entreprendre le comportement de santé, via la perception de la menace engendrée par la maladie (Figure 1, encadré A) et la croyance en l'efficacité de l'action (Figure 1, encadré B)^{28, 29}.

Figure 1 Modèle des croyances relatives à la santé.



La structure du modèle est donc articulée autour de trois catégories de variables :

- Les principaux construits du modèle : la perception de la vulnérabilité, des conséquences du cancer, des bénéfices et des barrières au dépistage;
- Les autres variables du modèle : les incitations à l'action et les connaissances;
- Les variables sociodémographiques : langue, sexe, âge, scolarité, revenu, région, pays d'origine.

Le choix du Modèle des croyances relatives à la santé s'appuie sur plusieurs éléments. Premièrement, des auteurs ont récemment suggéré que ce modèle s'avérait particulièrement pertinent dans le contexte du dépistage de maladies asymptomatiques comme le cancer²⁹. Une des composantes principales du modèle – la perception de la vulnérabilité d'une personne de développer une maladie – pourrait être un facteur critique expliquant la participation au dépistage. Ce modèle a d'ailleurs été spécifiquement élaboré afin de comprendre la décision de participer au dépistage de différentes maladies asymptomatiques et a ensuite été utilisé afin de prédire l'adoption de différentes recommandations médicales. De plus, ce modèle intègre plusieurs aspects privilégiés par d'autres modèles d'adoption de comportements de la santé, tels la croyance en l'efficacité personnelle, le risque perçu et la perception de barrières, qui ont tous été associés à la participation au dépistage²⁹.

Deuxièmement, au cours de la dernière décennie, la validité du modèle a été largement démontrée dans le cadre du dépistage du cancer du sein par mammographie³⁰⁻³⁴. La perception de la vulnérabilité face au cancer du sein ainsi que les barrières et bénéfices de la mammographie se sont révélés des facteurs associés à l'adoption du dépistage par mammographie. Contrairement à d'autres modèles qui ont surtout été utilisés pour comprendre le tabagisme ou l'activité physique, les similarités présentées entre le dépistage du cancer du sein par mammographie et le dépistage du cancer colorectal renforcent le choix du Modèle des croyances relatives à la santé.

Troisièmement, ce modèle a récemment servi de cadre conceptuel pour analyser la participation au dépistage du cancer colorectal par RSOS en Angleterre^{14, 35} et aux États-Unis³⁶⁻³⁸ de même que pour évaluer l'intérêt envers le dépistage du cancer colorectal par sigmoïdoscopie en Angleterre²³. Les résultats de ces études supportent une fois de plus ce modèle et indiquent que la perception des conséquences de la maladie ainsi que les barrières et bénéfices associés au dépistage sont des facteurs liés à la participation.

4 DÉVELOPPEMENT ET VALIDATION DU QUESTIONNAIRE

4.1 DÉVELOPPEMENT DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire téléphonique a été développé à partir de questionnaires élaborés au Royaume-Uni et aux États-Unis sur la base du Modèle des croyances relatives à la santé^{23, 35, 36, 38, 39}. Les résultats d'une étude qualitative sur les barrières et les perceptions du dépistage colorectal réalisée en Ontario²⁵ ont permis de s'assurer que les barrières et bénéfices identifiés dans les contextes anglais et américains concordent avec ceux identifiés au Canada.

Les questionnaires (Annexe C en français, et Annexe D en anglais) ont été structurés de façon à documenter les attitudes des participants envers le dépistage du cancer colorectal, suivis de leurs connaissances, de leur perception de la vulnérabilité et des conséquences de ce cancer, puis de leur perception des bénéfices et barrières générales au dépistage. Par la suite, chacune des options de dépistage étaient expliquées aux participants. Une attention particulière était portée à la description des examens afin que les participants puissent en comprendre les avantages et les inconvénients. Ces descriptions sont disponibles aux Annexes C et D. Les questions portaient ensuite sur l'intention des participants de se soumettre à chaque examen ainsi que sur leur perception des bénéfices et des barrières propres à chaque examen. Le questionnaire se terminait par des questions sur les caractéristiques socio-démographiques. Une série de questions permettait également d'identifier les personnes qui se savaient à haut risque de cancer colorectal et qui avaient déjà subi un examen de dépistage pour cette raison. Ces personnes n'étaient pas questionnées au sujet de leur intention de se soumettre aux différents examens de dépistage. S'y étant déjà soumises, les questions leurs auraient semblées non pertinentes.

Les questionnaires ont été révisés par plusieurs collaborateurs, dont un rédacteur spécialisé en vulgarisation scientifique. Ils ont ensuite fait l'objet de pré-tests par entrevue cognitive⁴⁰ auprès d'une quinzaine de personnes afin de s'assurer que les questions étaient bien comprises de la part du public.

4.2 VALIDATION DU QUESTIONNAIRE

La validation du questionnaire a premièrement permis de s'assurer que les questions développées dans d'autres pays étaient appropriées au contexte québécois. Deuxièmement, la pertinence du modèle théorique a été vérifiée et, troisièmement, le nombre total de questions a été réduit en identifiant les moins pertinentes selon le modèle théorique. Le travail de validation des questionnaires est résumé dans ce chapitre, mais fait l'objet d'une description détaillée à l'Annexe B.

La validation a été réalisée auprès d'un échantillon de 302 personnes, âgées entre 45 et 74 ans, sans antécédent de cancer colorectal, résidants du Québec (à l'exception du Nunavik) et ne présentant aucun problème rendant impossible la réalisation d'une entrevue téléphonique (surdité, ne parle ni anglais ni français). Puisque les versions française et anglaise des questionnaires devaient être valid es, 202 entrevues ont été complétées en

français et 100 en anglais. Toutes les analyses de validation ont été réalisées de façon séparée pour les deux versions du questionnaire. Toutefois, les résultats étant très similaires, seules les analyses combinant les deux langues sont présentées.

La validation des résultats des questionnaires est un processus itératif qui fait appel à plusieurs types d'analyses. Les analyses initiales sont basées sur le regroupement des questions selon les différentes dimensions (appelées construits) du modèle théorique. Les construits réfèrent aux différents concepts présentés dans le modèle théorique, comme par exemple, la perception de la vulnérabilité, les barrières ou les bénéfiques. Les résultats des premières analyses sont ensuite utilisés pour modifier les regroupements initiaux de questions. Finalement, les nouveaux regroupements sont analysés de nouveau jusqu'à l'obtention de regroupements optimaux⁴¹.

Trois types d'analyses ont été utilisés pour la validation : l'analyse factorielle, le calcul des alphas de Cronbach et l'analyse multi-trait. Le Tableau 1 présente les résultats initiaux des analyses de validation qui ont guidé la réorganisation du questionnaire.

Les analyses factorielles ont tout d'abord permis de vérifier comment les questions pouvaient être regroupées en différents construits⁴²⁻⁴⁴. Le Tableau 1 présente, pour l'analyse factorielle, le poids de chacune des questions pour le construit du modèle théorique auquel elles réfèrent. Des poids supérieurs à 40 sont généralement recherchés⁴²⁻⁴⁴. On constate que les deux questions mesurant la perception de la vulnérabilité n'atteignent pas ce seuil et ne permettent pas de mesurer le construit prévu. Par ailleurs, les bénéfiques spécifiques aux examens (« serait rassuré si le test spécifique était négatif » et « confiance en le test spécifique pour trouver un cancer ») ainsi que les barrières générales des examens (« pas besoin de passer un test car pas de problèmes » et « peur de trouver quelque chose d'anormal ») présentent de faibles poids.

Les alphas de Cronbach, qui évaluent la corrélation entre les réponses aux questions d'un même construit, mesurent la consistance interne des construits⁴³. Un alpha de 1 indique une corrélation parfaite entre les questions d'un construit et des alphas supérieurs à 0,7 sont recherchés. Le Tableau 1 présente l'alpha global du construit lorsque toutes les questions sont incluses ainsi que l'alpha du construit lorsque la question en est retirée. Une question qui fait varier très peu l'alpha global d'un construit lorsqu'elle en est retirée contribue peu à la mesure de ce construit et peut donc être supprimée. Ces analyses indiquent que l'alpha de la perception de la vulnérabilité n'atteint pas le seuil recherché. Par ailleurs, l'alpha global des bénéfiques augmente lorsque les questions sur les bénéfiques spécifiques de chaque examen sont retirées. Ces questions semblent donc nuire à la mesure du construit des bénéfiques.

Enfin, l'analyse multi-trait apporte de l'information sur la validité de convergence et la validité discriminante⁴¹. La validité de convergence réfère à la corrélation d'une question avec son construit, lorsque cette question est absente du construit. Des corrélations question-construit $> 0,30$ ⁴³ ou $> 0,40$ ⁴¹ sont recherchées. Les résultats du Tableau 1 indiquent que la majorité des corrélations question-construit sont supérieures à 0,30, sauf pour les questions portant sur la perception de la vulnérabilité. Quant à la validité discriminante, on considère qu'une question discrimine avec succès si sa corrélation avec le construit qu'elle doit mesurer est

supérieure à sa corrélation avec les autres construits⁴¹. Toutes les questions présentent une bonne validité discriminante. Ces données sont présentées de façon plus détaillées au Tableau B-7 de l'Annexe B.

Les résultats de ces trois analyses sont généralement concordants et indiquent les mêmes modifications à apporter au questionnaire. Idéalement, toutes les questions auraient dû être conservées et même certaines ajoutées afin de maintenir et d'améliorer les alphas de Cronbach. Cependant, pour réduire la durée et les coûts des entrevues (durée initiale de 20 minutes et durée finale de 14 minutes), le nombre de questions a été diminué de moitié. Une question a toutefois été ajoutée à la mesure du construit de la perception de la vulnérabilité, qui n'en comportait initialement que deux.

Les analyses de validation ont également révélé que les personnes percevaient un bénéfice général du dépistage, mais ne distinguaient pas de bénéfices spécifiques pour chaque option de dépistage. Les questions portant sur les bénéfices spécifiques des examens ont donc été supprimées. À l'inverse, les participants distinguaient mieux les barrières spécifiques à chaque examen, mais les barrières générales au dépistage semblaient moins pertinentes.

En plus des questions discutées précédemment, d'autres questions, qui ne pouvaient faire l'objet des analyses précédentes (par exemple : les caractéristiques socio-démographiques, les connaissances du cancer colorectal ou l'état de santé), ont été éliminées. Les raisons justifiant la sélection de ces questions étaient de plusieurs ordres : distributions très asymétriques, questions moins directement reliées au modèle théorique, questions trop longues ou difficiles à répondre (voir la description détaillée de la validation à l'Annexe B).

Au terme de ce processus de validation, le questionnaire a été réduit et cible les questions les plus appropriées et les plus pertinentes au contexte québécois (Annexe E en français et Annexe F en anglais). Puisqu'aucune réorganisation majeure du questionnaire n'a été nécessaire, outre la réduction de sa taille, et que toutes les procédures de sélection des participants étaient identiques pour la validation et l'enquête principale, les données recueillies à l'étape de validation ont été conservées pour les analyses de l'enquête principale.

5 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

5.1 COLLECTE DE DONNÉES

Toutes les données de cette étude ont été recueillies par questionnaires téléphoniques. La compagnie SOM, spécialisée en recherche et sondage, a réalisé l'échantillonnage, le recrutement et la collecte de données. Des intervieweurs ont été spécifiquement formés par une chercheuse de l'INSPQ et celle-ci a réalisé le contrôle de qualité par des écoutes d'entrevues en différé.

Les données utilisées pour la validation du questionnaire ont été recueillies entre le 19 juin et le 4 juillet 2007. La collecte des données de l'enquête principale s'est déroulée du 20 septembre au 18 octobre 2007.

5.2 SUJETS

5.2.1 Critères d'inclusion

Les participants ne devaient avoir aucun antécédent de cancer colorectal, être résidents du Québec (à l'exception du Nunavik), ne présenter aucun problème rendant la réalisation d'entrevues téléphoniques impossibles (surdité ou ne parlant ni anglais ni français) et être âgés entre 45 et 74 ans. Bien que le dépistage soit généralement recommandé aux personnes de plus de 50 ans, les personnes âgées de 45 à 50 ans ont été incluses dans cette enquête afin d'évaluer l'opinion de personnes qui seraient très bientôt admissibles à un éventuel programme de dépistage.

5.2.2 Échantillonnage

Un échantillon de la population cible a été généré à partir d'un système d'échantillonnage aléatoire des numéros de téléphone stratifiés géographiquement. Ce système vérifie la validité des numéros générés en consultant les annuaires téléphoniques publics. Un plan d'échantillonnage à deux niveaux (ménage et individus âgés de 45 à 74 ans dans le ménage) a été utilisé. Le ménage était considéré inadmissible s'il ne comptait aucune personne âgée de 45 à 74 ans. Lorsque le ménage comptait plus d'une personne éligible, un nombre de 1 à k était choisi aléatoirement, où k représente le nombre de personnes admissibles dans le ménage. On demandait alors de parler à la personne correspondant au rang k sur la base de l'âge (par exemple, nous aimerions parler à la deuxième personne la plus âgée). Si la personne ainsi sélectionnée avait des antécédents de cancer colorectal, une autre personne du même ménage était choisie aléatoirement.

Lors de la phase de validation, le nombre d'entrevues devant être complétées en anglais a été prédéterminé. Comme les anglophones habitent majoritairement dans la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, une surreprésentation des Montréalais a été nécessaire afin d'atteindre le nombre désiré. L'échantillonnage de la phase principale de l'enquête a donc été structuré de façon à rétablir la distribution des participants selon les trois régions du Québec (RMR de Québec, RMR de Montréal et le reste du Québec). Au terme de l'enquête, 45 % des entrevues ont été complétées dans la RMR de Montréal, 10 %

dans celle de Québec et 45 % dans le reste du Québec, ce qui correspond approximativement à la distribution de la population de ces trois régions⁴⁵.

5.2.3 Recrutement

Les participants ont tous été recrutés par téléphone. Diverses procédures ont été mises en œuvre pour maximiser la participation. Jusqu'à 25 appels étaient effectués dans un même domicile à différents moments de la journée et à différentes journées de la semaine. Lorsque le numéro rejoint était occupé, le système rappelait automatiquement dans les 15 minutes suivantes pour maximiser les chances de joindre le ménage. Également, les personnes ayant exprimé un refus non-catégorique étaient rappelées une seconde fois par des intervieweurs ayant une aptitude particulière pour la récupération des refus. Finalement, une fois la personne rejointe, l'étude était expliquée et l'éligibilité de la personne vérifiée.

5.3 ANALYSES STATISTIQUES

5.3.1 Taille d'échantillon

Le calcul de la taille d'échantillon a été basé sur la comparaison de l'intention de se soumettre aux trois différentes options de dépistage. Ce calcul considère que les réponses à chacune des questions étaient dépendantes, que des comparaisons multiples seraient réalisées et que le test de McNemar pour données paires serait utilisé⁴⁶. Avec une puissance de 90 % et un niveau de significativité globale de 5 %, 1 900 entrevues complétées permettent de détecter une différence de 7,5 % entre l'intention de se soumettre à une RSOS ou à un examen endoscopique. Le calcul était également basé sur l'hypothèse que, parmi les personnes présentant des intentions discordantes envers les modalités de dépistage, 70 % d'entre eux favoriseraient la RSOS.

5.3.2 Pondération

Dans le cas d'une enquête populationnelle, les participants doivent être sélectionnés aléatoirement tout en étant représentatifs de la population cible. Cependant, la sélection aléatoire ne peut fournir un échantillon exactement représentatif de la population visée. La méthode de pondération des résultats permet alors de rétablir la représentativité des résultats en attribuant un poids plus important aux réponses des participants dont les caractéristiques sont sous-représentées par rapport à la population cible. Pour cette enquête, les poids ont été calculés par la firme SOM de façon à représenter la répartition de la population cible selon le nombre de personnes éligibles dans le ménage, l'âge, le sexe et la langue. La correction de Kish⁴⁷ a également été utilisée afin de tenir compte du plan d'échantillonnage lors de la pondération.

5.3.3 Création des scores

Tel que déterminé par l'analyse de validation, les questions ont été regroupées selon les construits. Le score de chaque construit varie de 0 à 4 et représente la moyenne des réponses aux questions mesurant un construit. En présence de données manquantes, si plus de 25 % des questions d'un même construit étaient sans réponse, ce score n'était pas

calculé et était considéré manquant pour ce participant. Par contre, lorsque moins de 25 % des réponses pour un même construit étaient manquantes, la moyenne du score était imputée aux questions sans réponse.

Les alphas de Cronbach (voir section 4.2) ont été recalculés selon les regroupements de construits du questionnaire validé en incluant les participants aux deux phases de l'étude. Tous les alphas sont très près ou supérieur à 0,70, sauf pour les barrières de la RSOS (0,58) et la perception de la vulnérabilité (0,45). Dans ce dernier cas, l'alpha n'atteint toujours pas le seuil recherché malgré l'ajout d'une question dans l'enquête principale. La sensibilité du paramètre alpha au petit nombre d'items de ces construits pourrait toutefois être responsable de ces faibles valeurs.

Suite à la vérification de la linéarité des scores⁴⁸, chaque construit a été dichotomisé pour les analyses subséquentes et la présentation des résultats (Tableau 4).

5.3.4 Analyses descriptives

Des analyses descriptives ont été réalisées pour toutes les variables. Pour les questions évaluant les caractéristiques de la population, ces analyses ont d'abord été réalisées avec les données brutes, puis avec les données pondérées. Ceci permet d'apprécier l'influence de la pondération dans le rétablissement de la représentativité.

5.3.5 Intention de se soumettre au dépistage

Les proportions de répondants ayant l'intention de se soumettre à chacune des modalités de dépistage (RSOS, sigmoïdoscopie et coloscopie) ont été comparées en utilisant le test de McNemar⁴⁶ pour proportions dépendantes et ce, en considérant les réponses selon la provenance de la recommandation (de la santé publique ou du médecin). Les proportions présentées tiennent également compte de la pondération.

5.3.6 Facteurs associés à l'intention de se soumettre au dépistage

Tous les construits et variables du Modèle des croyances relatives à la santé ont été considérés comme variables potentielles reliées à l'intention de se soumettre au dépistage. Des analyses univariées de régression binomiale ont tout d'abord été réalisées afin de vérifier l'association entre chaque variable et l'intention de se soumettre à chaque modalité de dépistage. Pour ce faire, la procédure GENMOD de SAS avec une fonction de lien log (*link = log*) et une variable réponse suivant une distribution binomiale^{49, 50} a été utilisée. Cette analyse est similaire à la régression logistique, mais elle permet d'estimer directement un rapport de prévalences plutôt que d'estimer un rapport de cotes. Ce rapport de cotes ne serait une bonne approximation du rapport de prévalences que si la prévalence de l'évènement étudié est faible, ce qui n'est pas le cas avec les évènements considérés dans la présente étude.

Six modèles multivariés différents ont été réalisés afin d'identifier les variables associées à l'intention de se soumettre à chacune des trois modalités de dépistage (RSOS, sigmoïdoscopie et coloscopie) et selon les deux provenances de la recommandation (santé

publique ou médecin). Pour chaque modèle, l'absence de colinéarité entre les différentes variables a été vérifiée en utilisant l'index de condition⁵¹.

Afin de déterminer les modèles multivariés finaux, plusieurs approches ont été utilisées. L'approche hiérarchique a été suggérée puisqu'elle permet d'entrer des variables en bloc sur la base du modèle théorique²⁹. Ainsi, selon cette approche, les variables des construits principaux du modèle théorique (perception de la vulnérabilité, perception des conséquences, barrières et bénéfiques) sont entrées simultanément. Par la suite, les autres variables du modèle (les connaissances du cancer et les incitations à l'action) sont ajoutées. En dernier lieu, les variables socio-démographiques sont ajoutées. Cette approche permet d'apprécier la contribution relative des différents regroupements à l'intention, tout en respectant le modèle théorique.

Une approche plus exploratoire a également été réalisée avec les procédures de sélection automatique des variables descendante (backward) et pas-à-pas (stepwise). Avec la méthode descendante, toutes les variables sont entrées simultanément dans le modèle. La procédure élimine ensuite du modèle complet les variables les moins significatives pour ne conserver que celles qui sont significatives au seuil de 0,05. Avec la méthode pas-à-pas, les variables sont introduites les unes après les autres dans le modèle, par ordre croissant de la valeur-p univariée, jusqu'à un maximum de 0,20. Après l'entrée de chaque variable, les variables déjà incluses dans le modèle sont réexaminées et peuvent en être retirées si leur valeur-p excède le seuil de sortie de 0,05. Conceptuellement, cette approche exploratoire donne une opportunité égale à chaque variable d'être sélectionnée, quel que soit le construit représenté⁵².

Afin de permettre l'utilisation des procédures de sélection automatique des variables lors des régressions, seules les données des répondants sans données manquants ont été utilisées (92 % des participants). Une fois la sélection des variables effectuée et afin de tirer profit du maximum de réponses, les valeurs des paramètres des modèles finaux ont été ré-estimés avec le nombre maximal de participants sans données manquantes pour ce jeu plus restreint de variables (entre 94 % et 99 % des participants selon le modèle). La valeur-p associée à chacune des variables a donc aussi été ré-estimée et peut alors ne plus respecter le critère de significativité statistique (valeur-p < 0.05).

Finalement, quelques hypothèses d'interactions rapportées dans la littérature²⁹ ont été vérifiées. Tout d'abord, ces hypothèses suggèrent que la perception de la vulnérabilité est plus fortement associée à l'intention lorsque la perception des conséquences est élevée. Également, il a été suggéré que les barrières et bénéfiques présenteraient de plus fortes associations avec l'intention lorsque les perceptions de la vulnérabilité et des conséquences du cancer seraient plus élevées. Ces hypothèses ont donc été vérifiées en examinant l'interaction statistique entre ces différentes variables.

5.4 ÉTHIQUES

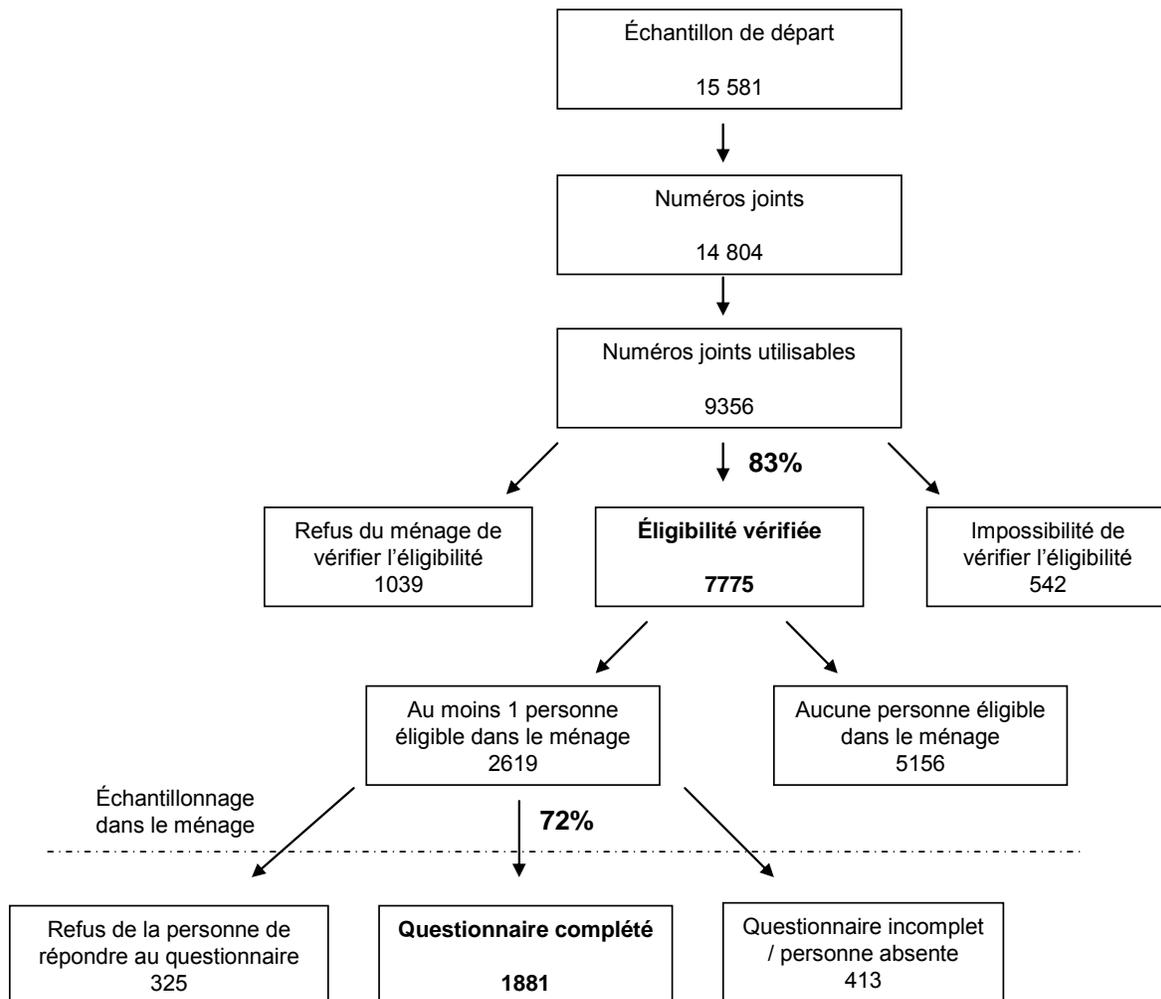
Toutes les procédures de sélection, de recrutement et de collecte des données de l'ensemble de cette enquête ont été approuvées par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (numéro d'approbation 2006-100).

6 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

6.1 PARTICIPATION ET CARACTÉRISTIQUES DES SUJETS

La Figure 2 indique que 83 % des ménages rejoints ont accepté que l'on vérifie leur éligibilité pour l'étude, et parmi les personnes éligibles, 72 % ont complété l'entrevue. Le produit de ces deux pourcentages permet d'obtenir le pourcentage de réponse global qui est de 60 %.

Figure 2 Participation à l'enquête.



Le Tableau 2 présente les données brutes et pondérées des caractéristiques socio-démographiques et des antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal des participants. La très grande majorité des participants sont francophones d'origine canadienne. Près de la moitié sont âgés entre 45 et 54 ans et la légère surreprésentation des femmes a été corrigée par la pondération. Finalement, une faible proportion des participants a déclaré avoir une maladie intestinale ou des antécédents de cancer (10,5 %). Soixante-dix répondants sont considérés à haut risque de développer un cancer colorectal, principalement en raison d'antécédents familiaux de ce cancer. Toutes les autres personnes sont donc considérées à risque moyen de développer un cancer colorectal. Les analyses subséquentes ont été réalisées à partir des données pondérées.

6.2 INTENTION DE SE SOUMETTRE AU DÉPISTAGE

L'intention de se soumettre à un test de dépistage est élevée quel que soit le test (Tableau 3). Toutefois, une proportion plus importante de personnes auraient l'intention de se soumettre à une RSOS comme examen initial de dépistage (respectivement 72,5 % et 88,3 % si le test est recommandé par la santé publique ou par leur médecin) plutôt qu'à un dépistage endoscopique (respectivement 70,2 % et 83,8 %, si recommandé par la santé publique ou par leur médecin). La différence d'intention entre la RSOS et les examens endoscopiques n'est cependant significative que dans le cas d'une recommandation par le médecin. Lorsque l'on interroge les répondants sur leur choix d'examen initial de dépistage, 60 % choisiraient la RSOS, 22 % la coloscopie, 13 % la sigmoïdoscopie et 5 % n'auraient pas de préférence.

La recommandation du médecin constitue un facteur important influençant l'intention de se soumettre au dépistage. En effet, la proportion de participants avec une intention positive de subir l'un ou l'autre des tests est toujours significativement plus élevée avec une recommandation du médecin qu'avec une recommandation de la santé publique (Tableau 3). La recommandation du médecin permet même de renverser une intention négative de se soumettre au dépistage en une intention positive chez environ 18 % des répondants, quel que soit le test.

Le test de RSOS recommandé par le médecin de famille représente donc l'option à laquelle adhèrent le plus de répondants (88 %) alors que la coloscopie recommandée dans le cadre d'un programme de santé publique obtient le plus faible pourcentage d'intention avec 59 %. Il faut toutefois noter que 90 % des répondants accepteraient de se soumettre à une coloscopie à la suite d'une RSOS positive.

6.3 FACTEURS ASSOCIÉS À L'INTENTION DE SE SOUMETTRE AU DÉPISTAGE

Sur la base du Modèle des croyances relatives à la santé, les différents facteurs étudiés peuvent être regroupés en trois catégories : les principaux construits du modèle, les autres variables du modèle et les caractéristiques socio-démographiques. Puisque les différentes approches d'analyses multivariées (hiérarchique, exploratoire descendante et exploratoire pas-à-pas) ont mené à des sélections de variables très similaires, seuls les résultats des analyses exploratoires pas-à-pas sont présentés.

6.3.1 Construits principaux du Modèle des croyances relatives à la santé

Les principaux construits du Modèle des croyances relatives à la santé s'avèrent significativement associés à l'intention de se soumettre au dépistage, que ce soit par RSOS (Tableau 5), par sigmoïdoscopie (Tableau 6) ou par coloscopie (Tableau 7). Néanmoins, l'intention est plus fortement associée à la perception des barrières. Chez les personnes qui perçoivent plus de barrières (scores de 2,6 à 4), l'intention de se soumettre à un examen recommandé par la santé publique diminue significativement de 21 % et de 32 % respectivement pour la RSOS et la coloscopie, comparativement aux personnes dont le score est $\leq 2,5$. Lorsque la recommandation provient du médecin, la perception des barrières fait également diminuer l'intention, respectivement de 13 et de 30 %, pour la RSOS et la coloscopie. À l'opposé, une forte perception des bénéfices du dépistage et un sentiment de vulnérabilité face au cancer fait augmenter significativement l'intention de 5 à 15 % selon le test et la provenance de la recommandation. La perception des conséquences du cancer n'influence pas significativement l'intention de se prévaloir de l'un ou l'autre des tests.

Des analyses plus détaillées ont permis d'identifier l'influence spécifique de chaque barrière et bénéfice (Tableau 8 et Tableau 9). Pour le test de RSOS, l'intention est plus fortement limitée par la perception de l'incapacité à faire le test. Pour la coloscopie ou la sigmoïdoscopie, la crainte des complications s'avère la barrière limitant le plus l'intention. Quant aux bénéfices généraux du dépistage, la perception que le dépistage pourrait sauver la vie prédit le plus fortement l'intention. L'embarras de subir le test n'est pas significativement associé à une réduction de l'intention de s'y soumettre sauf pour le test de RSOS lorsqu'il est recommandé par les autorités de santé publique.

Pour offrir une opportunité d'action de santé publique, les facteurs doivent non seulement prédire significativement l'intention, mais leur prévalence doit être suffisante. Les Tableau 4 à Tableau 9, présentent la prévalence des différentes variables dans la population étudiée. Ainsi, bien que la perception des bénéfices augmente significativement l'intention, près de 90 % des répondants sont déjà en accord avec les différents bénéfices pouvant être retirés du dépistage en général. Ceci limite le potentiel d'efficacité d'une éventuelle intervention de promotion des bénéfices du dépistage. Par contre, les barrières freinent fortement l'intention de se soumettre au dépistage et certaines sont rapportées par près de 40 % de la population. Les complications des examens endoscopiques inquiètent environ 30 % des personnes tout en réduisant l'intention de se soumettre au dépistage de 20 à 34 %, selon l'examen considéré. La perception de la vulnérabilité présente également un potentiel d'intervention. D'une part, les personnes qui se sentent plus vulnérables face au cancer colorectal sont plus nombreuses à avoir l'intention de se soumettre au dépistage et d'autre part, 64 % ne se perçoivent pas à risque d'avoir ce cancer un jour.

Bien que la littérature suggère la présence d'interactions entre les différents construits du Modèle des croyances relatives à la santé, aucune des hypothèses d'interactions qui ont été vérifiées ne s'est avérée statistiquement significative.

6.3.2 Connaissances, antécédents et incitations à l'action

Seuls la présence d'antécédents de maladie intestinale et le niveau de connaissances du cancer colorectal sont significativement associés à l'intention de se soumettre à une RSOS (Tableau 5). Quant au dépistage par sigmoïdoscopie ou coloscopie, seule l'association avec le fait d'avoir déjà subi l'un ou l'autre des examens de dépistage a été identifiée (Tableau 6 et Tableau 7).

La comparaison des modèles obtenus sur la base de l'origine de la recommandation de passer le test de dépistage illustre encore une fois l'importance de la recommandation du médecin. En effet, l'amplitude de la plupart des effets significatifs est amoindrie lorsque la recommandation provient du médecin plutôt que de la santé publique. Les perceptions individuelles pourraient donc avoir une influence moindre sur l'intention lorsque la recommandation provient du médecin.

Les connaissances sur le cancer colorectal évaluées dans cette enquête ne conditionnent généralement pas l'intention de subir un dépistage. Il faut toutefois noter que la moyenne de 3,1 bonnes réponses par participant a été obtenue sur un total de seulement quatre questions très simples, de type vrai ou faux. Il demeure fort possible qu'une certaine proportion des réponses adéquates soit due au hasard. En effet, ces questions n'ont pas permis d'observer une très grande variabilité dans les réponses. Ainsi, à partir de ces données, il n'est pas possible de conclure définitivement sur la contribution d'une meilleure connaissance du cancer colorectal dans l'intention de se soumettre au dépistage.

6.3.3 Caractéristiques socio-démographiques

Bien que les caractéristiques socio-démographiques aient fait l'objet de plusieurs études antérieures visant à comprendre l'intention ou la participation au dépistage, leur lien à l'intention demeure très faible en comparaison des autres construits du modèle. Les femmes manifestent une intention de se soumettre à un dépistage par examen endoscopique inférieure de 6 à 8 % à celle des hommes. Par contre, la population anglophone se dit plus prête à se soumettre à ce type d'examen que les francophones (de 10 à 11 %) lorsque la recommandation provient du médecin. Enfin, une scolarité plus élevée favorise l'intention de se soumettre au dépistage par RSOS, à condition encore une fois, que ce dernier soit recommandé par le médecin.

7 DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'un mandat du MSSS visant à évaluer la pertinence et la faisabilité d'implanter un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec. Cette étude a été réalisée afin d'évaluer les attitudes et les intentions de la population québécoise cible envers ce dépistage. En effet, la participation constitue un facteur clé de l'efficacité d'un programme de dépistage du cancer colorectal pour réduire la mortalité spécifique^{2, 13} et les premiers résultats des programmes et des projets pilotes de dépistage populationnel laissent présager que cette participation pourrait être problématique¹².

La présente enquête permet d'estimer que la proportion de Québécois ayant l'intention de se soumettre au dépistage du cancer colorectal varie de 59 % à 88 %, selon l'examen initial proposé et selon l'origine de la recommandation (de la santé publique ou du médecin). Le dépistage par RSOS recommandé par le médecin représente l'option qui recueille le plus d'intentions (88 %) alors que la coloscopie, comme examen initial de dépistage, recommandée dans le cadre d'un programme de santé publique, apparaît comme l'option la moins favorisée (59 %).

Les résultats indiquent également que la recommandation du médecin constitue un facteur majeur de l'intention de se soumettre au dépistage. Dix-huit pour cent (18 %) des répondants changent d'attitude et n'ont plus l'intention de participer lorsque la recommandation provient de la santé publique. Les conséquences de ce résultat sont d'autant plus importantes au Québec que la pénurie de médecins de famille est un problème majeur du système de santé. Le défi d'un éventuel programme de dépistage sera donc de concilier le rôle positif joué par le médecin de famille sans augmenter sa charge de travail. L'interprétation de ces résultats doit toutefois considérer qu'un effet de séquence a pu exacerber les différences observées entre les recommandations par la santé publique et par le médecin de famille. Lors de l'administration du questionnaire, l'intention des répondants de participer à un programme de dépistage a toujours été évaluée dans le cadre d'une recommandation de santé publique d'abord, suivi de l'hypothèse d'une recommandation du médecin de famille.

L'intention de se soumettre au dépistage révélée par cette enquête peut sembler élevée, mais elle concorde avec des données obtenues dans d'autres pays. Des enquêtes similaires réalisées en Australie et au Royaume-Uni sont particulièrement intéressantes pour le contexte québécois actuel puisqu'elles ont été réalisées alors qu'aucun programme de dépistage n'était en cours et que depuis, des programmes ou essais cliniques ont débuté dans ces pays. Ceci permet donc de comparer l'intention avec la participation réelle au dépistage. Une enquête réalisée en Australie en 2000 indiquait que 78 % des personnes avaient l'intention de subir un test de dépistage par RSOS recommandé par leur médecin ou les autorités de santé²⁰. Cinq ans plus tard, entre 40 à 58 % des personnes seulement, ont participé au premier cycle du programme pilote de dépistage par RSOS⁵³. Au Royaume-Uni, en 2000, 83 % des personnes interrogées déclaraient qu'ils accepteraient de se soumettre à une sigmoïdoscopie de dépistage²³. Parmi les personnes ayant accepté de participer à une étude randomisée vérifiant l'efficacité de la sigmoïdoscopie comme option initiale de dépistage (55 % de la population invitée), 71 % ont complété la sigmoïdoscopie^{2, 9}. Bien que les différences observées entre les pourcentages d'intention et la participation réelle

s'expliquent en partie par des différences méthodologiques lors des calculs de l'intention et de la participation, il demeure que l'intention constitue le déterminant le plus près de l'action et que son évaluation permet d'avoir une idée assez juste de l'acceptabilité d'une intervention.

L'importance de la recommandation du médecin pour améliorer la participation au dépistage, telle que mise en lumière dans le présent rapport, est également supportée par des données provenant de plusieurs pays. Que ce soit au Canada^{25, 54}, aux États-Unis³⁸, en Australie^{55, 56} ou en France¹⁹, le médecin est souvent considéré comme un acteur clé permettant d'améliorer la participation au dépistage. Cette observation est particulièrement pertinente dans le cas où des examens invasifs avec risques de complications seraient considérés comme examens initiaux de dépistage. Les présents résultats indiquent que la recommandation du médecin permet non seulement de renverser une intention négative en une intention positive, mais elle modifie également l'influence des autres facteurs sur l'intention. En effet, on remarque que toutes les autres variables associées significativement à l'intention influencent moins fortement l'intention lorsque la recommandation provient du médecin. Une hypothèse serait que les perceptions individuelles ont un poids moins important que la recommandation du médecin face à un tel comportement de santé. Bien qu'une étude évaluant les attitudes des omnipraticiens québécois envers un éventuel programme de dépistage soit déjà prévue dans le cadre de ce mandat (Annexe A), les présents résultats renforcent la nécessité de cette évaluation.

Les construits du Modèle des croyances relatives à la santé se révèlent significativement associés à l'intention de se soumettre au dépistage et indiquent des avenues à considérer pour favoriser la participation à un éventuel programme de dépistage. Les barrières, notamment les inquiétudes envers les complications des examens endoscopiques et la préparation nécessaire, freinent considérablement l'intention de se soumettre au dépistage et sont rapportées par près du tiers des répondants. Par contre, d'autres barrières souvent évoquées pour expliquer l'absence de participation au dépistage, telles que l'embarras de subir l'examen ou la peur d'un résultat négatif, n'influencent pas négativement l'intention. Parmi les autres facteurs, la perception de la vulnérabilité face au cancer colorectal et une forte perception des bénéfices du dépistage favorisent l'intention de se prévaloir d'un test de dépistage. Puisque seulement le tiers de la population se perçoit vulnérable face à ce cancer, cet aspect pourrait également s'avérer une avenue d'intervention appropriée. Cependant, comme une très grande majorité des répondants semble déjà en accord avec les bénéfices pouvant être retirés du dépistage, une intervention visant à promouvoir ceux-ci ne permettrait pas d'obtenir des gains importants sur l'intention.

Des études précédentes basées sur le Modèle des croyances relatives à la santé avaient également confirmé l'association des principaux construits de ce modèle avec le dépistage du cancer colorectal. Une étude réalisée aux États-Unis indique que les personnes se percevant plus à risque de cancer colorectal étaient plus nombreuses à avoir subi une sigmoïdoscopie de dépistage³⁸. Également, les barrières au dépistage représentaient une forte influence négative sur la participation aux trois options de dépistage (RSOS, sigmoïdoscopie et coloscopie). L'influence des barrières spécifiques n'était toutefois pas évaluée. Une étude réalisée au Royaume-Uni montre également que la perception de la vulnérabilité ainsi que les barrières et les bénéfices du dépistage influençaient le plus

fortement l'intention de se soumettre à une sigmoïdoscopie de dépistage²³. Les autres variables du modèle et les variables socio-démographiques influençaient l'intention, mais dans une moindre mesure.

À titre comparatif, le Modèle des croyances relatives à la santé a souvent été utilisé pour comprendre et améliorer la participation au dépistage du cancer du sein²⁹⁻³¹. La perception de la vulnérabilité face à ce cancer ainsi que la perception des barrières et des bénéfices se sont également révélés des facteurs associés à l'intention. Cependant, les barrières spécifiques à la participation au dépistage du cancer du sein sont très différentes des barrières au dépistage du cancer colorectal. La peur d'un résultat anormal à la mammographie, la peur de la douleur et des radiations ainsi que l'embarras face à cet examen ont été rapportés comme des barrières spécifiques²⁹⁻³¹. Les éléments influençant la participation à divers dépistages sont conceptuellement similaires, mais en pratique, ils sont très dépendants du type de dépistage. Par conséquent, les stratégies développées pour améliorer la participation à un type de dépistage ne sont pas automatiquement transposables à un autre type.

Comme pour toute enquête, certaines limites inhérentes à ce type d'étude doivent être considérées puisqu'elles sont susceptibles d'occasionner une surestimation de l'intention. Bien que le pourcentage de participation obtenu soit satisfaisant et comparable ou même supérieur à la participation obtenue lors d'enquêtes similaires réalisées en Ontario⁵⁷ ou dans d'autres pays^{17, 23, 38}, il demeure que les répondants pourraient présenter des caractéristiques différentes des non-répondants. L'utilisation de la pondération permet de redresser partiellement cette situation en accordant un poids plus important aux personnes possédant des caractéristiques qui sont sous-représentées. Cependant, cette technique se base sur des caractéristiques socio-démographiques précises et ne tient pas compte d'autres caractéristiques comportementales qui pourraient influencer l'intention. La désirabilité sociale, qui consiste à répondre ce que l'on pense qu'il serait approprié de répondre, doit également être considérée et elle pourrait occasionner une surestimation de l'intention. Malgré ces limites, les pourcentages d'intention élevés ont été obtenus dans un contexte où le dépistage du cancer colorectal n'est pas encore publicisé. Ceci suggère que la population cible est favorablement disposée à un tel programme.

Cette étude présente aussi plusieurs forces et dresse un portrait valide et généralisable de l'attitude de la population cible québécoise envers le dépistage du cancer colorectal. Tout d'abord, cette étude prend appui sur un modèle théorique reconnu, validé et largement utilisé dans l'étude de différents comportements préventifs de santé. Ainsi, en plus d'estimer les pourcentages d'intention de se soumettre au dépistage, cette étude analyse en profondeur les attitudes et perceptions influençant les intentions et identifie les facteurs favorisant ou freinant la participation à un éventuel programme de dépistage. Deuxièmement, le processus rigoureux d'élaboration et de validation du questionnaire a permis de s'assurer que les questions étaient non seulement pertinentes au contexte socioculturel québécois, mais surtout que l'outil développé évaluait adéquatement les construits importants pour la compréhension d'une intention. Troisièmement, le nombre important de participants à cette étude a permis de réaliser des analyses statistiques détaillées et d'estimer des paramètres robustes et stables. Finalement, puisque cette étude est populationnelle, c'est-à-dire qu'elle inclut des Québécois et des Québécoises âgés entre 45 et 74 ans, de toutes les régions du

Québec et de niveaux socio-économiques variés, les résultats peuvent être généralisés à la population québécoise qui serait ciblée par un éventuel programme de dépistage.

En conclusion, cette enquête populationnelle indique que le dépistage du cancer colorectal semble acceptable du point de vue de la population cible. Le dépistage par RSOS serait favorisé et l'implication des médecins de première ligne permettrait d'atteindre une participation plus importante. Dans l'éventualité de l'établissement d'un programme de dépistage, il sera important de considérer les inquiétudes de la population envers les complications possibles des examens endoscopiques et le fait que très peu de personnes se perçoivent à risque de développer ce cancer. Bien que la majorité des répondants ait rapporté avoir l'intention de se prévaloir d'un test de dépistage du cancer colorectal, la considération des éléments influençant la participation tels qu'identifiés dans la présente étude permettra de traduire l'intention en action.

TABLEAUX

Tableau 1 Résumé des résultats de la validation ayant menés au questionnaire final

Questionnaire initial Construit Questions	Analyses			Questionnaire final
	Analyse factorielle	Alpha Cronbach	Multi-trait	
Seuil recherché	≥ 40	≥ 0,70 ¹	≥ 0,30	
Conséquences du CaCR		0,69		
Limite les activités sociales	51	0,66	0,41	
Occasionne de la douleur physique	49	0,66	0,39	
Empêche de faire les activités habituelles	75	0,60	0,58	
Situation financière difficile	39	0,68	0,32	Supprimée
Physiquement mal en point	63	0,61	0,53	
Ce cancer cause le décès	44	0,68	0,36	Supprimée
Perception vulnérabilité		0,42		Ajout d'une question
Risque par rapport aux personnes du même âge	16	ND	0,25	
Probabilité d'avoir un CaCR	19	ND	0,25	
Barrières générales²				
Peur de trouver quelque chose d'anormal	33 à 41	0,57 à 0,64	0,30 à 0,38	
Pas besoin du test car pas de problèmes	24 à 30	0,57 à 0,66	0,27 à 0,33	Supprimée
Barrières spécifiques RSOS		0,59³		
Faire ce test est embarrassant	72	0,53	0,40	
Restrictions alimentaires	19	0,58	0,23	Supprimée
Prendrait le temps de faire le test	22	0,54	0,33	
Incapable de faire le test	34	0,55	0,34	Supprimée
Recueillir des selles est désagréable	59	0,57	0,30	
Barrières spécifiques sigmoïdoscopie		0,69³		
Lavement découragerait de faire le test	57	0,63	0,45	
Risque de complications	65	0,61	0,52	
Temps d'aller passer l'examen	33	0,66	0,30	Supprimée
Gêne ou embarras de passer le test	61	0,62	0,49	
Inquiétudes par manque d'information	53	0,64	0,40	
Examen probablement douloureux	24	0,69	0,17	Supprimée
Barrières spécifiques coloscopie		0,68³		
Laxatif et restrictions alimentaires	67	0,63	0,46	
Risque de complications	70	0,62	0,47	
Temps d'aller passer l'examen	38	0,66	0,31	Supprimée
Gêne ou embarras de passer le test	41	0,64	0,38	
Inquiétudes par manque d'information	39	0,65	0,36	
Devoir se faire raccompagner après l'examen	21	0,67	0,26	Supprimée
Examen probablement douloureux	27	0,68	0,23	Supprimée

Tableau 1 Résumé des résultats de la validation ayant menés au questionnaire final (suite)

Questionnaire initial Construit Questions	Analyses			Questionnaire final
	Analyse factorielle	Alpha Cronbach	Multi-trait	
	Seuil recherché	≥ 40	≥ 0,70 ¹	≥ 0,30
Bénéfices généraux²				
Ce dépistage pourrait sauver la vie	69 à 70	0,69 à 0,73	0,55 à 0,58	
Les traitements seraient moins pénibles	67 à 69	0,70 à 0,74	0,53 à 0,54	
Permet de trouver les cancers tôt	67 à 69	0,69 à 0,73	0,55 à 0,57	
Diminue le risque de décéder de ce cancer	69	0,68 à 0,72	0,58 à 0,59	
Serait rassuré avec un dépistage négatif	63 à 67	0,70 à 0,73	0,53 à 0,55	
Bénéfices de la RSOS		0,72³		
Serait rassuré si la RSOS était négative	34	0,79	0,14	Supprimée
Confiance en la RSOS pour trouver un cancer	11	0,75	0,32	Supprimée
Bénéfices de la sigmoïdoscopie		0,73³		
Serait rassuré si la sigmoïdoscopie était normale	33	0,79	0,14	Supprimée
Confiance en la sigmoïdoscopie pour trouver un cancer	10	0,75	0,32	Supprimée
Bénéfices de la coloscopie		0,76³		
Serait rassuré si la coloscopie était normale	41	0,80	0,20	Supprimée
Confiance en la coloscopie pour trouver un cancer	20	0,76	0,43	Supprimée
Intentions de se soumettre au dépistage		0,86		
Par RSOS recommandé par la santé publique	56	0,86	0,59	
Par RSOS recommandé par le médecin	54	0,86	0,57	
Par sigmoïdoscopie recommandé par la santé publique	80	0,83	0,74	
Par sigmoïdoscopie recommandé par le médecin	79	0,83	0,71	
Par coloscopie recommandé par la santé publique	79	0,84	0,70	
Par coloscopie recommandé par le médecin	85	0,83	0,75	

CaCR : Cancer colorectal; RSOS : recherche de sang occulte dans les selles.

- 1 : Un alpha de Cronbach global $\geq 0,70$ indique une consistance interne suffisante du construit. L'alpha associé à chaque question correspond au alpha du construit lorsque cette même question en est retirée.
- 2 : Les questions sur les barrières et bénéfices généraux sont incluses dans les scores des barrières ou bénéfices spécifiques de chaque examen. Pour cette raison les résultats de ces questions varient selon le score spécifique dans lequel elles ont été incluses.
- 3 : Incluant les bénéfices ou barrières généraux.

Tableau 2 Caractéristiques socio-démographiques et antécédents de cancer colorectal des 1881 participants

Caractéristiques	Fréquences brutes ¹		Fréquences pondérées ¹	
	Risque moyen n = 1811	Haut risque n = 70	Risque moyen n = 1810	Haut risque n = 71
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Sociodémographie				
Pays de naissance				
Canada	92,4 (1673)	87,1 (61)	92,1 (1668)	88,4 (62)
Ailleurs	7,6 (137)	12,9 (9)	7,9 (142)	11,6 (8)
Langue				
Français	88,7 (1607)	85,7 (60)	87,0 (1575)	83,5 (59)
Anglais	11,3 (204)	14,3 (10)	13,0 (235)	16,5 (12)
Âge				
45-54 ans	44,9 (813)	44,3 (31)	44,9 (812)	47,6 (34)
55-64 ans	35,7 (647)	38,6 (27)	33,7 (610)	35,9 (25)
65-75 ans	18,9 (343)	17,1 (12)	21,1 (382)	16,5 (12)
Moyenne (écart-type)	56,8 (7,9)	56,6 (8,0)	57,0 (8,0)	56,1 (8,0)
Sexe				
Homme	40,9 (740)	30,0 (21)	48,9 (885)	38,7 (27)
Femme	59,1 (1071)	70,0 (49)	51,1 (925)	61,3 (43)
Niveau de scolarité				
Primaire/Secondaire	53,4 (967)	37,1 (26)	53,6 (971)	36,9 (26)
Cégep	18,8 (341)	27,1 (19)	19,0 (345)	28,7 (20)
Université	27,6 (500)	35,7 (25)	27,2 (493)	34,4 (24)
Revenu				
0 à 14 999 \$	13,8 (249)	8,6 (6)	11,9 (215)	7,4 (5)
15 000 à 39 999 \$	34,6 (626)	30,0 (21)	33,8 (613)	31,2 (22)
40 000 à 79 999 \$	29,8 (540)	31,4 (22)	31,1 (563)	31,2 (22)
Plus de 80 000 \$	14,1 (255)	17,1 (12)	15,6 (283)	18,3 (13)
Ne sait pas/refus	7,8 (141)	12,9 (9)	7,6 (137)	12,0 (8)
Région de résidence ²				
Montréal, Québec	30,3 (548)	40,0 (28)	28,5 (516)	38,3 (27)
Régions de densité moyenne	51,1 (926)	48,6 (34)	53,0 (960)	47,4 (33)
Régions éloignées	15,4 (279)	10,0 (7)	15,3 (277)	11,7 (8)
Région non-identifiée	3,2 (58)	1,4 (1)	3,2 (57)	2,6 (2)
RUIS				
Université de Montréal	33,7 (611)	42,9 (30)	33,8 (612)	38,7 (27)
Université Laval	23,3 (421)	14,3 (10)	22,9 (414)	18,0 (13)
Université McGill	20,4 (370)	27,1 (19)	20,2 (365)	26,9 (19)
Université de Sherbrooke	11,9 (216)	10,0 (7)	11,9 (215)	9,0 (6)
RUIS non-identifié	10,7 (193)	5,7 (4)	11,3 (204)	7,5 (5)

Tableau 2 Caractéristiques socio-démographiques et antécédents de cancer colorectal des 1881 participants (suite)

Caractéristiques	Fréquences brutes ¹		Fréquences pondérées ¹	
	Risque moyen n = 1811	Haut risque n = 70	Risque moyen n = 1810	Haut risque n = 71
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Antécédents personnels et familiaux				
A eu une maladie intestinale	2,4 (43)	17,1 (12)	2,0 (36)	16,8 (12)
Antécédents personnels de cancer	8,1 (147)	11,4 (8)	8,3 (150)	10,9 (8)
A un proche qui a déjà eu un cancer de l'intestin	21,9 (397)	88,6 (62)	21,8 (395)	85,2 (60)

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé.

1 : Afin d'alléger le tableau, les refus et « ne sait pas » ne sont pas présentés, sauf pour le revenu. Le total peut donc être parfois légèrement inférieur à la taille totale de l'échantillon et le total de proportion inférieur à 100 %.

2 : Les regroupements des régions socio-sanitaires (RSS) utilisés sont les suivants :

Centres urbains : Québec (RSS de la Capitale-Nationale), Montréal (RSS de Montréal);

Régions de densité moyenne : RSS de Mauricie—Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie;

Régions éloignées : RSS Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-St-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 3 Comparaison de l'intention de se soumettre aux différentes modalités de dépistage du cancer colorectal.

	Source de la recommandation		Valeur-p de la différence santé publique-médecin
	Santé publique (%)	Médecin (%)	
RSOS	72,5	88,3	< 0,0001
Endoscopie ¹	70,2	83,8	< 0,0001
Valeur-p de la différence : RSOS – endoscopie ²	0,0690	< 0,0001	
Sigmoïdoscopie	65,3	80,5	< 0,0001
Coloscopie	58,8	74,8	< 0,0001
Valeur-p de la différence : sigmoïdoscopie –coloscopie ²	< 0,0001	< 0,0001	

1 : Endoscopie : Intention d'accepter de se soumettre à une sigmoïdoscopie ou à une coloscopie.

2 : Test de McNemar pour comparer deux proportions dépendantes⁴⁶.

Tableau 4 Proportion des participants en accord avec les variables pouvant influencer l'intention de se soumettre au dépistage

Construit Variables	Risque normal N = 1810	
	%	(n)
Conséquences du cancer		
Limite les activités sociales	50,7	(917)
Occasionne de la douleur physique	71,0	(1285)
Empêche de faire les activités habituelles	69,2	(1252)
Physiquement mal en point	68,4	(1237)
Score de la perception des conséquences du cancer		
1 – 2,5	35,7	(637)
2,6 – 4	64,3	(1149)
Moyenne (écart-type)	2,8	(0,6)
Perception de la vulnérabilité		
Risque par rapport aux personnes du même âge		
Moins élevé	32,3	(585)
Le même	48,7	(881)
Plus élevé	17,7	(320)
Préoccupé à l'idée d'avoir un cancer	26,9	(412)
Probabilité d'avoir un CaCR	35,9	(650)
Score de la perception de la vulnérabilité		
1 – 2,5	62,1	(1087)
2,6 – 4	37,9	(665)
Moyenne (écart-type)	2,4	(0,6)
Connaissances générales du cancer de l'intestin		
Le risque augmente en vieillissant	79,4	(1437)
Les femmes sont plus à risque	72,4	(1311)
Possible d'avoir un cancer sans symptôme	80,8	(1462)
Risque plus élevé si un membre de la famille a ce cancer	77,5	(1403)
Score des connaissances (nombre de bonnes réponses)		
0-1	6,2	(112)
2	15,8	(286)
3	38,6	(699)
4	39,4	(713)
Moyenne (écart-type)	3,1	(0,9)
Bénéfices généraux du dépistage		
Ce dépistage pourrait sauver la vie	97,3	(1761)
Les traitements seraient moins pénibles	92,5	(1674)
Permet de trouver les cancers plus tôt	96,7	(1750)
Diminue le risque de décéder de ce cancer	88,1	(1595)
Score aux bénéfices généraux		
1 – 3,5	50,3	(909)
3,6 – 4	49,7	(900)
Moyenne (écart-type)	3,52	(0,5)
Barrière générale du dépistage		
Peur de trouver quelque chose d'anormal	24,8	(448)

Tableau 4 Proportion des participants en accord avec les variables pouvant influencer l'intention de se soumettre au dépistage (suite)

Construit Variables	Risque normal N = 1810	
	%	(n)
Barrières spécifiques à la RSOS		
Faire ce test est embarrassant	34,8	(629)
Incapable de faire le test	5,3	(95)
Recueillir des selles est désagréable	42,8	(774)
Score aux barrières spécifiques à la RSOS		
1 – 2,5	84,3	(1521)
2,6 – 4	15,7	(283)
Moyenne (écart-type)	2,0	(0,6)
Barrières spécifiques à la sigmoïdoscopie		
Lavement découragerait de faire l'examen	31,6	(573)
Risque de complications	32,3	(584)
Gêne ou embarras de passer l'examen	33,6	(609)
Inquiétudes par manque d'information	37,1	(672)
Score aux barrières spécifiques à la sigmoïdoscopie		
1 – 2,5	72,7	(1311)
2,6 – 4	27,3	(491)
Moyenne (écart-type)	2,1	(0,7)
Barrières spécifiques à la coloscopie		
Laxatif et restrictions alimentaires découragerait de faire l'examen	27,1	(491)
Risque de complications	29,4	(532)
Gêne ou embarras de passer l'examen	33,2	(601)
Inquiétudes par manque d'informations	36,2	(655)
Score aux barrières spécifiques à la coloscopie		
1 – 2,5	75,8	(1364)
2,6 – 4	24,2	(437)
Moyenne (écart-type)	2,1	(0,7)
Avoir déjà passé l'examen		
RSOS	16,0	(290)
Sigmoïdoscopie	12,4	(225)
Coloscopie	15,7	(285)
L'un ou l'autre des examens	32,8	(595)

CaCR : Cancer colorectal, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles.

Tableau 5 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par RSOS recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin.

	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Construits du Modèle des croyances relatives à la santé					
Conséquences cancer					
Score : 1 – 2,5	36	1,00		1,00	
2,6 – 4	64	0,98 [0,91 - 1,05] (0,51)		0,99 [0,95 - 1,04] (0,69)	
Perception vulnérabilité					
Score : 1 – 2,5	62	1,00	1,00	1,00	1,00
2,6 – 4	38	1,16 [1,08 - 1,23] (< 0,0001)	1,15 [1,08 - 1,21] (< 0,0001)	1,04 [0,99 - 1,08] (0,06)	1,05 [1,02 - 1,08] (0,0006)
Bénéfices dépistage					
Score 1 – 3,5	50	1,00	1,00	1,00	1,00
3,6 – 4	50	1,17 [1,10 - 1,25] (< 0,0001)	1,12 [1,05 - 1,20] (0,0004)	1,08 [1,04 - 1,13] (< 0,0001)	1,07 [1,03 - 1,11] (< 0,0001)
Barrières RSOS					
Score : 1 – 2,5	84	1,00	1,00	1,00	1,00
2,6 – 4	16	0,77 [0,69 - 0,87] (< 0,0001)	0,79 [0,70 - 0,88] (< 0,0001)	0,87 [0,81 - 0,94] (< 0,0001)	0,87 [0,81 - 0,94] (< 0,0001)
Autres facteurs influençant les intentions					
Avoir déjà subi une RSOS	16	1,11 [1,02 - 1,20] (0,006)		1,04 [0,99 - 1,09] (0,09)	
Avoir déjà subi l'un ou l'autre des examens	33	1,12 [1,05 - 1,20] (0,0003)		1,04 [1,00 - 1,09] (0,02)	
Antécédents personnels de maladie intestinale	2	1,21 [1,05 - 1,39] (0,008)	1,14 [1,08 - 1,19] (< 0,0001)	1,06 [0,96 - 1,17] (0,23)	
Antécédents personnels de cancer	8	1,06 [0,96 - 1,18] (0,23)		1,05 [0,99 - 1,11] (0,06)	
Avoir un proche avec un cancer de l'intestin	22	1,09 [1,01 - 1,17] (0,01)		1,02 [0,97 - 1,07] (0,35)	

Tableau 5 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par RSOS recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin (suite)

	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Connaissances générales du CaCR ¹		(0,0003)	(0,02)	(0,0009)	
0-1	6	1,00	1,00	1,00	
2	16	1,09 [0,90 - 1,33]	1,08 [0,88 - 1,32]	1,12 [0,98 - 1,28]	
3	39	1,24 [1,03 - 1,48]	1,19 [0,99 - 1,43]	1,19 [1,05 - 1,34]	
4	39	1,31 [1,09 - 1,56]	1,22 [1,02 - 1,47]	1,22 [1,08 - 1,38]	
Variables socio-démographiques					
Âge (ans)		(0,01)		(0,09)	
45 – 54	45	1,00		1,00	
55 – 64	34	1,00 [0,93 - 1,08]		0,99 [0,95 - 1,04]	
65 – 74	21	0,88 [0,80 - 0,97]		0,94 [0,89 - 1,00]	
Sexe					
Homme	49	1,00		1,00	
Femme	51	1,06 [0,99 - 1,13] (0,08)		1,00 [0,96 - 1,04] (0,97)	
Langue					
Français	87	1,00	1,00	1,00	
Anglais	13	1,18 [1,09 - 1,27] (< 0,0001)	1,14 [1,08 - 1,19] (< 0,0001)	1,06 [1,01 - 1,11] (0,007)	
Scolarité		(0,001)		(< 0,0001)	(< 0,0001)
Primaire – secondaire	54	1,00		1,00	1,00
Collégial	19	1,10 [1,01 - 1,20]		1,09 [1,04 - 1,14]	1,07 [1,04 - 1,11]
Université	27	1,13 [1,05 - 1,22]		1,08 [1,03 - 1,13]	1,06 [1,02 - 1,11]
Pays d'origine					
Canada	92	1,00		1,00	
Ailleurs	8	1,14 [1,04 - 1,25] (0,004)		1,03 [0,97 - 1,10] (0,28)	

Tableau 5 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par RSOS recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin (suite)

	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Région ²		(0,04)		(0,03)	
Centres urbains	29	1,00		1,00	
Régions de densité moyenne	53	0,95 [0,88 - 1,02]		0,97 [0,93 - 1,01]	
Régions éloignées	15	0,95 [0,85 - 1,05]		0,97 [0,92 - 1,03]	
Régions non identifiées	3	0,70 [0,53 - 0,92]		0,77 [0,64 - 0,94]	
Revenu (\$)		(< 0,0001)		(0,0002)	
> 15 000	12	1,00		1,00	
15 000 – 40 000	34	1,02 [0,91 - 1,15]		1,03 [0,95 - 1,11]	
40 000 – 80 000	31	1,08 [0,96 - 1,21]		1,08 [1,00 - 1,16]	
≥ 80 000	16	1,22 [1,09 - 1,37]		1,13 [1,04 - 1,21]	
Refus, ne sait pas	8	0,99 [0,83 - 1,16]		1,02 [0,92 - 1,13]	
RUIS		(0,06)		(0,58)	
Université Montréal	34	1,00		1,00	
Université Laval	23	1,00 [0,91 - 1,09]		0,99 [0,94 - 1,04]	
Université McGill	20	1,10 [1,01 - 1,20]		1,00 [0,95 - 1,06]	
Université Sherbrooke	12	1,01 [0,90 - 1,12]		0,98 [0,91 - 1,05]	
Indéterminé	12	0,96 [0,85 - 1,08]		0,95 [0,88 - 1,02]	

Pr : Prévalence, RPr : rapport de prévalence, IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %, CaCR : cancer colorectal, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles, RUIS : réseau universitaire intégré de santé.

1 : Nombre de bonnes réponses aux quatre questions.

2 : Les regroupements des régions socio-sanitaires (RSS) utilisés sont les suivants :

Centres urbains : Québec (RSS de la Capitale-Nationale), Montréal (RSS de Montréal);

Régions de densité moyenne : RSS de Mauricie—Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie;

Régions éloignées : RSS Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-St-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 6 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par sigmoidoscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin

	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Construits du Modèle des croyances relatives à la santé					
Conséquences cancer					
Score : 1 – 2,5	36	1,00		1,00	
2,6 – 4	64	1,02 [0,94 - 1,10] (0,69)		0,99 [0,94 - 1,05] (0,82)	
Perception vulnérabilité					
Score : 1 – 2,5	62	1,00	1,00	1,00	
2,6 – 4	38	1,14 [1,06 - 1,24] (0,0002)	1,14 [1,07 - 1,21] (< 0,0001)	1,04 [0,99 - 1,10] (0,09)	
Bénéfices dépistage					
Score 1 – 3,5	50	1,00	1,00	1,00	1,00
3,6 – 4	50	1,19 [1,10 - 1,29] (< 0,0001)	1,14 [1,06 - 1,23] (0,0002)	1,09 [1,03 - 1,15] (0,0005)	1,07 [1,02 - 1,13] (0,003)
Barrières RSOS					
Score : 1 – 2,5	73	1,00	1,00	1,00	1,00
2,6 – 4	27	0,71 [0,63 - 0,79] (< 0,0001)	0,73 [0,65 - 0,81] (< 0,0001)	0,80 [0,74 - 0,86] (< 0,0001)	0,81 [0,75 - 0,87] (< 0,0001)
Autres facteurs influençant les intentions					
Avoir déjà subi une sigmoidoscopie	12	1,19 [1,08 - 1,30] (0,0002)		1,06 [0,98 - 1,13] (0,09)	
Avoir déjà subi l'un ou l'autre des examens	33	1,22 [1,14 - 1,32] (< 0,0001)	1,14 [1,06 - 1,23] (0,0001)	1,08 [1,02 - 1,14] (0,002)	
Antécédents personnels de maladie intestinale	2	1,15 [0,93 - 1,43] (0,18)		1,07 [0,93 - 1,24] (0,32)	
Antécédents personnels de cancer	8	1,11 [0,99 - 1,25] (0,07)		1,02 [0,93 - 1,12] (0,63)	
Avoir un proche avec un cancer de l'intestin	22	1,07 [0,98 - 1,17] (0,09)		1,03 [0,97 - 1,10] (0,26)	

Tableau 6 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par sigmoidoscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin (suite)

	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Connaissances générales du CaCR ¹		(0,05)		(0,009)	
0-1	6	1,00		1,00	
2	16	0,91 [0,75 - 1,11]		1,10 [0,94 - 1,29]	
3	39	1,04 [0,88 - 1,23]		1,16 [1,01 - 1,34]	
4	39	1,08 [0,91 - 1,28]		1,21 [1,05 - 1,39]	
Variables socio-démographiques					
Âge (ans)		(0,21)		(0,17)	
45 – 54	45	1,00		1,00	
55 – 64	34	1,07 [0,98 - 1,17]		1,05 [0,99 - 1,11]	
65 – 74	21	1,07 [0,97 - 1,18]		1,00 [0,93 - 1,08]	
Sexe					
Homme	49	1,00	1,00	1,00	1,00
Femme	51	0,92 [0,85 - 0,99] (0,02)	0,92 [0,85 - 0,99] (0,02)	0,94 [0,89 - 0,99] (0,01)	0,94 [0,90 - 0,99] (0,007)
Langue					
Français	87	1,00		1,00	1,00
Anglais	13	1,17 [1,06 - 1,28] (0,0008)		1,11 [1,04 - 1,18] (0,0005)	1,10 [1,05 - 1,16] (< 0,0001)
Scolarité		(0,03)		(0,0007)	
Primaire – secondaire	54	1,00		1,00	
Collégial	19	1,00 [0,90 - 1,11]		1,08 [1,01 - 1,15]	
Université	27	1,11 [1,02 - 1,20]		1,11 [1,04 - 1,17]	
Pays d'origine					
Canada	92	1,00	1,00	1,00	
Ailleurs	8	1,21 [1,09 - 1,35] (0,0002)	1,14 [1,06 - 1,23] (0,0002)	1,01 [0,93 - 1,12] (0,70)	

Tableau 6 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par sigmoidoscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin (suite)

	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Région ²		(0,03)		(0,02)	
Centres urbains	29	1,00		1,00	
Région de densité moyenne	53	0,91 [0,84 - 1,00]		0,95 [0,90 - 1,01]	
Régions éloignées	15	1,01 [0,90 - 1,13]		1,00 [0,93 - 1,08]	
Régions non identifiées	3	0,76 [0,57 - 1,00]		0,73 [0,59 - 0,92]	
Revenu (\$)		(< 0,0001)	(0,02)	(< 0,0001)	
> 15 000		1,00	1,00	1,00	
15 000 – 40 000	12	1,09 [0,95 - 1,25]	1,07 [0,94 - 1,22]	0,99 [0,90 - 1,09]	
40 000 – 80 000	34	1,15 [1,00 - 1,32]	1,10 [0,97 - 1,25]	1,09 [1,00 - 1,19]	
≥ 80 000	31	1,25 [1,08 - 1,44]	1,09 [0,95 - 1,25]	1,13 [1,02 - 1,24]	
Refus, ne sait pas	16	0,80 [0,63 - 1,01]	0,79 [0,62 - 1,00]	0,92 [0,80 - 1,06]	
	8				
RUIS		(0,41)		(0,06)	
Université de Montréal	34	1,00		1,00	
Université Laval	23	1,00 [0,90 - 1,11]		0,97 [0,90 - 1,04]	
Université McGill	20	1,05 [0,94 - 1,16]		1,05 [0,98 - 1,12]	
Université Sherbrooke	12	0,94 [0,82 - 1,07]		0,95 [0,86 - 1,04]	
Indéterminé	12	0,93 [0,81 - 1,07]		0,95 [0,86 - 1,05]	

Pr : Prévalence, RPr : rapport de prévalence, IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %, CaCR : cancer colorectal, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles, RUIS : réseau universitaire intégré de santé.

1 : Nombre de bonnes réponses aux quatre questions.

2 : Les regroupements des régions socio-sanitaires (RSS) utilisés sont les suivants :

Centres urbains : Québec (RSS de la Capitale-Nationale), Montréal (RSS de Montréal);

Régions de densité moyenne : RSS de Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie;

Régions éloignées : RSS Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-St-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 7 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par coloscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin.

Construits et facteurs	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Construits du Modèle des croyances relatives à la santé					
Conséquences cancer					
Score : 1 – 2,5	36	1,00		1,00	
2,6 – 4	64	0,95 [0,87 - 1,04] (0,23)		0,96 [0,90 - 1,02] (0,17)	
Perception vulnérabilité					
Score : 1 – 2,5	62	1,00	1,00	1,00	1,00
2,6 – 4	38	1,21 [1,11 - 1,32] (< 0,0001)	1,14 [1,05 - 1,24] (0,0009)	1,07 [1,00 - 1,14] (0,03)	1,07 [1,02 - 1,12] (0,002)
Bénéfices dépistage					
Score 1 – 3,5	50	1,00	1,00	1,00	1,00
3,6 – 4	50	1,19 [1,09 - 1,30] (< 0,0001)	1,11 [1,02 - 1,21] (0,01)	1,13 [1,06 - 1,20] (< 0,0001)	1,07 [1,00 - 1,13] (0,02)
Barrières RSOS					
Score : 1 – 2,5	76	1,00	1,00	1,00	1,00
2,6 – 4	24	0,64 [0,56 - 0,74] (< 0,0001)	0,68 [0,60 - 0,79] (< 0,0001)	0,69 [0,62 - 0,76] (< 0,0001)	0,70 [0,63 - 0,78] (< 0,0001)
Autres facteurs influençant les intentions					
Avoir déjà subi une coloscopie	16	1,44 [1,32 - 1,57] (< 0,0001)	1,14 [1,01 - 1,28] (0,03)	1,21 [1,14 - 1,29] (< 0,0001)	
Avoir déjà subi l'un ou l'autre des examens	33	1,34 [1,23 - 1,46] (< 0,0001)	1,17 [1,05 - 1,31] (0,003)	1,18 [1,11 - 1,25] (< 0,0001)	1,09 [1,03 - 1,16] (0,002)
Antécédents personnels de maladie intestinale	2	1,15 [0,89 - 1,49] (0,26)		1,13 [0,96 - 1,33] (0,13)	
Antécédents personnels de cancer	8	1,22 [1,08 - 1,38] (0,001)	1,07 [0,97 - 1,18] (0,18) ¹	1,04 [0,93 - 1,15] (0,47)	
Avoir un proche avec un cancer de l'intestin	22	1,12 [1,01 - 1,23] (0,02)		1,04 [0,97 - 1,12] (0,25)	

Tableau 7 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par coloscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin (suite)

Construits et facteurs	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Connaissances générales du CaCR ²		(0,14)		(0,01)	
0-1	6	1,00		1,00	
2	16	1,06 [0,84 - 1,33]		1,10 [0,92 - 1,31]	
3	39	1,18 [0,95 - 1,45]		1,20 [1,02 - 1,41]	
4	39	1,19 [0,97 - 1,47]		1,23 [1,04 - 1,44]	
Variables socio-démographiques					
Âge (ans)		(0,20)		(0,54)	
45 – 54	45	1,00		1,00	
55 – 64	34	1,01 [0,92 - 1,12]		1,04 [0,97 - 1,11]	
65 – 74	21	1,10 [0,98 - 1,22]		1,01 [0,93 - 1,10]	
Sexe					
Homme	49	1,00	1,00	1,00	
Femme	51	0,90 [0,83 - 0,99] (0,02)	0,93 [0,85 - 1,01] (0,06)	0,94 [0,88 - 1,00] (0,04)	
Langue					
Français	87	1,00		1,00	1,00
Anglais	13	1,21 [1,09 - 1,35] (0,0003)		1,14 [1,06 - 1,23] (0,0002)	1,11 [1,05 - 1,17] (< 0,0001)
Scolarité		(0,17)		(0,05)	
Primaire – secondaire	54	1,00		1,00	
Collégial	19	0,92 [0,81 - 1,04]		1,03 [0,95 - 1,12]	
Université	27	1,04 [0,94 - 1,15]		1,08 [1,01 - 1,16]	
Pays d'origine					
Canada	92	1,00		1,00	
Ailleurs	8	1,15 [1,00 - 1,32] (0,04)		1,07 [0,96 - 1,18] (0,18)	
Région ³		(0,02)		(0,01)	(0,003)
Centres urbains	29	1,00		1,00	1,00
Région de densité moyenne	53	0,93 [0,84 - 1,03]		0,92 [0,86 - 0,99]	1,00 [0,93 - 1,07]
Régions éloignées	15	1,07 [0,95 - 1,22]		1,02 [0,94 - 1,11]	1,08 [1,02 - 1,13]
Régions non identifiées	3	0,75 [0,55 - 1,04]		0,81 [0,65 - 1,02]	0,90 [0,72 - 1,12]

Tableau 7 Facteurs associés à l'intention de se soumettre à un dépistage du cancer colorectal par coloscopie recommandé dans le cadre d'un programme de santé publique ou par le médecin (suite)

Construits et facteurs	Santé publique			Médecin	
	Pr %	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Univariés [IC 95 %] (valeur-p)	RPr Multivariés [IC 95 %] (valeur-p)
Revenu (\$)		(0,001)	(0,05)	(0,0005)	
> 15 000	12	1,00	1,00	1,00	
15 000 – 40 000	34	1,09 [0,93 - 1,27]	1,04 [0,90 - 1,20]	1,01 [0,90 - 1,13]	
40 000 – 80 000	31	1,11 [0,95 - 1,30]	1,04 [0,91 - 1,20]	1,10 [0,99 - 1,23]	
≥ 80 000	16	1,20 [1,02 - 1,42]	1,08 [0,93 - 1,26]	1,14 [1,01 - 1,27]	
Refus, ne sait pas	8	0,75 [0,58 - 0,97]	0,74 [0,56 - 0,96]	0,87 [0,73 - 1,04]	
RUIS		(0,04)		(0,02)	
Université de Montréal	34	1,00		1,00	
Université Laval	23	0,93 [0,82 - 1,05]		0,96 [0,88 - 1,04]	
Université McGill	20	1,06 [0,95 - 1,19]		1,07 [0,99 - 1,16]	
Université de Sherbrooke	12	0,89 [0,76 - 1,04]		0,92 [0,82 - 1,03]	
Indéterminé	12	0,87 [0,74 - 1,03]		0,97 [0,87 - 1,08]	

Pr : Prévalence, RPr : rapport de prévalence, IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %, CaCR : cancer colorectal, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles, RUIS : réseau universitaire intégré de santé.

1 : Cette variable a été retenue par les procédures de sélection automatique lors des régressions où seuls les répondants sans données manquantes à toutes les questions ont été utilisés (92 % des participants). Les valeurs des paramètres inscrites dans ce tableau ont été ré-estimées avec le nombre maximal de participants sans données manquantes pour le jeu plus restreint des variables sélectionnées (94 % des participants). La valeur-p associée ne plus respectait plus le critère de significativité statistique (valeur-p < 0.05) suite à cette ré-estimation.

2 : Nombre de bonnes réponses aux quatre questions.

3 : Les regroupements des régions socio-sanitaires (RSS) utilisés sont les suivants :

Centres urbains : Québec (RSS de la Capitale-Nationale), Montréal (RSS de Montréal);

Régions de densité moyenne : RSS de Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie;

Régions éloignées : RSS Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-St-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 8 Influence des barrières spécifiques à chaque modalité de dépistage du cancer colorectal sur l'intention de s'y soumettre

Modalité de dépistage Barrières	Pr (%)	Source de la recommandation	
		Santé publique RPr [IC 95 %] ¹	Médecin RPr [IC 95 %] ¹
RSOS			
Peur de trouver quelque chose d'anormal	25	0,99 [0,91-1,07]	0,98 [0,93-1,03]
Faire ce test est embarrassant	35	0,91 [0,83-0,99]	0,95 [0,90-1,00]
Serait incapable de faire le test	5	0,49 [0,36-0,67]	0,66 [0,55-0,81]
Recueillir des selles est désagréable	43	0,97 [0,90-1,04]	0,98 [0,94-1,03]
Sigmoïdoscopie			
Peur de trouver quelque chose d'anormal	25	0,95 [0,87-1,05]	0,92 [0,86-0,98]
Lavement intestinal	32	0,92 [0,83-1,01]	0,92 [0,86-0,99]
Risque de complications	32	0,66 [0,59-0,74]	0,80 [0,74-0,87]
Embarras de passer le test	34	0,95 [0,87-1,04]	0,96 [0,90-1,02]
Inquiétudes de passer le test	38	1,00 [0,92-1,09]	1,03 [0,98-1,08]
Coloscopie			
Peur de trouver quelque chose d'anormal	25	0,96 [0,86-1,07]	0,94 [0,87-1,01]
Laxatif et restrictions alimentaires	27	0,84 [0,74-0,96]	0,89 [0,81-0,98]
Risque de complications	30	0,68 [0,59-0,78]	0,76 [0,68-0,84]
Embarras de passer le test	33	0,92 [0,83-1,03]	0,94 [0,87-1,01]
Inquiétudes de passer le test	36	1,00 [0,90-1,10]	0,99 [0,92-1,05]

Pr : Prévalence, RPr : rapport de prévalence, IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles.

1 : Les résultats proviennent de six modèles différents (3 options de dépistage x 2 sources de recommandation).

Tableau 9 Influence des bénéfices du dépistage du cancer colorectal sur l'intention de s'y soumettre

Bénéfices	Pr (%)	RSOS		Sigmoidoscopie		Coloscopie	
		Santé publique RPr [IC 95 %] ¹	Médecin RPr [IC 95 %] ¹	Santé publique RPr [IC 95 %] ¹	Médecin RPr [IC 95 %] ¹	Santé publique RPr [IC 95 %] ¹	Médecin RPr [IC 95 %] ¹
Pourrait sauver la vie	97	1,73 [1,14-2,64]	1,31 [0,99-1,74]	1,44 [0,94-2,19]	1,12 [0,84-1,48]	1,25 [0,81-1,90]	1,25 [0,89-1,74]
Traitements moins pénibles	93	0,90 [0,80-1,02]	1,00 [0,91-1,09]	0,97 [0,83-1,15]	0,97 [0,87-1,09]	1,03 [0,84-1,26]	1,06 [0,91-1,23]
Trouver le cancer plus tôt	97	1,12 [0,83-1,50]	1,17 [0,94-1,45]	1,38 [0,94-2,01]	1,26 [0,96-1,65]	1,44 [0,95-2,17]	1,19 [0,89-1,58]
Diminuer le risque de décès	88	1,24 [1,07-1,43]	1,11 [1,02-1,22]	1,29 [1,10-1,52]	1,19 [1,06-1,34]	1,24 [1,04-1,48]	1,20 [1,05-1,37]

Pr : Prévalence, RPr : rapport de prévalence, IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles.

1 : Les résultats proviennent de six modèles différents (3 options de dépistage x 2 sources de recommandation).

8 BIBLIOGRAPHIE

1. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; **348**: 1472-1477.
2. Drolet, M. and Candas, B. Revue systématique des études cliniques randomisées évaluant l'efficacité du dépistage populationnel du cancer colorectal de la population à risque moyen. Rapport No 716, Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada, 2007, 121 pages.
3. Scholefield JH, Moss S, Sufi F, Mangham CM, Hardcastle JD. Effect of faecal occult blood screening on mortality from colorectal cancer: results from a randomised controlled trial. *Gut* 2002; **50**: 840-844.
4. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007(update).
5. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet* 1996; **348**: 1467-1471.
6. Kronborg O, Jorgensen OD, Fenger C, Rasmussen M. Randomized study of biennial screening with a faecal occult blood test: results after nine screening rounds. *Scand J Gastroenterol* 2004; **39**: 846-851.
7. Segnan N, Senore C, Andreoni B et al. Baseline findings of the Italian multicenter randomized controlled trial of "once-only sigmoidoscopy"--SCORE. *J Natl Cancer Inst* 2002; **94**: 1763-1772.
8. Weissfeld JL, Schoen RE, Pinsky PF et al. Flexible sigmoidoscopy in the PLCO cancer screening trial: results from the baseline screening examination of a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2005; **97**: 989-997.
9. UK Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Investigators. Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; **359**: 1291-1300.
10. Barkun AN, Jobin G, Cousineau G et al. The Quebec Association of Gastroenterology position paper on colorectal cancer screening - 2003. *Can J Gastroenterol* 2004; **18**: 509-519.
11. Allison JE, Lawson M. Screening tests for colorectal cancer: a menu of options remains relevant. *Curr Oncol Rep* 2006; **8**: 492-498.
12. Drolet, M and Candas, B. Revue systématique des programmes de dépistage du cancer colorectal de la population à risque moyen (soumis). Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada, 2007.
13. Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *Jama* 2000; **284**: 1954-1961.
14. The UK CRC Screening Pilot Evaluation Team. Evaluation of the UK colorectal cancer screening pilot. Final report. Policy Research Programme, Department of Health, Edinburgh, UK, 2003.

15. Herbert C, Launoy G, Gignoux M. Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *Eur J Cancer Prev* 1997; **6**: 44-52.
16. McCaffery K, Wardle J, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic variation in participation in colorectal cancer screening. *J Med Screen* 2002; **9**: 104-108.
17. McCaffery K, Wardle J, Waller J. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Prev Med* 2003; **36**: 525-535.
18. Sutton S, Wardle J, Taylor T et al. Predictors of attendance in the United Kingdom flexible sigmoidoscopy screening trial. *J Med Screen* 2000; **7**: 99-104.
19. Tazi MA, Faivre J, Dassonville F, Lamour J, Milan C, Durand G. Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population: results of five screening rounds from 1988 to 1996. *J Med Screen* 1997; **4**: 147-151.
20. Tong S, Hughes K, Oldenburg B, Del Mar C, Kennedy B. Socio-demographic correlates of screening intention for colorectal cancer. *Aust N Z J Public Health* 2000; **24**: 610-614.
21. Wardle J, McCaffery K, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. *Soc Sci Med* 2004; **59**: 249-261.
22. Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. *J Med Screen* 2005; **12**: 20-27.
23. Wardle J, Sutton S, Williamson S et al. Psychosocial influences on older adults' interest in participating in bowel cancer screening. *Prev Med* 2000; **31**: 323-334.
24. Bowel cancer screening pilot monitoring and evaluation screening steering committee. A qualitative evaluation of opinions, attitudes and behaviours influencing the bowel cancer screening pilot program. Final report. Rapport No 2/2005 (Screening monograph), Australian Government, Department of Health and Ageing 2004.
25. Goel V, Gray R, Chart P, Fitch M, Saibil F, Zdanowicz Y. Perspectives on colorectal cancer screening: a focus group study. *Health Expect* 2004; **7**: 51-60.
26. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H.Freeman, 1997, 604 pages.
27. Stretcher V, Champion V, Rosenstock I. The health belief model and health behavior. Dans: D.S Gochman, editor. *Handbook of health behavior research I. Personal and social determinants*. New York: Plenum Press, 1997, pp. 71-91.
28. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé* 1991; **9**: 67-94.
29. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. 3e édition, San Francisco: Jossey-Bass, 2002, 583 pages.
30. Champion V, Menon U. Predicting mammography and breast self-examination in African American women. *Cancer Nurs* 1997; **20**: 315-322.
31. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health* 1999; **22**: 341-348.

32. Champion VL, Skinner CS, Foster JL. The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs, knowledge, and behavior related to mammography screening. *Oncol Nurs Forum* 2000; **27**: 1565-1571.
33. Friedman LC, Neff NE, Webb JA, Latham CK. Age-related differences in mammography use and in breast cancer knowledge, attitudes, and behaviors. *J Cancer Educ* 1998; **13**: 26-30.
34. Phillips KA, Kerlikowske K, Baker LC, Chang SW, Brown ML. Factors associated with women's adherence to mammography screening guidelines. *Health Serv Res* 1998; **33**: 29-53.
35. The UK CRC Screening Pilot Evaluation Team. Evaluation of the UK colorectal cancer screening pilot. Report Supplement. Policy Research Programme, Department of Health, Edinburgh, UK, 2003.
36. Rawl S, Champion V, Menon U, Loehrer PJ, Vance GH, Skinner CS. Validation of scales to measure benefits of and barriers to colorectal cancer screening. *J Psychosoc Oncol* 2001; **19**: 47-63.
37. Hay JL, Ford JS, Klein D et al. Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older women. *J Behav Med* 2003; **26**: 553-576.
38. Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, Guire KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. *Prev Med* 2003; **37**: 627-634.
39. Vernon SW, Myers RE, Tilley BC. Development and validation of an instrument to measure factors related to colorectal cancer screening adherence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997; **6**: 825-832.
40. Foddy W. Constructing questions for interviews and questionnaires. Theory and practice in social research. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, 227 pages.
41. Hays R, Hayashi T. Beyond internal reliability: rationale and user's guide for multitrait scaling analysis program on the microcomputer. *Behav Res Methods Instrum Comput* 1990; **22**: 167-175.
42. Costello A, Osborne J. Best practice in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2005; **10**: 1-9.
43. Fayers P, Macinh D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, 404 pages.
44. Hatcher L. A step-by-step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling. 1e édition, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1994, 588 pages.
45. Institut de la statistique du Québec. Évolution de la population des régions métropolitaines de recensement, Québec, 1986-2006. <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/3p5.htm>, consulté en 2007-11.
46. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 5e édition, Pacific Grove: Duxbury Press, 2000, 792 pages.
47. Kish L. Survey sampling. New York: Wiley, 1965, 643 pages.
48. Bernard, PM. Régression logistique. Chapitre 7. <<http://www.quebec.ca/reglog/chapitre7.htm#sec2>>, consulté en 2007-06.

49. Skov T, Deddens J, Petersen MR, Endahl L. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *Int J Epidemiol* 1998; **27**: 91-95.
50. Deddens J, Petersen M, Lei X. Estimation of prevalence ratios when PROC GENMOD does not converge. (Paper 270-28). *SAS Users Group International Proceedings (SUGI 28)*, editor. Washington, Seattle: 2003-03-30 to 2003-04-02.
51. Belsley D, Kuh E, Welsch R. *Regression diagnostics: identifying influential data and sources of collinearity*. New York: John Wiley & Sons, 1980, 292 pages.
52. Pedhazur E. *Multiple regression in behavioral research. Explanation and prediction*. 2e édition, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1982, 822 pages.
53. Bowel cancer screening pilot monitoring and evaluation steering committee. *Australian bowel cancer screening pilot program and beyond. Final evaluation report. Rapport No 6/2005 (Screening monograph)*, Australian Government, Department of Health and Ageing 2005.
54. Zarychanski R, Chen Y, Bernstein CN, Hebert PC. Frequency of colorectal cancer screening and the impact of family physicians on screening behaviour. *CMAJ* 2007; **177**: 593-597.
55. Cole SR, Young GP, Byrne D, Guy JR, Morcom J. Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care practitioner. *J Med Screen* 2002; **9**: 147-152.
56. Thomas RJ, Clarke VA. Colorectal cancer: a survey of community beliefs and behaviours in Victoria. *Med J Aust* 1998; **169**: 37-40.
57. Marshall DA, Johnson FR, Phillips KA, Marshall JK, Thabane L, Kulin NA. Measuring patient preferences for colorectal cancer screening using a choice-format survey. *Value Health* 2007; **10**: 415-430.

ANNEXE A

PLAN DE TRAVAIL DE L'INSPQ POUR L'ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE POPULATIONNEL DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES PERSONNES À RISQUE MOYEN AU QUÉBEC

PLAN DE TRAVAIL DE L'INSPQ POUR L'ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE POPULATIONNEL DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES PERSONNES À RISQUE MOYEN AU QUÉBEC

(Dernière mise à jour réalisée en décembre 2006)

L'analyse de la pertinence et de la faisabilité d'un programme de dépistage relève de critères internationalement reconnus qui ont été établis pour la première fois en 1968 (Wilson et Yungner, 1968). Plusieurs adaptations ont ensuite été élaborées, dont celle du Canada (CNDCC, 2002). L'ensemble de critères le plus complet est toutefois celui utilisé par le National Screening Committee (NSC) du Royaume-Uni que nous avons adopté (NSC, 2000). Ces critères ont été intégrés dans le cadre d'analyse dont nous nous sommes dotés qui est présenté à la Figure A-1. On peut légitimement penser que le dépistage pourrait réduire la mortalité par cancer colorectal, mais il y a trop d'inconnues pour affirmer dès maintenant que les conditions peuvent être réunies au Québec pour bénéficier de cette approche. Les impacts d'un éventuel programme sur la santé, sur le système de soins et sur les coûts demeurent incertains. Plusieurs études, décrites ci-dessous, ont donc été entreprises à l'INSPQ.

Les études concernant les connaissances scientifiques

Les options cliniques supportées par les évidences scientifiques sont les seules permettant d'élaborer une approche fiable et de reproduire une intervention efficace. Deux revues systématiques de la littérature ont été entreprises afin de se doter d'une base de référence sur l'efficacité des diverses modalités cliniques de dépistage du cancer colorectal :

1. Une revue systématique des essais cliniques randomisés évaluant l'efficacité du dépistage du cancer colorectal basé sur la RSOS, l'endoscopie ou le lavement baryté double contraste.
2. Une revue systématique des programmes de dépistage populationnel du cancer colorectal.

Les études sur la situation spécifique au Québec

Les études cliniques et les modèles coûts-efficacité qui en ont découlé nous permettent de cibler les éléments les plus sensibles qui feraient la différence entre un programme efficace ou non. Certains de ces éléments sont de nature contextuelle et dépendent donc de la situation spécifique du Québec.

Plusieurs études ont été entreprises afin de documenter et de comprendre la situation au Québec à l'égard de ces déterminants :

1. Une étude de l'évolution de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal au Québec en comparaison avec le reste du Canada et les autres pays industrialisés.
2. Une étude sur la capacité actuelle et potentielle des actes endoscopiques colorectaux au Québec.
3. Une étude de la qualité des examens endoscopiques colorectaux (coloscopie, sigmoïdoscopie, polypectomie et biopsie) au Québec.
4. Une enquête auprès de la population cible sur les attitudes et les intentions de se prévaloir d'un dépistage du cancer colorectal.

5. Une enquête sur les attitudes et les intentions des omnipraticiens concernant le dépistage populationnel du cancer colorectal.
6. La modélisation des coûts, des volumes d'actes cliniques requis et de l'efficacité de différentes modalités de dépistage et de démarrage progressif d'un programme dans le système de soins québécois.

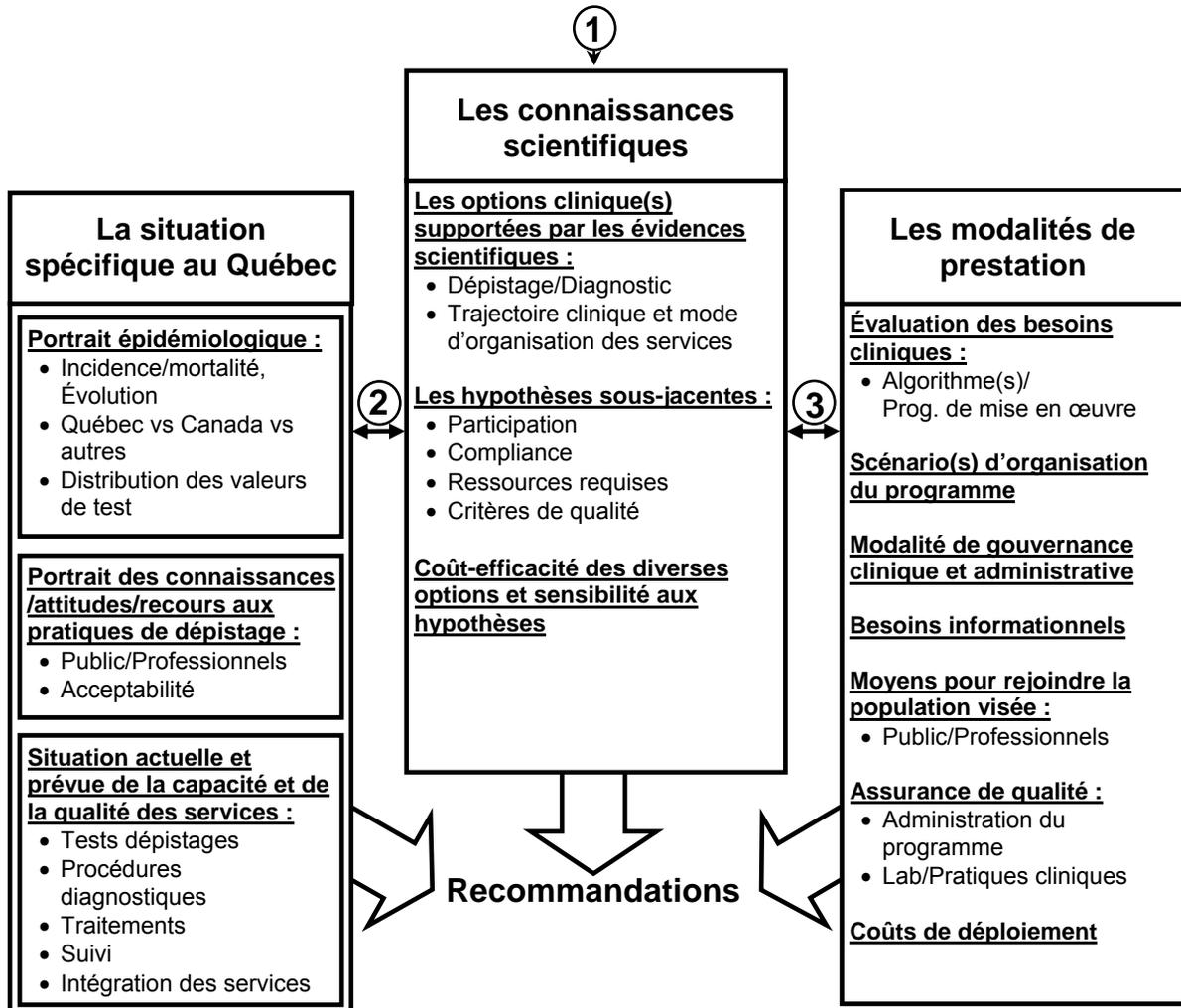
Références

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers 34. 1968. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

CNDCC. Rapport du comité national sur le dépistage du cancer colorectal. 2002. Ottawa, Canada, National Committee on Colorectal Cancer Screening - Public Health Agency of Canada.

NSC. Second report of the UK national screening committee. 2000. UK National Screening Committee. 2000.

Figure A-1 Cadre d'analyse de la faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal



ANNEXE B

VALIDATION DU QUESTIONNAIRE : MÉTHODES ET RÉSULTATS

VALIDATION DU QUESTIONNAIRE

1. OBJECTIF

La phase de validation poursuivait trois objectifs spécifiques :

- 1) s'assurer que les questions développées dans d'autres pays sont pertinentes pour le contexte québécois;
- 2) vérifier que le modèle théorique choisi est adéquat;
- 3) réduire le nombre total de questions en ciblant les plus pertinentes selon le modèle théorique.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Sujets

Pour être éligibles, les sujets de la phase de validation devaient rencontrer les mêmes critères que les participants à l'enquête principale et ils étaient recrutés de façon identique. Cependant, étant donné le nombre requis d'entrevues en anglais, l'échantillonnage pour la phase de validation a été organisé de façon à surreprésenter les anglophones. Ainsi, un plan d'échantillonnage à deux degrés avec stratification non-proportionnelle au premier degré (ménage) et sélection aléatoire simple au deuxième degré (individus âgés de 45 à 74 ans) a été utilisé^{42, 44}. Puisque les anglophones sont majoritairement concentrés dans la RMR de Montréal, la stratification non-proportionnelle a été utilisée de façon à obtenir :

- 40 % des entrevues complétées par des répondants de la RMR de Montréal sélectionnés aléatoirement, sans critère spécifique de langue;
- 27 % des entrevues complétées par des répondants de la RMR de Montréal sélectionnés aléatoirement, mais devant être anglophones;
- 33 % des entrevues complétées par des répondants de l'extérieur de la RMR de Montréal sélectionnés aléatoirement, sans critère de langue.

2.2. Analyses statistiques

2.2.1. Analyses factorielles

Les analyses factorielles ont permis de déterminer si les questions pouvaient être regroupées en construits tels que suggérés par le modèle conceptuel choisi⁴²⁻⁴⁴. Par ailleurs, en identifiant les questions qui n'étaient pas associées à un construit du modèle, ces analyses ont permis de cibler les questions non-pertinentes qui pouvaient être exclues du questionnaire.

En raison de la structure du questionnaire qui évalue les barrières et bénéfiques pour chaque modalité de dépistage, quatre analyses factorielles indépendantes ont été réalisées : une première analyse incluant les questions portant sur le dépistage en général (perception de la vulnérabilité et des conséquences du cancer colorectal ainsi que l'intention de se soumettre au dépistage), puis trois autres analyses portant spécifiquement sur les barrières et

bénéfices de chaque modalité de dépistage. Les analyses factorielles ont été réalisées séparément pour les questionnaires anglophones et francophones et en combinant les 2 langues. Puisque les conclusions étaient très similaires, seuls les résultats des analyses regroupant les deux langues sont présentés.

Les analyses factorielles réalisées étaient exploratoires, donc sans structure de facteurs a priori. L'extraction des facteurs (qui sont représentés par les construits) a été effectuée par la méthode du maximum de vraisemblance. La rotation promax, qui permet de simplifier la structure des données, a été utilisée puisqu'elle est recommandée lorsque les facteurs sont susceptibles d'être corrélés comme dans l'étude de comportements. Les critères suivants ont été utilisés pour la décision du nombre de facteurs : 1) la proportion de variance expliquée par chaque facteur $\geq 10\%$; 2) le nombre de facteurs indiqué avant le point de cassure dans la courbe des valeurs propres (eigenvalues); 3) un facteur doit avoir au moins 3 questions avec des poids ≥ 40 . Quant aux questions, un poids ≥ 40 sur un facteur était visé pour conserver la question⁴⁴.

2.2.2. Alphas de Cronbach

La consistance interne des échelles, mesurée par l'alpha de Cronbach, réfère à la corrélation entre les questions d'une échelle et permet de vérifier que les questions mesurent le même construit⁴³. Un alpha de Cronbach de 1 indiquerait une corrélation parfaite entre les questions, alors que l'absence totale de corrélation se traduirait par une valeur de 0. On reconnaît généralement qu'une échelle possède une bonne consistance interne lorsqu'elle présente des alphas de Cronbach supérieurs à 0,7⁴³. L'alpha de Cronbach est également un outil intéressant pour le développement et la sélection de questions. Les questions pour lesquelles l'alpha global du construit ne varie pratiquement pas lorsqu'elles sont retirées contribuent donc très peu à la mesure du construit et peuvent être supprimées. Les alphas ont été calculés pour toutes les échelles séparément pour les questionnaires anglophone et francophone ainsi qu'en regroupant les deux langues.

2.2.3. Analyse multi-trait

Les validités convergente et discriminante ont été vérifiées à l'aide de l'analyse multi-trait^{41, 43}. Cette analyse se base également sur les corrélations, mais cette fois-ci, sur les corrélations entre les questions et les échelles auxquelles elles sont associées. La validité convergente réfère à la corrélation entre une question et son échelle, lorsque cette question est absente de l'échelle. Des corrélations questions-échelles avec des coefficients $> 0,30$ ⁴³ ou $> 0,40$ ⁴¹ possèdent une bonne validité de convergence. Quant à la validité discriminante, on considère qu'une question discrimine avec succès si sa corrélation avec son construit est supérieure d'au moins deux erreurs-types de celle obtenue avec les autres construits et avec un succès probable si cette différence est égale à une valeur située entre un à deux erreurs-types. (erreur-type = $1/\sqrt{n}$)⁴¹. On vérifie la validité discriminante d'une question une fois que sa validité convergente a été établie. Ces analyses ont été réalisées selon les mêmes regroupements de questions utilisés pour l'analyse factorielle.

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques des sujets

Un total de 302 entrevues a été réalisé pour la phase de validation, 204 entrevues avec des participants habitant dans la RMR de Montréal et 98 entrevues avec des personnes provenant de l'extérieur de Montréal. Lorsque l'on considère la langue de l'entrevue, 202 entrevues ont été réalisées en français et 100 en anglais. Le Tableau B-1 présente les caractéristiques socio-démographiques et les antécédents de cancer des participants à la phase de validation telles qu'obtenues avec l'échantillon sans pondération.

3.2. Analyses factorielles

3.2.1. Dépistage général

L'analyse factorielle des questions portant sur les perceptions des conséquences et de la vulnérabilité face au cancer colorectal ainsi que sur l'intention de se soumettre au dépistage a révélé une structure en deux facteurs (perception des conséquences et intention de se soumettre au dépistage) (Tableau B-2) alors que trois facteurs étaient suggérés par le modèle théorique (Figure 1). La perception de la vulnérabilité n'a pas été identifiée comme facteur par l'analyse factorielle étant donné que seulement deux items y étaient associés. Toutes les autres questions avaient des poids supérieurs à 40 pour un facteur, sauf pour la perception d'une situation financière difficile après un cancer avec un poids de 39.

3.2.2. Barrières et bénéfices

Quant aux barrières et bénéfices (Tableau B-3, Tableau B-4, Tableau B-5), certaines questions étaient spécifiques aux options de dépistage alors que d'autres portaient sur les bénéfices ou les barrières générales du dépistage. Tel qu'attendu, les analyses effectuées pour chaque option de dépistage ont révélé une structure en deux facteurs : les barrières et bénéfices.

Pour les bénéfices, les résultats indiquent que les bénéfices spécifiques de chaque modalité de dépistage ne sont pas distingués par les répondants. Les questions portant sur la confiance d'une personne envers le test spécifique pour trouver un cancer et sur le fait d'être rassuré par un résultat normal à chaque test montrent les poids les plus faibles (inférieurs à 41) pour l'échelle des bénéfices. Par contre, les questions sur les bénéfices généraux du dépistage ont toutes des poids supérieurs à 40 sur l'échelle des bénéfices.

À l'opposé, les barrières générales du dépistage mesurant la peur de trouver quelque chose d'anormal (poids de 33 à 41) et la non nécessité de passer un test car la personne n'a pas de problème (poids de 24 à 30) présentent de faibles poids aux trois analyses. Pour les barrières spécifiques à la RSOS, les restrictions alimentaires et le temps requis pour réaliser les tests ont des poids de 19 et 22, respectivement. Pour les barrières de la sigmoïdoscopie, les plus faibles poids sont retrouvés pour les questions portant sur la douleur de l'examen et le temps nécessaire pour passer l'examen. Toutes les autres barrières de la sigmoïdoscopie montrent des poids supérieurs à 40. Plusieurs barrières spécifiques de la coloscopie

montrent des poids inférieurs à 40 (raccompagnement après l'examen (21), temps nécessaire pour l'examen (38), inquiétudes à l'idée de passer l'examen (39), douleur de l'examen (27)).

3.3. Alphas de Cronbach

Les alphas de Cronbach des échelles initiales étaient supérieurs ou très près de 0,70 pour toutes les échelles, sauf pour la perception de la vulnérabilité (0,42) et les barrières de la RSOS (0,59) (Tableau B-6).

3.4. Analyse multi-trait

Le Tableau B-7 présente les résultats de l'analyse multi-trait et les sections encadrées indiquent les coefficients de corrélation des questions avec leur échelle. Les deux questions évaluant la perception de la vulnérabilité sont sous le seuil recherché de 0,30 pour la corrélation avec leur échelle. Aucune question évaluant la perception des conséquences du cancer ne se retrouve sous ce seuil. Toutefois, les conséquences du cancer quant à la douleur physique et la situation financière difficile sont plus faibles avec des corrélations de 0,39 et 0,32, respectivement. Toutes les corrélations des questions évaluant les intentions de se soumettre au dépistage avec leur échelle sont élevées (entre 0,59 et 0,75).

Également, tous les bénéfices généraux de dépistage corrélaient à plus de 0,50 avec leur échelle. Par contre, les corrélations pour les bénéfices spécifiques de chaque option de dépistage sont plus faibles (0,14 à 0,43). La situation inverse est retrouvée pour les barrières du dépistage. Les barrières générales présentent des corrélations plus faibles (0,27 à 0,38) alors que la plupart des barrières spécifiques à chaque examen sont supérieures à 0,30. La question sur les restrictions alimentaires précédant la RSOS présente la plus faible corrélation (0,23) pour les barrières spécifiques à la RSOS, alors que la douleur possible lors de la sigmoïdoscopie ou de la coloscopie ont des corrélations de seulement 0,17 et 0,23, respectivement.

Quant à la validité discriminante, on considère qu'une question discrimine avec succès si sa corrélation avec le construit qu'elle doit mesurer est supérieure à 2 écarts-types de sa corrélation avec les autres construits. L'écart-type, déterminé par la formule $1/\sqrt{n}$, équivaut à 0,06 dans la présente étude⁴¹. Parmi les questions qui possèdent une bonne validité de convergence, la différence entre la corrélation avec le construit mesuré et la corrélation avec les autres construits est toujours supérieure à 0,12 (soit 2 x 0,06).

Tableau B-1 Caractéristiques socio-démographiques et antécédents de cancer colorectal des 302 participants à la phase de validation.

Caractéristiques	Francophones n = 202		Anglophones n = 100	
	%	(N)	%	(N)
Socio-démographiques				
Pays de naissance				
Canada	96,0	(194)	61,0	(61)
Ailleurs	4,0	(8)	38,0	(38)
Âge				
45-54 ans	42,6	(86)	43,0	(43)
55-64 ans	32,7	(66)	35,0	(35)
65-75 ans	24,8	(50)	20,0	(20)
Moyenne (écart-type)	57,7	(8,3)	57,3	(8,5)
Sexe				
Homme	39,1	(79)	29,0	(29)
Femme	60,9	(123)	71,0	(71)
Niveau de scolarité				
Primaire / Secondaire	55,5	(112)	36,0	(36)
Cégep	14,4	(29)	22,0	(22)
Université	30,2	(61)	42,0	(42)
Revenu				
0 à 14 999 \$	15,4	(31)	9,0	(9)
15 000 à 39 999 \$	26,7	(54)	31,0	(31)
40 000 à 79 999 \$	35,6	(72)	28,0	(28)
Plus de 80 000 \$	14,9	(30)	18,0	(18)
Ne sait pas / refus	7,4	(15)	14,0	(14)
Région de résidence ¹				
Montréal, Québec	26,7	(54)	73,0	(73)
Régions de densité moyenne	56,4	(114)	22,0	(22)
Régions éloignées	15,8	(32)	0,0	(0)
Région non-identifiée	1,0	(2)	5,0	(5)
RUIS				
Université de Montréal	45,5	(92)	28,0	(28)
Université Laval	21,3	(43)	1,0	(1)
Université McGill	14,9	(30)	62,0	(62)
Université de Sherbrooke	11,4	(23)	2,0	(2)
RUIS non-identifié	6,9	(14)	7,0	(7)
Antécédents personnels et familiaux				
A eu une maladie intestinale	4,0	(8)	4,0	(4)
Antécédents personnels de cancer	11,4	(23)	10,0	(10)
Connaît une personne proche qui a déjà eu un cancer de l'intestin	20,3	(41)	29,0	(29)

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé.

1 : Les regroupements des régions socio-sanitaires (RSS) utilisés sont les suivants :

Centres urbains : Québec (RSS de la Capitale-Nationale), Montréal (RSS de Montréal)

Régions de densité moyenne : RSS de Mauricie—Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie

Régions éloignées : RSS Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-St-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Tableau B-2 Analyses factorielles initiales et finales pour le dépistage général

Questions	Analyse initiale			Analyse finale		
	Poids 1	Poids 2	Communalités	Poids 1	Poids 2	Communalités
Perception des conséquences du CaCR						
Limite les activités sociales	-2	51	26	0	52	27
Occasionne de la douleur physique	9	49	25	9	49	25
Empêche de faire les activités habituelles	2	75	57	4	82	68
Situation financière difficile	3	39	15	-----	-----	-----
Physiquement mal en point	-2	63	39	-1	55	30
Ce cancer cause le décès	8	44	20	-----	-----	-----
Intention de se soumettre au dépistage du CaCR						
Par RSOS recommandé par la santé publique	56	10	33	56	10	33
Par RSOS recommandé par le médecin	54	3	29	54	4	30
Par sigmoïdoscopie recommandé par la santé publique	80	6	65	80	6	64
Par sigmoïdoscopie recommandé par le médecin	79	-4	62	79	-5	62
Par coloscopie recommandé par la santé publique	79	-4	63	79	-5	63
Par coloscopie recommandé par le médecin	85	-6	72	85	-6	72
Perception de la vulnérabilité face au CaCR						
Risque par rapport aux personnes du même âge	16	6	3	17	6	3
Probabilité d'avoir un cancer colorectal	19	6	4	19	3	4

CaCR : Cancer colorectal, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles.

Tableau B-3 Analyses factorielles initiales et finales pour les barrières et bénéfiques de la RSOS

Questions	Analyse initiale			Analyse finale		
	Poids 1	Poids 2	Communalités	Poids 1	Poids 2	Communalités
Perception des bénéfices						
Ce dépistage pourrait sauver la vie	70	1	48	70	2	49
Les traitements seraient moins pénibles	69	4	48	75	7	55
Permet de trouver des cancers plus tôt	68	0	46	67	-1	45
Diminue le risque de décéder de ce cancer	69	-4	48	65	-4	43
Confiance en la RSOS pour trouver un cancer	11	-10	2	----	----	----
Serait rassuré si la RSOS était négative	34	-3	12	----	----	----
Serait rassuré si le résultat était normal (général)	64	1	41	----	----	----
Perception des barrières						
Peur de trouver quelque chose d'anormal	-3	33	11	-4	28	8
Pas besoin de passer un test car n'a pas de problèmes	-14	24	9	----	----	----
Faire ce test est embarrassant	-3	72	53	-5	78	62
Restrictions alimentaires	-16	19	7	----	----	----
Prendrait le temps de faire le test	-40	22	23	----	----	----
Incapable de faire le test	-32	34	24	-34	30	22
Recueillir des selles serait désagréable	15	59	35	10	59	34

RSOS : Recherche de sang occulte dans les selles.

Tableau B-4 Analyses factorielles initiales et finales pour les barrières et bénéfiques de la sigmoïdoscopie

Questions	Analyse initiale			Analyse finale		
	Poids 1	Poids 2	Communalités	Poids 1	Poids 2	Communalités
Perception des bénéfiques						
Ce dépistage pourrait sauver la vie	69	2	47	70	-1	50
Les traitements seraient moins pénibles	67	1	44	74	2	54
Permet de trouver des cancers plus tôt	69	4	47	67	4	44
Diminue le risque de décéder de ce cancer	69	-6	49	64	-5	43
Confiance en la sigmoïdoscopie pour trouver un cancer	10	-31	11	----	----	----
Serait rassuré si la sigmoïdoscopie était normale	33	-11	14	----	----	----
Serait rassuré si le résultat était normal (général)	67	8	44	----	----	----
Perception des barrières						
Peur de trouver quelque chose d'anormal	-1	41	17	-2	39	15
Pas besoin de passer un test car n'a pas de problèmes	12	30	12	----	----	----
Lavement découragerait de faire le test	-3	57	33	-2	60	37
Risque de complications	-1	65	42	-2	64	42
Prendrait le temps d'aller passer cet examen	-32	33	26	----	----	----
Gêne ou embarras de passer cet examen	4	61	37	2	61	37
Inquiétudes à l'idée de passer cet examen	6	53	27	3	51	25
Examen probablement douloureux	6	24	6	----	----	----

Tableau B-5 Analyses factorielles initiales et finales pour les barrières et bénéfiques de la coloscopie

Questions	Analyse initiale			Analyse finale		
	Poids 1	Poids 2	Communalités	Poids 1	Poids 2	Communalités
Perception des bénéfiques						
Ce dépistage pourrait sauver la vie	70	2	48	71	-4	51
Les traitements seraient moins pénibles	68	9	46	76	5	57
Permet de trouver des cancers plus tôt	67	5	45	66	3	43
Diminue le risque de décéder de ce cancer	69	0	48	64	-1	41
Confiance en la coloscopie pour trouver un cancer	20	-18	8	----	----	----
Serait rassuré si la coloscopie était normale	41	-12	20	----	----	----
Serait rassuré si le résultat était normal (général)	65	-1	42	---	---	---
Perception des barrières						
Peur de trouver quelque chose d'anormal	-4	36	13	-4	28	8
Pas besoin de passer un test car n'a pas de problèmes	-13	29	12	----	----	----
Laxatif et restrictions alimentaires	-4	67	46	-3	78	61
Risque de complications	-1	70	50	1	78	60
Devoir se faire raccompagner après l'examen	-9	21	6	----	----	----
Prendrait le temps d'aller passer cet examen	-30	38	27	----	----	----
Gêne ou embarras de passer cet examen	3	41	17	1	30	9
Inquiétudes à l'idée de passer cet examen	13	39	15	12	25	7
Examen probablement douloureux	10	27	7	----	----	----

Tableau B-6 Alphas de Cronbach et nombre de questions des échelles initiales et finales

Échelles	Initiales		Finales			
	Nombre de questions	Alphas	Nombre de questions	Alphas		
				total	français	anglais
Perception vulnérabilité	2	0,42	3	ND	ND	ND
Conséquences cancer	6	0,69	4	0,69	0,65	0,79
Barrières ¹ RSOS	5 + 2	0,59	3 + 1	0,54	0,52	0,60
Sigmoidoscopie	6 + 2	0,69	4 + 1	0,68	0,70	0,65
Coloscopie	7 + 2	0,68	4 + 1	0,64	0,65	0,62
Bénéfices ² RSOS	2 + 5	0,72	0 + 4	0,82	0,82	0,82
Sigmoidoscopie	2 + 5	0,73	0 + 4			
Coloscopie	2 + 5	0,76	0 + 4			
Intention dépistage	6	0,86	6	0,86	0,88	0,83

ND : Non disponible, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles.

1 : Le questionnaire initial comportait deux questions sur les barrières générales au dépistage qui ont été incluses dans les scores de barrières aux examens spécifiques. Une de ces questions a été supprimée et une seule barrière générale a été conservée dans chaque score.

2 : Le questionnaire initial comportait cinq questions sur les bénéfices généraux du dépistage. Toutes les questions portant sur les bénéfices spécifiques ont été supprimées et quatre questions portant sur les bénéfices généraux ont été conservés pour former un seul score de bénéfices généraux.

Tableau B-7 Analyse multi-trait, corrélation des questions avec les échelles initiales

Échelles Questions	Dépistage général			RSOS		Sigmoïdoscopie			Coloscopie			
	Vuln.	Cons.	Intention	Intention	Bénéfice	Barrière	Intention	Bénéfice	Barrière	Intention	Bénéfice	Barrière
Perception vulnérabilité												
Risque par rapport aux personnes du même âge	0,25	0,05	0,17									
Probabilité d'avoir un CaCR	0,25	0,11	0,15									
Perception conséquences												
Limite les activités sociales	0,04	0,41	0,00									
Douleur physique	0,09	0,39	0,08									
Limite les activités habituelles	0,06	0,58	0,06									
Situation financière difficile	0,08	0,32	0,03									
Physiquement mal en point	0,06	0,53	-0,02									
Ce cancer cause le décès	0,04	0,36	0,09									
Intention dépistage												
Par RSOS												
recommandé par la santé publique	0,14	0,10	0,59	0,63	0,36	-0,39						
recommandé par le médecin	0,16	0,03	0,57	0,63	0,32	-0,35						
Par sigmoïdoscopie												
recommandé par la santé publique	0,11	0,10	0,74				0,66	0,28	-0,40			
recommandé par le médecin	0,15	0,04	0,71				0,66	0,24	-0,44			
Par coloscopie												
recommandé par la santé publique	0,20	0,01	0,70							0,72	0,20	-0,46
recommandé par le médecin	0,21	0,01	0,75							0,72	0,26	-0,46
Bénéfices généraux												
Dépistage pourrait sauver la vie				0,20	0,55	-0,19	0,14	0,56	-0,13	0,13	0,58	-0,14
Traitements moins pénibles				0,14	0,53	-0,17	0,11	0,54	-0,13	0,09	0,53	-0,08
Trouver des cancers plus tôt				0,23	0,55	-0,19	0,12	0,57	-0,13	0,10	0,57	-0,11
Diminue le risque de décès par cancer				0,31	0,59	-0,25	0,23	0,59	-0,21	0,20	0,58	-0,17
Serait rassuré avec dépistage négatif				0,27	0,54	-0,15	0,19	0,53	-0,06	0,16	0,55	-0,09
Bénéfices RSOS												
Confiance pour trouver un cancer				0,24	0,14	-0,16						
Résultat normal serait rassurant				0,23	0,32	-0,15						
Bénéfices sigmoïdoscopie												
Confiance pour trouver un cancer							0,25	0,14	-0,28			
Résultat normal serait rassurant							0,19	0,32	-0,16			

Tableau B-7 Analyse multi-trait, corrélation des questions avec les échelles initiales (suite)

Échelles Questions	Dépistage général			RSOS		Sigmoïdoscopie			Coloscopie			
	Vuln.	Cons.	Intention	Intention	Bénéfice	Barrière	Intention	Bénéfice	Barrière	Intention	Bénéfice	Barrière
Bénéfices coloscopie												
Confiance pour trouver un cancer										0,22	0,20	-0,23
Résultat normal serait rassurant										0,18	0,43	-0,20
Barrières générales												
Peur de trouver quelque chose d'anormal				-0,11	-0,06	0,30	-0,17	-0,11	0,36	-0,12	-0,11	0,38
Pas besoin de passer un test car n'a pas de problèmes				-0,21	-0,11	0,27	-0,24	-0,21	0,29	-0,24	-0,19	0,33
Barrières RSOS												
Restrictions alimentaires				-0,30	-0,17	0,23						
Prendrait le temps de faire le test				-0,53	-0,44	0,33						
Faire ce test est embarrassant				-0,18	-0,13	0,40						
Incapable de faire le test				-0,24	-0,33	0,34						
Recueillir des selles est désagréable				-0,03	0,05	0,30						
Barrières sigmoïdoscopie												
Lavement intestinal							-0,37	-0,13	0,45			
Risque de complications							-0,44	-0,19	0,52			
Prendrait le temps de passer l'examen							-0,54	-0,40	0,30			
Gêne ou embarras de passer l'examen							-0,15	-0,10	0,49			
Inquiétudes par manque d'information							-0,07	-0,09	0,40			
Examen probablement douloureux							-0,03	0,00	0,17			
Barrières coloscopie												
Laxatif et restrictions alimentaires										-0,43	-0,15	0,46
Risque de complications										-0,45	-0,14	0,47
Raccompagne après l'examen										-0,25	-0,17	0,26
Prendrait le temps de passer l'examen										-0,62	-0,39	0,31
Embarras de passer l'examen										-0,12	-0,04	0,38
Inquiétudes face à l'examen										-0,07	-0,01	0,36
Examen probablement douloureux										-0,09	0,03	0,23

CaCR : Cancer colorectal, RSOS : recherche de sang occulte dans les selles, Vuln. : perception de la vulnérabilité, Cons. : perception des conséquences.

Erreur-standard = $1 / \sqrt{n} = 0,06$

ANNEXE C

VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE DE LA PHASE DE VALIDATION

VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE DE LA PHASE DE VALIDATION

SONDAGE SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AUPRÈS DES 45-74 ANS SANS ANTÉCÉDENTS INSPQ QUESTIONNAIRE

/*

Légende

texte	On utilise l'astérisque pour signaler un texte de question, un commentaire ou un choix de réponses non lu, qui apparaît à l'interviewer lors de l'entrevue.
...	Indique l'endroit où les choix de réponses sont à lire dans le texte de la question.
/*texte*/	Le texte entouré par « /*...*/ » est une note explicative qui n'apparaît pas à l'interviewer lors de l'entrevue.
NSP	Choix de réponses : Ne sait pas
NRP	Choix de réponses : Ne répond pas (refus)
NAP	Choix de réponses : Non applicable (sans objet)
->, ->>	Signifie « Passez à la question »
->sortie	Valide avec l'interviewer que le répondant n'est pas admissible, termine l'entrevue et la classe comme « inadmissible ».
->fin	Termine l'entrevue et la classe comme « Complétée »
1=, 1=	Lorsque <u>tous</u> les choix de réponses sont précédés de « 1= », il s'agit d'une question pouvant comporter plusieurs réponses (chaque choix est oui ou non).
1=, 2=, ...	Lorsque les choix de réponses sont précédés de « 1=..., 2=..., etc. », une seule réponse est possible à moins d'indications contraires (par exemple : « 3 mentions »).
Q_Sical, Q_INcal	Les questions commençant par « Q_SI... » ou par « Q_IN... » sont des questions filtres ou des directives techniques permettant de lire des informations de l'échantillon, de compléter automatiquement certaines questions, de faire un branchement complexe, etc. Une note explicative, placée avant la question filtre ou la directive technique, précise la fonction remplie par cette dernière.
*/	
Q_Bi	Bonjour/bonsoir, mon nom est... de la maison de recherche SOM. Nous effectuons présentement une importante étude sur la santé publique et le cancer. Cette étude est menée par l'Institut national de santé publique et concerne le dépistage du cancer. Votre participation est importante car elle aidera à orienter des décisions majeures pour la santé publique.
->>SO	

Q_SO *Bonjour/bonsoir, mon nom est... de la maison de recherche SOM. Nous effectuons présentement une importante étude sur la santé publique et le cancer.

Cette étude est menée par l'Institut national de santé publique et concerne le dépistage du cancer. Votre participation est importante car elle aidera à orienter des décisions majeures pour la santé publique.*

Pour choisir la personne qui est éligible à répondre, j'ai besoin de savoir combien il y a de personnes qui vivent chez vous et qui sont âgées de 45 à 74 ans, en vous incluant?

0=*Aucune->F1
1=*Une (Demander de lui parler)->S1
2=*2
3=*3
4=*4
5=*5
6=*6 ou plus

Q_incalnbr
->>kish

q#nbr=q#SO

Q_nbr

Autocomplétée pour choix d'une personne

0=*Aucune
1=*Une
2=*2
3=*3
4=*4
5=*5
6=*6 ou plus

Q_Slkish
->>fin

si q#nbr=1,2,3,4,5,6->S1

Q_S1

*Bonjour/bonsoir, mon nom est... de la maison de recherche SOM. Nous effectuons présentement une importante étude sur la santé publique et le cancer.

Cette étude est menée par l'Institut national de santé publique et concerne le dépistage du cancer. Votre participation est importante car elle aidera à orienter des décisions majeures pour la santé publique.*

Vos réponses resteront anonymes et confidentielles. Aucune information personnelle ne sera conservée.
Pour assurer la qualité de nos travaux, cet appel pourrait être enregistré.

Quelle est votre année de naissance? (Si autre que 31 à 61, reculez à SO)
*Bornes=31,61
99 : NSP/NRP

Q_S2

Avez-vous déjà eu un cancer des intestins, c'est-à-dire un cancer du côlon ou du rectum?

1=*Oui
2=*Non->1.1
9=*NSP/NRP

Q_S3 Je vous remercie, mais cette étude s'adresse aux personnes qui n'ont jamais eu de cancer de l'intestin. Y a-t-il d'autres personnes de 45 – 74 ans qui vivent chez vous et qui n'ont pas eu de cancer des intestins (Si oui, combien?)

- 0=*Non, pas d'autres 45-74 ans sans antécédents->out
- 1=*Oui une (Demandez de lui parler ou prendre rendez-vous)->S1
- 2=*2
- 3=*3
- 4=*4
- 5=*5
- 6=*6 ou plus

Q_incalnbr2
->>kish

q#nbr=q#S3

/*CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉTAT DE SANTÉ*/

Q_1.1 Dans quel pays êtes-vous né(e)?

- 1=*Canada, Québec
- 2=*États-Unis
- 3=*France
- 4=*Royaume-Uni, Angleterre, Grande-Bretagne
- 5=*Irlande
- 6=*Italie
- 7=*Allemagne
- 8=*Haïti
- 9=*Chine, Taïwan, Hong Kong
- 10=*Japon
- 11=*Grèce
- 12=*Maroc
- 13=*Portugal
- 14=*Pologne
- 15=*Amérique du sud (Colombie, Venezuela, Brésil, Argentine, Équateur, Cuba)
- 16=*Amérique centrale (Mexique, Belize, Costa Rica, Honduras, Panama)
- 90=*Autre <précisez>
- 99=*NSP/NRP

Q_SEXE (Notez le sexe du répondant)

- 1=*Homme
- 2=*Femme

Q_1.2a Mes questions suivantes portent sur certaines maladies. Au cours de votre vie, un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des maladies suivantes :

La maladie de Crohn?

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP

Q_1.2b La colite ulcéreuse?

Q_1.2c Le syndrome du côlon irritable?

Q_1.2d Des incontinences intestinales?

Q_1.2e Une autre maladie des intestins?

90=*Oui <précisez>
2=*Non
9=*NSP/NRP

Q_1.3 Est-ce que vous avez déjà eu un cancer?

1=*Oui
2=*Non->1.5a
9=*NSP/NRP->1.5a

Q_1.4 De quel cancer s'agit-il? (Si plus d'un cancer, demandez le plus récent)

1=*Cancer du sein
2=*Cancer de la prostate
3=*Cancer du poumon
4=*Cancer du foie
5=*Cancer du pancréas
90=*Autre <précisez>
99=*NSP/NRP

Q_1.5a Est-ce qu'un membre de votre famille (famille élargie et famille proche) ou un ami proche a déjà eu :

Un cancer de l'intestin?

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP/NRP

/*Continuez si a eu une maladie intestinale ou connaît quelqu'un avec cancer de l'intestin*/

Q_sical1.6 si (Q#1.2a=1 ou Q#1.2b=1 ou Q#1.2c=1 ou Q#1.2d=1 ou Q#1.2e=90 ou Q#1.5a=1)->1.6
->>cal1.9

Q_1.6 Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre risque d'avoir un cancer de l'intestin était plus élevé que normal?

1=*Oui
2=*Non->cal1.9
9=*NSP/NRP

Q_1.7 Avez-vous déjà passé un examen de l'intestin parce que votre risque d'avoir un cancer de l'intestin est élevé?

1=*Oui
2=*Non->cal1.9
9=*NSP/NRP->cal1.9

Q_1.8a De quel examen s'agit-il? *Acceptez* *3 mentions, sortie=96,99

1=*Recherche de sang dans les selles (FOBT, culture de selles)
2=*Sigmoidoscopie (examen de l'intestin avec un tube court)
3=*Coloscopie (examen de l'intestin avec un tube long)
4=*Examen endoscopique non précisé (examen avec une caméra dans l'intestin, sigmoidoscopie ou coloscopie)
5=*Lavement baryté (radiographie des intestins avec liquide)
90=*Autre <précisez>
96=*Aucun autre->cal1.9
99=*NSP/NRP->cal1.9

/*Pour les femmes*/

Q_sical1.9 si Q#sexe=1->1.11
->>1.9

Q_1.9 Avez-vous déjà passé un test de Pap, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP

Q_1.10 Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie des seins?

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP

->>2.1a

/*Pour les hommes*/

Q_1.11 Avez-vous déjà eu une prise de sang pour mesurer le « PSA » (APS ou antigène spécifique prostatique), pour dépister le cancer de la prostate?

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP/NRP

/*Connaissances du cancer colorectal*/

Q_2.1a Selon vous, qu'est-ce qui augmente le risque d'avoir un cancer de l'intestin? *Sondez* *10 mentions, sortie=96,99,95 Quoi d'autre?

1=*Diète, mauvaise alimentation (manque de fibres, fruits, trop de gras)
2=*Âge avancé
3=*Histoire familiale, hérédité
4=*Manque d'activité physique
5=*Polypes (bosses inhabituelles dans l'intestin)

6=*Constipation
7=*Tabagisme
8=*Environnement
9=*Alcool
10=*Stress
90=*Autre <précisez>
95=*Rien en particulier->2.2a
96=*Aucun autre->2.2a
99=*NSP/NRP->2.2a

Q_2.2a Pour les prochaines questions, j'aimerais que vous me répondiez par vrai ou faux au meilleur de vos connaissances. ***(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).***

Le risque d'avoir un cancer de l'intestin augmente en vieillissant.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

Q_2.2b ***(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).***

Les femmes ont plus de risque d'avoir un cancer de l'intestin que les hommes.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

Q_2.2c ***(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).***

Il est possible d'avoir un cancer de l'intestin même si on ne ressent aucun symptôme et sans aucun signe.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

Q_2.2d ***(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).***

Le risque d'avoir un cancer de l'intestin est plus élevé si un autre membre de la famille a déjà eu ce cancer.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

/*Dépistage du cancer de l'intestin : généralités*/

- Q_3.1 Pour la suite, je tiens à vous spécifier qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Il s'agit simplement de me dire ce que vous pensez.
- Selon vous, en comparaison avec les gens de votre âge, votre risque d'avoir un cancer de l'intestin un jour ou l'autre est-il :
- 1=Beaucoup moins élevé
2=Moins élevé
3=Le même
4=Un peu plus élevé
5=Beaucoup plus élevé
9=*NSP/NRP
- Q_3.2 Dites-moi si vous êtes fortement d'accord, d'accord, en désaccord ou fortement en désaccord avec les affirmations suivantes :
- Si un jour vous avez un cancer de l'intestin, vos activités sociales avec la famille ou les amis seront limitées. (relire les codes au besoin)
- 1=*Fortement d'accord
2=*D'accord
3=*En désaccord
4=*Fortement en désaccord
9=*NSP/NRP
- Q_3.3 Si un jour vous avez un cancer de l'intestin, vous aurez beaucoup de douleur physique. (relire les codes au besoin)
- Q_3.4 Cela vous empêchera de faire vos activités habituelles.(relire les codes au besoin)
- Q_3.5 Si un jour vous avez un cancer de l'intestin, votre situation financière sera plus difficile. (relire les codes au besoin)
- Q_3.6 Vous serez physiquement très mal en point. (relire les codes au besoin)
- Q_3.7 Il est probable que vous ayez un cancer de l'intestin à un moment ou un autre de votre vie. (relire les codes au besoin)
- Q_3.8 Si un jour vous avez un cancer de l'intestin, cela causera certainement votre décès. (relire les codes au besoin)
- Q_3.9 Les prochaines questions portent sur le dépistage du cancer de l'intestin. Avec le dépistage, on peut trouver un cancer plus tôt, avant même que les symptômes apparaissent. (Au besoin si a déjà passé un test et ne sait pas quoi répondre : Même si vous avez déjà passé un test, il est possible que vous ayez à en passer un autre dans quelques années comme examen de dépistage du cancer. J'aimerais donc que vous me répondiez comme si vous deviez passer ce test à nouveau.)
- Êtes-vous fortement d'accord, d'accord, en désaccord ou fortement en désaccord avec les affirmations suivantes concernant le dépistage?

Trouver un cancer des intestins plus tôt pourrait sauver votre vie. (lire au besoin)

1=*Fortement d'accord

2=*D'accord

3=*En désaccord

4=*Fortement en désaccord

5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage

9=*NSP/NRP

Q_3.10 Les traitements du cancer de l'intestin sont moins pénibles si le cancer est trouvé plus tôt. (relire les codes au besoin)

Q_3.11 Vous avez peur de passer un test de dépistage parce que l'on pourrait trouver quelque chose d'anormal. (relire les codes au besoin)

Q_3.12 Vous n'avez pas besoin de passer un test de dépistage parce que vous n'avez pas de problèmes. (relire les codes au besoin)

Q_3.13 Vos proches vous encourageraient à passer un dépistage du cancer de l'intestin. (relire les codes au besoin)

Q_3.14 Le dépistage du cancer de l'intestin permet de trouver le cancer plus tôt. (relire les codes au besoin)

Q_3.15 Passer un test de dépistage du cancer de l'intestin diminuera votre risque de décéder de ce cancer. (relire les codes au besoin)

Q_3.16 Un test de dépistage du cancer de l'intestin dont le résultat serait normal vous rassurerait. (relire les codes au besoin)

Q_sical4.1
->>4.1

si Q#1.8a\$=2,3,4->6.18

/*Recherche de sang dans les selles*/

Q_4.1 Il existe un test pour détecter un cancer de l'intestin chez des personnes qui n'ont aucun signe ou symptôme particuliers. Il consiste à vérifier s'il y a de très petites quantités de sang dans les intestins en examinant les selles de la personne. Pour cela, à la maison, la personne doit, avec une spatule, déposer un peu de selles sur une carte spéciale qui est envoyée au laboratoire. Avec ce test, il est possible que l'on ne trouve pas tous les cancers ou que l'on trouve du sang même s'il n'y a pas de cancer. Si tout est normal, on doit refaire ce test tous les deux ans.

Pour une raison ou pour une autre, avez-vous déjà passé ce test?

1=*Oui

2=*Non

9=*NSP/NRP

- Q_4.2 Si ce test de dépistage est recommandé par les responsables de la santé publique, la probabilité que vous le fassiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.3 Si ce test est recommandé par votre médecin de famille, même si vous n'avez pas de problèmes, la probabilité que vous le fassiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.4a Si ce test est disponible gratuitement à la pharmacie, la probabilité que vous alliez le chercher pour le faire à la maison est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.4b Si ce test est envoyé à la maison par la poste, la probabilité que vous le fassiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.5 Durant les trois jours avant de faire le test, vous ne devez pas manger de viande rouge, certains fruits et légumes (des oranges, bananes ou brocoli) ni prendre des suppléments de vitamine C. Ceci vous découragerait-il de faire le test?
- 1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_4.6 Auriez-vous... confiance en ce test pour trouver un cancer de l'intestin si vous en aviez un?

1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_4.8 Dites-moi si vous êtes fortement d'accord, d'accord, en désaccord ou fortement en désaccord avec les énoncés suivants :

Si on ne retrouvait pas de sang dans vos selles, vous seriez rassuré(e). (relire les codes au besoin)

1=*Fortement d'accord
2=*D'accord
3=*En désaccord
4=*Fortement en désaccord
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_4.9 Vous prendriez le temps de faire ce test. (relire les codes au besoin)

Q_4.10 Faire ce test est embarrassant ou gênant. (relire les codes au besoin)

Q_4.11 Vous seriez capable de faire le test. (relire les codes au besoin)

Q_4.12 Recueillir un peu de selles serait désagréable pour vous (relire les codes au besoin)

/*Sigmoidoscopie*/

Q_5.1a Une autre façon de trouver un cancer de l'intestin est de passer une sigmoïdoscopie, aussi appelée coloscopie courte. Je vous rappelle qu'il s'agit toujours de dépistage, c'est-à-dire que l'on recherche un cancer chez une personne qui n'a pas de problème. Cet examen est fait par un médecin qui insère un petit tube dans le rectum, pour voir dans l'intestin s'il y a des bosses anormales. Cet examen permet de trouver des cancers dans le premier tiers seulement de l'intestin. L'examen dure 15 minutes. Les personnes quittent immédiatement après et continuent leur journée comme à l'habitude. Si tout est normal, on doit refaire cet examen 5 ans plus tard.

Pour une raison ou pour une autre, avez-vous déjà passé cet examen?

1=*Oui->5.1b
2=*Non
9=*NSP/NRP->5.1b

->>5.2

- Q_5.1b Il existe un autre examen, semblable à celui que je viens de vous décrire, mais le tube est plus long et le médecin peut voir tout l'intestin. Cet examen est la coloscopie longue et dure plus longtemps, de 30 à 60 minutes. On peut aussi vous donner un médicament par les veines pour vous aider à vous détendre, alors que ce médicament ne vous est pas donné pour la sigmoïdoscopie. Notez bien qu'aucun liquide n'est introduit dans l'intestin pour ces deux examens (contrairement au lavement baryté). Lequel des deux examens croyez-vous avoir passé...?
- 1=La sigmoïdoscopie avec le tube court
2=La coloscopie avec le tube long
3=*Les deux examens
4=*Aucun des deux
9=*NSP/NRP
- Q_TXT5.2 Pour les prochaines questions, j'aimerais avoir votre opinion concernant la sigmoïdoscopie avec le tube court. Même si vous avez déjà passé un examen, il est possible que vous ayez à en passer un autre dans quelques années comme examen de dépistage du cancer.
- 2=*Cliquez ici
- Q_5.2 Si cet examen de dépistage est recommandé par les responsables de la santé publique, la probabilité que vous le passiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_5.3 Si cet examen de dépistage est recommandé par votre médecin, même si vous n'avez pas de problèmes, la probabilité que vous le passiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_5.4 Avant le test, on doit faire un lavement pour vider l'intestin. Ceci vous découragerait-il... de passer cet examen?
- 1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_5.5 Environ 1 personne sur 10 000 pourrait avoir une complication à la suite de cet examen, comme un saignement ou une déchirure de l'intestin. Ceci vous découragerait-il... de passer cet examen?

1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_5.6 Auriez-vous... confiance en cet examen pour trouver un cancer si vous en aviez un?

1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_5.8 Dites-moi si vous êtes fortement d'accord, d'accord, en désaccord ou fortement en désaccord avec les énoncés suivants :

Si le résultat de cet examen était normal vous seriez rassuré(e).

1=*Fortement d'accord
2=*D'accord
3=*En désaccord
4=*Fortement en désaccord
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_5.9 Vous prendriez le temps d'aller passer cet examen. (relire les codes au besoin)

Q_5.10 Vous seriez gêné ou embarrassé de passer cet examen. (relire les codes au besoin)

Q_5.11 Vous êtes inquiet(e) à l'idée de passer cet examen parce que vous manquez d'information sur ce qui serait fait. (relire les codes au besoin)

Q_5.12 Cet examen est probablement douloureux. (relire les codes au besoin)

/*Coloscopie

Si Q5.1B=2,3 PASSER À DESCRIPTION 1

Si Q5.1B=1,9 PASSER À DESCRIPTION 2

Si Q5.1B N'A PAS ÉTÉ RÉPONDU PASSER À DESCRIPTION 3*/

Q_sicaltxt6a si Q#5.1b=2,3->txt6A
->>calTXT6b

Q_sicaltxt6b si Q#5.1b=1,4,9->txt6b
->>txt6C

- Q_TXT6A Le dernier examen qui permet de trouver un cancer de l'intestin est la coloscopie (longue) dont nous avons parlé plus tôt. Je vous rappelle rapidement que cet examen est comme celui dont nous venons de parler, mais le tube est plus long. Aussi, en raison du médicament qui peut être donné pour se détendre, les gens ne retournent habituellement pas au travail dans la même journée. Si tout est normal, on doit refaire cet examen 10 ans plus tard. Même si vous avez déjà passé cet examen, il est possible que vous ayez à en passer un autre dans quelques années comme examen de dépistage du cancer.
- >>6.2 2=*Cliquez ici
- Q_TXT6B Le dernier examen qui permet de trouver un cancer de l'intestin est la coloscopie (longue). Je vous rappelle rapidement que cet examen est comme celui dont nous venons de parler, mais le tube est plus long et le médecin peut voir presque tout l'intestin. Aussi, en raison du médicament qui peut être donné pour se détendre, les gens ne retournent habituellement pas au travail dans la même journée. Si tout est normal, on doit refaire cet examen 10 ans plus tard.
- >>6.2 2=*Cliquez ici
- Q_TXT6C Le dernier examen qui permet de trouver un cancer de l'intestin est la coloscopie (longue). Cet examen est comme celui dont nous venons de parler, mais le tube est plus long et le médecin peut voir presque tout l'intestin. Si le médecin trouve des bosses anormales, il peut aussi les enlever immédiatement. L'examen dure de 30 à 60 minutes. Avant l'examen, on peut injecter un médicament par les veines pour aider les personnes à se détendre. Pour cette raison, les gens ne retournent habituellement pas au travail dans la même journée. Si tout est normal, on doit refaire cet examen 10 ans plus tard.
- 2=*Cliquez ici
- Q_6.1 Pour une raison ou pour une autre, avez-vous déjà passé cet examen?
- 1=*Oui
2=*Non
9=*NSP/NRP
- Q_6.2 Si cet examen de dépistage est recommandé par les responsables de la santé publique, la probabilité que vous le passiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

- Q_6.3 Si cet examen de dépistage est recommandé par votre médecin, même si vous n'avez pas de problèmes, la probabilité que vous le passiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_6.4 Avant l'examen, vous devez éviter de manger des aliments solides pendant 24 heures et vous devez prendre un laxatif pour vider complètement l'intestin. Ceci vous découragerait-il... de passer cet examen?
- 1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_6.5 Environ 1 personne sur 1000 pourrait avoir une complication à la suite de cet examen, comme un saignement ou une déchirure de l'intestin. Ceci vous découragerait-il... de passer cet examen?
- 1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_6.6 En raison du médicament qui peut être donné pour aider à se détendre, les personnes doivent se faire raccompagner par quelqu'un après l'examen. Des problèmes de transport vous empêcheraient-ils de passer une coloscopie?
- 1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_6.7 Auriez-vous... confiance en cet examen pour trouver un cancer si vous en aviez un?
- 1=Pas du tout
2=Un peu
3=Assez
4=Beaucoup
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

- Q_6.8 Dites-moi maintenant si vous êtes fortement d'accord, d'accord, en désaccord ou fortement en désaccord avec les énoncés suivants :
- Si le résultat de l'examen était normal vous seriez rassuré(e). (relire les codes au besoin)
- 1=*Fortement d'accord
2=*D'accord
3=*En désaccord
4=*Fortement en désaccord
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_6.9 Vous prendriez le temps d'aller passer une coloscopie. (relire les codes au besoin)
- Q_6.10 Vous seriez gêné(e) ou embarrassé(e) de passer une coloscopie. (relire les codes au besoin)
- Q_6.11 Vous êtes inquiet(e) à l'idée de passer cet examen parce que vous manquez d'information sur ce qui serait fait. (relire les codes au besoin)
- Q_6.12 Cet examen est probablement douloureux. (relire les codes au besoin)
- Q_6.14 Des trois examens dont nous avons discuté, le sang dans les selles, la sigmoïdoscopie avec le tube court et la coloscopie avec le tube long, lequel choisiriez-vous de passer, en premier, comme examen de dépistage?
- 1=*Recherche sang dans les selles
2=*Sigmoïdoscopie
3=*Coloscopie
4=*N'importe lequel
5=*Aucun
9=*NSP/NRP
- Q_6.15a Pour quelles raisons? *Acceptez* *3 mentions, sortie=96,99
- 90=*Autre <précisez>
96=*Aucune autre->6.16
99=*NSP/NRP->6.16
- Q_6.16 Nous avons parlé plus tôt de chercher du sang dans les selles. Si l'on en trouve, il faut vérifier ce qui a causé le saignement avec une coloscopie.
- Si on trouvait du sang dans vos selles, la probabilité que vous passiez une coloscopie est-elle...? (Au besoin précisez : examen de l'intestin avec le tube long)
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
9=*NSP/NRP

- Q_6.18 Nous terminons maintenant avec quelques questions de classification. Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal?
- Q_6.19 Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété? (lire en partie au besoin)
- 0=*Aucune scolarité ou l'école maternelle
 - 1=*Première année
 - 2=*Deuxième année
 - 3=*Troisième année
 - 4=*Quatrième année
 - 5=*Cinquième année
 - 6=*Sixième année
 - 7=*Septième année
 - 8=*Huitième année ou secondaire I
 - 9=*Neuvième année ou secondaire II
 - 10=*Dixième année ou secondaire III
 - 11=*Onzième année ou secondaire IV
 - 12=*Douzième année ou secondaire V
 - 13=*Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières ou une école normale
 - 14=*Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep
 - 15=*Diplôme ou certificat d'études d'un programme de technique au cégep, d'une école de métier, ou d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
 - 16=*Études partielles à l'université
 - 17=*Certificat(s) universitaire(s) de premier cycle acquis
 - 18=*Baccalauréat(s) acquis
 - 19=*Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis
 - 20=*Certificat(s) universitaire(s) de deuxième cycle acquis
 - 21=*Maîtrise(s) acquise(s)
 - 22=*Doctorat(s) acquis
 - 90=*Autre <précisez>
 - 99=*NSP/NRP
- Q_6.20 Vivez-vous présentement avec un(e) conjoint(e) (mari, femme, partenaire stable)?
- 1=*Oui->6.24
 - 2=*Non
 - 9=*NSP/NRP
- Q_6.22 Vivez-vous avec d'autres personnes?
- 1=*Oui
 - 2=*Non
 - 9=*NSP/NRP
- Q_6.24 Présentement, avez-vous un travail rémunéré (payé), (salarié(e) ou à votre compte)?
- 1=*Oui
 - 2=*Non->6.26
 - 9=*NSP/NRP->6.26

- Q_6.25 Travaillez-vous...?
- 1=À temps plein
2=À temps partiel
9=*NSP/NRP
- Q_6.26 J'aimerais connaître votre revenu familial total avant impôt (revenu brut) de l'an dernier. Était-ce...? *Acceptez une réponse spontanée*
- 1=Moins de 10 000\$
2=Entre 10 000 et moins de 15 000\$
3=Entre 15 000\$ et moins de 30 000\$
4=Entre 30 000\$ et moins de 40 000\$
5=Entre 40 000\$ et moins de 60 000\$
6=Entre 60 000\$ et moins de 80 000\$
7=Entre 80 000\$ et 100 000\$
8=Plus de 100 000\$
99=*NSP/NRP

***Remerciements*/**

- Q_F1 Je vous remercie, mais cette étude s'adresse aux personnes qui sont âgées entre 45-74 ans.
- Q_F3 En terminant, acceptez-vous que vos réponses soient analysées avec celles de 2000 autres personnes de façon complètement anonyme par l'Institut national de santé publique du Québec?
- 1=*Accepte
2=*Refuse
- Q_TXTFIN Je vous remercie pour votre participation et bonne fin de journée! *Au besoin : Dr. Mélanie Drolet 418-650-5115 ext. 5544*
- 2=*OK

/*Questions à compléter après l'entrevue par les interviewers*/

- Q_F4 Selon vous, répondre à ces questions pour la personne était :
- 1=*Extrêmement difficile
2=*Très difficile
3=*Difficile
4=*Légèrement difficile
5=*Pas du tout difficile
- Q_F5 À quel point êtes-vous confiant(e) que la personne comprenait bien le sens des questions :
- 1=*Très confiant(e)
2=*Assez confiant(e)
3=*Plus ou moins confiant(e)
4=*Pas du tout confiant(e)
- Q_FIN Je vous remercie pour votre participation et bonne fin de journée!

ANNEXE D

**VERSION ANGLAISE DU QUESTIONNAIRE
DE LA PHASE DE VALIDATION**

VERSION ANGLAISE DU QUESTIONNAIRE DE LA PHASE DE VALIDATION

**SURVEY WITH 45 – 74 YEARS OLD ABOUT
SCREENING FOR BOWEL CANCER**

**INSPQ
QUESTIONNAIRE**

/*

Legend

*text	The asterisk is used to signal a question text, a comment or an unread response option seen but not read by the interviewer during the interview.
...	Indicates where in the question text, the responses choices are to be read to the respondent.
/*text*/	Text placed between “/*...*/” is an explanatory note that is not seen by the interviewer during the interview.
DNK/DNA	Response option : Does not know
DNA	Response option : Does not answer (Refusal)
NA	Response option : Non applicable
->, ->>	Means “Go to question number...”
->sortie	Confirms with the interviewer that the respondent is not eligible, ends the interview and places it in “Non-eligible.”
->end	Ends the interview and places it in “Completed.”
1=, 1=	When <u>all</u> response options are preceded by “1=”, it means that it is a question for which multiple responses can be given (each option being yes or no).
1=, 2=, ...	When response options are preceded by “1=..., 2=..., etc.”, only one answer is possible, unless otherwise indicated (for example : “3 mentions”).
Q_Slcal, Q_INcal	Questions beginning with “Q_Sl...” or “Q_IN...” are filter questions or technical instructions that give access to data from the sample file, automatically give the answer to certain questions, perform a complex skip pattern, etc. An explanatory note placed before the filter question or technical instruction explains the function it performs.

*/

Q_Bi Good evening (morning/afternoon). My name is... from SOM, a research firm. We are currently conducting an important study about public health and cancer.

This study is performed by the National Institute of public health and is about cancer screening. Your participation is important because it will help make major decisions about our public health.

->>SO

Q_SO *Good evening (morning/afternoon). My name is... from SOM, a research firm. We are currently conducting an important study about public health and cancer.

This study is performed by the National Institute of public health and is about cancer screening. Your participation is important because it will help make major decisions about our public health.*

To choose a respondent from your household, I first need to know how many people living in your home are aged 45 – 74, including yourself if you are in that group?

0=*None->F1

1=*Only one (Ask to speak with that person)->S1

2=*2

3=*3

4=*4

5=*5

6=*6

Q_incalnbr
->>kish

q#nbr=q#SO

Q_nbr

Autocomplétée pour choix d'une personne

0=*None

1=*One

2=*2

3=*3

4=*4

5=*5

6=*6 or more

Q_Slkish
->>fin

si q#nbr=1,2,3,4,5,6->S1

Q_S1

*Good evening (morning/afternoon). My name is... from SOM, a research firm. We are currently conducting an important study about public health and cancer.

This study is performed by the National Institute of public health and is about cancer screening. Your participation is important because it will help make major decisions about our public health.*

Your answers will be kept confidential. No personal information will be kept.

To ensure the quality of our work, this call may be recorded.

In what year were you born? (If was not born between 1931 and 1961, go back to SO)

99 : DNK/DNA

Q_S2 Have you ever had bowel cancer, that is colon or rectum cancer?

1=*Yes
2=*No->1.1
9=*DNK/DNA

Q_S3 I thank you but this study is only aimed at people who have never had bowel cancer. Is there anyone else living with you who is 45 – 74 years old but who has never had bowel cancer? (How many?)

0=*No one else 45-74 without cancer->out
1=*One other 45-74 (ask to speak with him/her)->S1
2=*2
3=*3
4=*4
5=*5
6=*6

Q_incalnbr2
->>kish

q#nbr=q#S3

/*Socio-demographic characteristics and health*/

Q_1.1 In which country were you born?

1=*Canada, Quebec
2=*USA
3=*France
4=*United Kingdom, England, Britain
5=*Ireland
6=*Italy
7=*Germany
8=*Haiti
9=*China, Taiwan, Hong Kong
10=*Japan
11=*Greece
12=*Morocco
13=*Portugal
14=*Poland
15=*South America (Colombia, Venezuela, Brazil, Argentina, Equator, Cuba)
16=*Central Americas (Mexico, Belize, Costa Rica, Honduras, Panama)
90=*Other <specify>
99=*DNK/DNA

Q_SEXE (Note respondent gender)

1=*Male
2=*Female

Q_1.2a The following questions are about some diseases. Have you ever been told by a doctor that you had one of the following diseases :

Crohn Disease?

1=*Yes
2=*No
9=*DNK/DNA

- Q_1.2b Ulcerative colitis?
- Q_1.2c Irritable bowel syndrome?
- Q_1.2d Bowel incontinence?
- Q_1.2e Another bowel disease
- 90=*Yes <specify>
2=*No
9=*DNK/DNA
- Q_1.3 Have you ever had cancer?
- 1=*Yes
2=*No->1.5a
9=*DNK/DNA->1.5a
- Q_1.4 What kind of cancer was it? (If more than one cancer, ask for the most recent one)
- 1=*Breast cancer
2=*Prostate cancer
3=*Lung cancer
4=*Liver cancer
5=*Pancreas cancer
90=*Other <specify>
99=*DNK/DNA
- Q_1.5a Have relatives (close or extended family) or friends of yours ever been diagnosed with...?
- A bowel cancer?
- 1=*Yes
2=*No
9=*DNK/DNA

/*Continuez si a eu une maladie intestinale ou connaît quelqu'un avec cancer de l'intestin*/

Q_sical1.6
->>cal1.9

si (Q#1.2a=1 ou Q#1.2b=1 ou Q#1.2c=1 ou Q#1.2d=1 ou Q#1.2e=90 ou Q#1.5a=1)->1.6

- Q_1.6 Have you ever been told by a doctor that your risk of having bowel cancer was higher than normal?
- 1=*Yes
2=*No->cal1.9
9=*DNK/DNA
- Q_1.7 Have you ever had a bowel exam because your risk of having bowel cancer was higher?
- 1=*Yes
2=*No->cal1.9
9=*DNK/DNA->cal1.9

Q_1.8a What kind of exam was it? *Accept* *3 mentions, sortie=96,99

1=*Fecal blood test (FOBT, blood in stool)
 2=*Sigmoidoscopy (bowel exam with short tube)
 3=*Colonoscopy (bowel exam with long tube)
 4=*Endoscopic exam unspecified (exam with a camera into the bowel, sigmoidoscopy or colonoscopy)
 5=*Barium enema (radiography of the bowel with liquid)
 90=*Other <specify>
 96=*No other->cal1.9
 99=* DNK/DNA->cal1.9

/*For women*/

Q_sical1.9 si Q#sexe=1->1.11
 ->>1.9

Q_1.9 Have you ever had a Pap smear test to detect cervical cancer?

1=*Yes
 2=*No
 9=*DNK/DNA

Q_1.10 Have you ever had a mammogram (breast x-ray)?

1=*Yes
 2=*No
 9=*DNK/DNA

->>2.1a

/*For men*/

Q_1.11 Have you ever had a PSA blood test to detect prostate cancer?

1=*Yes
 2=*No
 9=*DNK/DNA

/*Knowledge of bowel cancer*/

Q_2.1a In your opinion, what are the main things that increase the risk of having bowel cancer? *Probe* *10 mentions, sortie=96,99,95 What else?

1=*Diet, (lack of fibres, fruits, too many fat)
 2=*Increasing age
 3=*Family history, heredity
 4=*Lack of exercise
 5=*Polyp (unusual lumps in bowel)
 6=*Constipation
 7=*Smoking
 8=*Environment
 9=*Alcohol
 10=*Stress
 90=*Other <specify>
 95=*Nothing->2.2a
 96=*No other->2.2a
 99=*DNK/DNA->2.2a

Q_2.2a For the next questions, I would like you to answer by true or false to the best of your knowledge. *(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).*

The risk of having bowel cancer increases with age.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

Q_2.2b *(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).*

Women have a greater risk of bowel cancer than men.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

Q_2.2c *(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).*

It is possible to have bowel cancer without feeling any symptoms and not showing signs.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

Q_2.2d *(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).*

The risk of having bowel cancer is higher when another member of the family has already had bowel cancer.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

/*Bowel cancer screening : general*/

Q_3.1 For the next questions, I would like to tell you that there are no right or wrong answers. It is only important to tell me what you think.

In comparison to other people of your age, your risk of having bowel cancer one day or another is :

1=Below average
2=Little below average
3=Average
4=Little above average
5=Much above average
9=*DNK/DNA

- Q_3.2 For the next questions, I would like to know if you strongly agree, agree, disagree or strongly disagree with the following statements :
- If you have bowel cancer one day, your social activities with your family and friends would be limited. (read choices again if needed)
- 1=*Strongly agree
2=*Agree
3=*Disagree
4=*Strongly disagree
9=*DNK/DNA
- Q_3.3 If you have bowel cancer one day, you would have a lot of physical pain. (read choices again if needed)
- Q_3.4 It would limit your usual activities. (read choices again if needed)
- Q_3.5 If you have bowel cancer one day, your financial situation would be at risk. (read choices again if needed)
- Q_3.6 You would have a lot of physical sickness. (read choices again if needed)
- Q_3.7 It is likely that you will have bowel cancer one day or another. (read choices again if needed)
- Q_3.8 If you have bowel cancer one day, it could almost certainly cause your death. (read choices again if needed)
- Q_3.9 The next questions are about bowel cancer screening. With screening, it is possible to find a cancer earlier in people who do not have specific signs or symptoms. (If needed if he/she has already took a test and does not know what to answer : Even if you already took a test, it is possible that you need to take a screening test for cancer in a few years. I would like you to answer as if you had to take this test again.)
- I would now like to know if you strongly agree, agree, disagree or strongly disagree with the following statements regarding screening :
- Finding bowel cancer early could save your life. (read choices again if needed)
- 1=*Strongly agree
2=*Agree
3=*Disagree
4=*Strongly disagree
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_3.10 Treatment for bowel cancer may not be as bad if the cancer is found early. (read choices again if needed)
- Q_3.11 You are afraid to take a screening test because you might find out that something is wrong. (read choices again if needed)
- Q_3.12 You do not need a bowel screening test because you have no problems. (read choices again if needed)

Q_3.13 Most people who are important to you would encourage you to take a bowel cancer screening test. (read choices again if needed)

Q_3.14 A bowel cancer screening test would help find cancer early. (read choices again if needed)

Q_3.15 Having a bowel cancer screening would decrease your risk of dying from this cancer. (read choices again if needed)

Q_3.16 A normal bowel cancer screening test's result would help you feel safe. (read choices again if needed)

Q_sical4.1 si Q#1.8a\$=2,3,4->6.18
->>4.1

/*Fecal occult blood test (FOBT)*/

Q_4.1 There is a test to find a bowel cancer in people who do not have specific signs or symptoms. This test looks for very small amounts of blood in the bowel by examining the stool. This test can be done at home and the person must, with a stick, put a small sample of stool on a special cardboard which is sent to the laboratory. With this test, it is possible to miss some cancers and blood might be found without cancer. If everything is normal, the test has to be done every two years.

For any reason, have you ever done this test?

1=*Yes
2=*No
9=*DNK/DNA

Q_4.2 If this screening test was recommended by the public health authorities, would the probability that you do it be...?

1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA

Q_4.3 If this test was recommended by your physician, even if you don't have any problem, would the probability that you do it be...?

1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA

- Q_4.4a If this test was available for free at the drug store, would the probability that you get the test and do it at your home be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.4b If the test was sent to your home by mail, would the probability that you do it be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.5 During the three days prior to the test, you cannot eat any red meat, some fruits and vegetables (oranges, bananas or broccoli) nor take vitamin C supplements. Would that discourage you to do the test?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.6 Would you trust this test to find a bowel cancer if you had one?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.8 Tell me if you strongly agree, agree, disagree or strongly disagree with the following statements :
- If no blood were found in your stools, you would be reassured. (read choices again if needed)
- 1=*Strongly agree
2=*Agree
3=*Disagree
4=*Strongly disagree
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.9 You would take the time to do the test. (read choices again if needed)
- Q_4.10 This test is embarrassing to do. (read choices again if needed)

Q_4.11 You would be able to do this test. (read choices again if needed)

Q_4.12 Collecting a stool sample is unpleasant for you. (read choices again if needed)

/*Sigmoidoscopy*/

Q_5.1a Another way to find a bowel cancer is to have a sigmoidoscopy, also called short colonoscopy. Remember that we are talking about screening, that is looking for early signs of a cancer in people who do not have any problem. This exam is done by a physician by inserting a small tube into the rectum to examine the bowel for unusual lumps or growths. This exam allows the physician to find cancer in the first third of the bowel only. The exam takes 15 minutes. People leave right after the exam and complete their day as usual. If the exam is normal, it must be done every five years.

For any reasons, have you ever had this exam?

1=*Yes->5.1b

2=*No

9=*DNK/DNA->5.1b

->>5.2

Q_5.1b There is another exam, similar to the one I just described, but the tube is longer and the physician can see almost all the bowel. This exam is called a colonoscopy, or long colonoscopy, and takes more time to be completed, from 30 to 60 minutes. It is also possible to have some medicine injected in the vein to help relax, while this medicine is usually not given for a sigmoidoscopy. Note that no liquid is introduced in the bowel for these two exams (as opposed to the barium enema). Which one of these two exams do you think you have taken...?

1=The sigmoidoscopy with the short tube

2=The colonoscopy with the long tube

3=*Both exams

4=*Neither

9=*Doesn't know

Q_TXT5.2 For the next questions, I would like to have your opinion about the sigmoidoscopy, the exam with the short tube. Even if you already took a test, it is possible that you need to take a screening test for cancer in a few years.

2=*Click here

Q_5.2 If this screening exam was recommended by the public health authorities, would the probability that you take it be...?

1=Very high

2=Quite high

3=Quite low

4=Very low

5=*Not applicable, has already had a screening test

9=*DNK/DNA

- Q_5.3 If this screening exam was recommended by your physician, even if you don't have any problem, would the probability that you take it be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_5.4 Before the test, you will have to take an enema to clean out your bowel. Would that discourage you to take the exam?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_5.5 About 1 person out of 10 000 could have a complication after this exam such as bleeding or tearing of the bowel. Would that discourage you to take the exam?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_5.6 Would you trust this exam to find a bowel cancer if you had one?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_5.8 Tell me if you strongly agree, agree, disagree or strongly disagree with the following statements : (read choices again if needed)
- If the exam result was normal you would be reassured.
- 1=*Strongly agree
2=*Agree
3=*Disagree
4=*Strongly disagree
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_5.9 You would take the time to take this exam. (read choices again if needed)
- Q_5.10 It would be embarrassing to take this exam. (read choices again if needed)

Q_5.11 You feel anxious about taking this exam because you don't really understand what would be done. (read choices again if needed)

Q_5.12 Taking this exam is probably painful. (read choices again if needed)

/*Coloscopie

Si Q5.1B=2,3 PASSER À DESCRIPTION 1

Si Q5.1B=1,9 PASSER À DESCRIPTION 2

Si Q5.1B N'A PAS ÉTÉ RÉPONDU PASSER À DESCRIPTION 3*/

Q_sicaltxt6a si Q#5.1b=2,3->txt6A
->>calTXT6b

Q_sicaltxt6b si Q#5.1b=1,4,9->txt6b
->>txt6C

Q_TXT6A The last exam that can be done to find a bowel cancer is a colonoscopy (long) that we've discussed earlier. Remember that this exam is similar to the one we've just discussed, however, the tube is longer. Also, because of the medicine that can be given to help relax, people cannot usually go back to work the same day. If the exam is normal, it has to be taken every ten years. Even if you already took a test, it is possible that you need to take a screening test for cancer in a few years.

2=*OK

->>6.2

Q_TXT6B The last exam that can be done to find a bowel cancer is a colonoscopy (long). Remember that this exam is similar to the one we've just discussed, however, the tube is longer and the physician can see almost all the bowel. Also, because of the medicine that can be given to help relax, people cannot usually go back to work the same day. If the exam is normal, it has to be taken every ten years.

2=*OK

->>6.2

Q_TXT6C The last exam that can be done to find a bowel cancer is a colonoscopy (long). This exam is similar to the one we've just discussed, however, the tube is longer and the physician can see almost all the bowel. The physician can also remove any growth that might be found during the exam. The exam takes 30 to 60 minutes. Before the exam, it is possible to have some medicine injected in the vein to help relax. For this reason, people cannot go back to work the same day. If the exam is normal, it has to be taken every ten years.

Q_6.1 For any reason, have you ever taken this exam?

1=*Yes

2=*No

9=*DNK/DNA

- Q_6.2 If this screening exam was recommended by the public health authorities, would the probability that you take it be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_6.3 If this screening exam was recommended by your physician, even if you don't have any problem, would the probability that you take it be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_6.4 In the 24 hours prior the exam, you must avoid eating solid food and you must drink a laxative to completely clean out your bowel. Would that discourage you to take the exam?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_6.5 About 1 person out of 1000 could have a complication after this exam such as bleeding or tearing of the bowel. Would that discourage you to take the exam?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_6.6 Because of the medicine that can be given to help relax, people must bring someone along to bring them back home after the exam. Would transportation problems keep you from having a colonoscopy...?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA

- Q_6.7 Would you trust this exam to find a bowel cancer if you had one?
- 1=Not at all
2=A little
3=Somewhat
4=A lot
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_6.8 Now tell me if you strongly agree, agree, disagree or strongly disagree with the following statements :If the exam result was normal you would be reassured. (read choices again if needed)
- 1=*Strongly agree
2=*Agree
3=*Disagree
4=*Strongly disagree
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_6.9 You would take the time to take this exam. (read choices again if needed)
- Q_6.10 It would be embarrassing to take a colonoscopy. (read choices again if needed)
- Q_6.11 You feel anxious about having this exam because you don't really understand what will be done. (read choices again if needed)
- Q_6.12 Taking the exam is probably painful. (read choices again if needed)
- Q_6.14 Of the three tests we've discussed, the stool blood test, the sigmoidoscopy, with the short tube, and the colonoscopy, with the long tube, which one would you prefer to take as the first bowel cancer screening exam?
- 1=*Stool blood test
2=*Sigmoidoscopy
3=*Colonoscopy
4=*Any of them
5=*None of them
9=*DNK/DNA
- Q_6.15a What are the reasons of your choice? *Accept* *3 mentions, sortie=96,99
- 90=*Other <specify>
96=*No other->6.16
99=*DNK/DNA->6.16
- Q_6.16 We have previously talked about the stool blood test. If blood is found in your stool, we must find the cause of the bleeding with a colonoscopy. If blood was found in your stool, would the probability that you take a colonoscopy be...? (If necessary, specify : bowel exam with the long tube)
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
9=*DNK/DNA

Q_6.18 To finish, I would like to ask you some classification questions. What are the first three characters of your postal code? *Borne alpha

999:DNK/DNA

Q_6.19 What is the highest level of education you have completed?

0=*No formal schooling of only nursery school

1=*Grade One

2=*Grade Two

3=*Grade Three

4=*Grade Four

5=*Grade Five

6=*Grade Six

7=*Grade Seven

8=*Grade Eight or Secondary I

9=*Grade Nine or Secondary II

10=*Grade Ten or Secondary III

11=*Grade Eleven or Secondary IV

12=*Grade Twelve or Secondary V

13=*Partial training in a CEGEP, community college, trade school or private commercial college, technical institute, nursing school or normal school

14=*Diploma or certificate from a general program at a CEGEP or community college

15=*Diploma or certificate from a technical/career program at a CEGEP or community college, trade school or private commercial college, technical institute, nursing school or normal school

16=*Partial university training

17=*Undergraduate certificate completed

18=*Bachelor's degree completed

19=*Degree in medicine, dentistry, veterinary medicine, optometry, chiropractic, health professional completed

20=*Graduate diploma or certificate completed

21=*Master's degree completed

22=*Doctorate completed

90=*Other <specify>

99=*DNK/DNA

Q_6.20 Are you currently living with a person you refer to as your spouse or partner?

1=*Yes->6.24

2=*No

9=*DNK/DNA

Q_6.22 Are you currently living with other people?

1=*Yes

2=*No

9=*DNK/DNA

Q_6.24 At the present time, do you have a paid job? (whether it be for an employer or as a self-employed worker)

1=*Yes
2=*No->6.26
9=*DNK/DNA->6.26

Q_6.25 Do you work...? :

1=Part-time
2=Full time
9=*DNK/DNA

Q_6.26 I would like to know what was your total gross household income last year before income tax deductions : *Accept a spontaneous answer*

1=Less than \$10,000
2=Between \$10,000 and less than \$15,000
3=Between \$15,000 and less than \$30,000
4=Between \$30,000 and less than \$40,000
5=Between \$40,000 and less than \$60,000
6=Between \$60,000 and less than \$80,000
7=Between \$80,000 and \$100,000
8=More than \$100,000
99=*DNK/DNA

->>F3

/*ACKNOWLEDGEMENTS*/

Q_F1 I thank you but this study is only aimed at people aged 45-74 years old.

2=*OK->out

Q_F3 Finally, do you agree that your answers be analyzed anonymously by the National Institute of public health of Quebec, with those of the 2000 other participants?

1=*Agree
2=*Refuse

Q_TXTFIN Thank you very much for your participation and have a good day! *If needed : Dr. Mélanie Drolet 418-650-5115 ext. 5544*

2=*OK

/*Questions to be completed after the interview by the interviewers*/

Q_F4 In your opinion, was answering these questions... for this person?

1=*Extremely difficult
2=*Very difficult
3=*Difficult
4=*Slightly difficult
5=*Not difficult at all

Q_F5 How confident are you that this person understood the meaning of these questions well?

- 1=*Very confident
- 2=*Somewhat confident
- 3=*More or less confident
- 4=*Not at all confident

->>fin

Q_FIN Thank you very much for your participation and have a good day!

ANNEXE E

**VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE
DE L'ENQUÊTE PRINCIPALE**

VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE PRINCIPALE

**SONDAGE SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
AUPRÈS DES 45-74 ANS SANS ANTÉCÉDENTS
INSPQ
QUESTIONNAIRE**

/*

Légende

texte	On utilise l'astérisque pour signaler un texte de question, un commentaire ou un choix de réponses non lu, qui apparaît à l'interviewer lors de l'entrevue.
...	Indique l'endroit où les choix de réponses sont à lire dans le texte de la question.
/*texte*/	Le texte entouré par « /*...*/ » est une note explicative qui n'apparaît pas à l'interviewer lors de l'entrevue.
NSP	Choix de réponses : Ne sait pas
NRP	Choix de réponses : Ne répond pas (refus)
NAP	Choix de réponses : Non applicable (sans objet)
->, ->>	Signifie « Passez à la question »
->sortie	Valide avec l'interviewer que le répondant n'est pas admissible, termine l'entrevue et la classe comme « inadmissible ».
->fin	Termine l'entrevue et la classe comme « Complétée »
1=, 1=	Lorsque <u>tous</u> les choix de réponses sont précédés de « 1= », il s'agit d'une question pouvant comporter plusieurs réponses (chaque choix est oui ou non).
1=, 2=, ...	Lorsque les choix de réponses sont précédés de « 1=., 2=..., etc. », une seule réponse est possible à moins d'indications contraires (par exemple : « 3 mentions »).
Q_Sical, Q_INcal	Les questions commençant par « Q_Sl... » ou par « Q_IN... » sont des questions filtres ou des directives techniques permettant de lire des informations de l'échantillon, de compléter automatiquement certaines questions, de faire un branchement complexe, etc. Une note explicative, placée avant la question filtre ou la directive technique, précise la fonction remplie par cette dernière.
*/	
Q_Bi	Bonjour/bonsoir, mon nom est... de la maison de recherche SOM. Nous effectuons présentement une importante étude sur la santé publique et le cancer. Cette étude est menée par l'Institut national de santé publique du Québec et concerne le dépistage du cancer. Votre participation est importante car elle aidera à orienter des décisions majeures pour la santé publique.
->>SO	

Q_SO *Bonjour/bonsoir, mon nom est... de la maison de recherche SOM. Nous effectuons présentement une importante étude sur la santé publique et le cancer.

Cette étude est menée par l'Institut national de santé publique du Québec et concerne le dépistage du cancer. Votre participation est importante car elle aidera à orienter des décisions majeures pour la santé publique.*

Pour choisir la personne qui est éligible à répondre, j'ai besoin de savoir combien il y a de personnes qui vivent chez vous et qui sont âgées de 45 à 74 ans, en vous incluant?

- 0=*Aucune->F1
- 1=*Une (Demander de lui parler)->S1
- 2=*2
- 3=*3
- 4=*4
- 5=*5
- 6=*6 ou plus

Q_incalnbr
->>kish

q#nbr=q#SO

Q_nbr

Autocomplétée pour choix d'une personne

- 0=*Aucune
- 1=*Une
- 2=*2
- 3=*3
- 4=*4
- 5=*5
- 6=*6 ou plus

Q_Sikish
->>fin

si q#nbr=1,2,3,4,5,6->S1

Q_S1

*Bonjour/bonsoir, mon nom est... de la maison de recherche SOM. Nous effectuons présentement une importante étude sur la santé publique et le cancer.

Cette étude est menée par l'Institut national de santé publique du Québec et concerne le dépistage du cancer. Votre participation est importante car elle aidera à orienter des décisions majeures pour la santé publique.*

Vos réponses resteront anonymes et confidentielles. Aucune information personnelle ne sera conservée.

Pour assurer la qualité de nos travaux, cet appel pourrait être enregistré.

Quelle est votre année de naissance? (Si autre que 31 à 61, reculez à SO)
*Bornes=31,61 exception=99

*Si refus, même après relance, valider si le répondant a bien entre 45 et 74 ans et inscrire 99
99 : NSP/NRP*

—

Q_S2 Avez-vous déjà eu un cancer des intestins, c'est-à-dire un cancer du côlon ou du rectum?

1=*Oui
2=*Non->1.2a
9=*NSP/NRP

Q_S3 Je vous remercie, mais cette étude s'adresse aux personnes qui n'ont jamais eu de cancer de l'intestin. Y a-t-il d'autres personnes de 45 – 74 ans qui vivent chez vous et qui n'ont pas eu de cancer de l'intestin (Si oui, combien?)

0=*Non, pas d'autres 45-74 ans sans antécédents->sortie
1=*Oui une (Demandez de lui parler ou prendre rendez-vous)->S1
2=*2
3=*3
4=*4
5=*5
6=*6 ou plus

Q_incaln2
->>kish

q#nbr=q#S3

/* ÉTAT DE SANTÉ*/

Q_1.2a Au cours de votre vie, un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie ou un problème des intestins? (Si ne sait pas, nommer : Il peut s'agir de la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le syndrome du côlon irritable, des incontinences intestinales, etc.)

1=*Oui
2=*Non ->1.3
9=*NSP/NRP

Q_1.2b De quelle maladie s'agit-il?

1=*La maladie de Crohn
2=*La colite ulcéreuse
3=*Le syndrome du côlon irritable
4=*Des incontinences intestinales
90=*Autre <précisez>
99=*NSP/NRP

Q_1.3 Est-ce que vous avez déjà eu un cancer?

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP/NRP

Q_1.5 Est-ce qu'un membre de votre famille (famille élargie et famille proche) ou un ami proche a déjà eu un cancer de l'intestin :

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP/NRP

/*Continuez si a eu une maladie intestinale ou connaît quelqu'un avec cancer de l'intestin*/

Q_sical1.6
->2.2a

si (Q#1.2a=1 ou Q#1.5=1)->1.6

Q_1.6

Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre risque d'avoir un cancer de l'intestin était plus élevé que la normale?

1=*Oui
2=*Non->2.2a
9=*NSP/NRP

Q_1.7

Avez-vous déjà passé un examen de l'intestin parce que votre risque d'avoir un cancer de l'intestin est élevé?

1=*Oui
2=*Non->2.2a
9=*NSP/NRP->2.2a

Q_1.8a

De quel examen s'agit-il? *Acceptez* *3 mentions, sortie=96,99

1=*Recherche de sang dans les selles (FOBT, culture de selles)
2=*Sigmoidoscopie (examen de l'intestin avec un tube court)
3=*Coloscopie (examen de l'intestin avec un tube long)
4=*Examen endoscopique non précisé (examen avec une caméra dans l'intestin, sigmoidoscopie ou coloscopie)
5=*Lavement baryté (radiographie des intestins avec liquide)
90=*Autre <précisez>
96=*Aucun autre->2.2a
99=*NSP/NRP->2.2a

/*Connaissances du cancer colorectal*/

Q_2.2a

Pour les prochaines questions, j'aimerais que vous me répondiez par vrai ou faux au meilleur de vos connaissances. ***(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).***

Le risque d'avoir un cancer de l'intestin augmente en vieillissant.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

Q_2.2b

(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).

Les femmes ont plus de risque d'avoir un cancer de l'intestin que les hommes.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

Q_2.2c ***(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).***

Il est possible d'avoir un cancer de l'intestin même si on ne ressent aucun symptôme et sans aucun signe.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

Q_2.2d ***(Consigne : acceptez « ne sait pas » comme réponse et ne pas insister pour avoir un vrai ou faux si le répondant ne sait pas).***

Le risque d'avoir un cancer de l'intestin est plus élevé si un autre membre de la famille a déjà eu ce cancer.

1=*Vrai
2=*Faux
9=*NSP/NRP

/*Dépistage du cancer de l'intestin : généralités*/

Q_3.1 Pour la suite, je tiens à vous spécifier qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Il s'agit simplement de me dire ce que vous pensez.

Selon vous, en comparaison avec les gens de votre âge, votre risque d'avoir un jour un cancer de l'intestin est-il :

1=Beaucoup moins élevé
2=Moins élevé
3=Le même
4=Un peu plus élevé
5=Beaucoup plus élevé
9=*NSP/NRP

Q_3.2 Dites-moi si vous êtes fortement d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou fortement en désaccord avec les affirmations suivantes :

Si un jour vous avez un cancer de l'intestin, vos activités sociales avec la famille ou les amis seront limitées. (relire les codes au besoin)

1=*Fortement d'accord
2=*Plutôt d'accord
3=*Plutôt en désaccord
4=*Fortement en désaccord
9=*NSP/NRP

Q_3.2b Vous êtes préoccupé(e) ou inquiet(e) à l'idée d'avoir un cancer de l'intestin. (relire les codes au besoin)

Q_3.3 Si un jour vous avez un cancer de l'intestin, vous aurez beaucoup de douleur physique. (relire les codes au besoin)

Q_3.4 Cela vous empêchera de faire vos activités habituelles.(relire les codes au besoin)

- Q_3.6 Vous serez physiquement très mal en point. (relire les codes au besoin)
- Q_3.7 Il est probable que vous ayez un cancer de l'intestin à un moment ou un autre de votre vie. (relire les codes au besoin)
- Q_3.9 Les prochaines questions portent sur le dépistage du cancer de l'intestin. Avec le dépistage, il est possible que l'on trouve un cancer avant même que les symptômes apparaissent. (Au besoin si a déjà passé un test et ne sait pas quoi répondre : Même si vous avez déjà passé un test, il est possible que vous ayez à en passer un autre dans quelques années comme examen de dépistage du cancer. J'aimerais donc que vous me répondiez comme si vous deviez passer ce test à nouveau.)
- Êtes-vous fortement d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou fortement en désaccord avec les affirmations suivantes concernant le dépistage?
- Trouver un cancer des intestins plus tôt pourrait sauver votre vie. (lire au besoin)
- 1=*Fortement d'accord
2=*Plutôt d'accord
3=*Plutôt en désaccord
4=*Fortement en désaccord
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_3.10 Les traitements du cancer de l'intestin sont moins pénibles si le cancer est trouvé plus tôt. (relire les codes au besoin)
- Q_3.11 Vous avez peur de passer un test de dépistage parce que l'on pourrait trouver quelque chose d'anormal. (relire les codes au besoin)
- Q_3.14 Le dépistage du cancer de l'intestin permet de trouver le cancer plus tôt. (relire les codes au besoin)
- Q_3.15 Passer un test de dépistage du cancer de l'intestin diminuera votre risque de décéder de ce cancer. (relire les codes au besoin)

Q_sical4.1 si Q#1.8a\$=2,3,4->6.18
->>4.1

/*Recherche de sang dans les selles*/

- Q_4.1 Il existe un test pour détecter un cancer de l'intestin chez des personnes qui n'ont aucun signe ou symptôme particuliers. Il consiste à vérifier s'il y a de très petites quantités de sang dans les intestins en examinant les selles de la personne. Pour cela, à la maison, la personne doit, avec une spatule, déposer un peu de selles sur une carte spéciale qui est envoyée au laboratoire. Avec ce test, il est possible que l'on ne trouve pas tous les cancers, ou que l'on trouve du sang même s'il n'y a pas de cancer.
- Avez-vous déjà passé ce test?
- 1=*Oui
2=*Non
9=*NSP/NRP

- Q_4.2 Si ce test de dépistage est recommandé dans le cadre d'un programme gouvernemental de santé publique, la probabilité que vous le fassiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.3 Si ce test est recommandé par votre médecin, même si vous n'avez pas de problèmes, la probabilité que vous le fassiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.4a Si ce test est disponible gratuitement à la pharmacie, la probabilité que vous alliez le chercher pour le faire à la maison et le porter ensuite pour le faire analyser est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.4b Si ce test est envoyé à la maison par la poste, la probabilité que vous le fassiez et le retourniez par la poste est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_4.10 Dites-moi si vous êtes fortement d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou fortement en désaccord avec les énoncés suivants :
- Faire ce test serait embarrassant ou gênant. (relire les codes au besoin)
- 1=*Fortement d'accord
2=*Plutôt d'accord
3=*Plutôt en désaccord
4=*Fortement en désaccord
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

- Q_4.11 Vous seriez capable de faire le test. (relire les codes au besoin)
- Q_4.12 Recueillir un peu de selles serait désagréable pour vous (relire les codes au besoin)

/*Sigmoidoscopie*/

- Q_5.1a Une autre façon de trouver un cancer de l'intestin est de passer une sigmoidoscopie, aussi appelée coloscopie courte. Je vous rappelle qu'il s'agit toujours de dépistage, c'est-à-dire que l'on recherche un cancer chez une personne qui n'a pas de symptômes particuliers. Cet examen est fait par un médecin qui insère un petit tube dans le rectum, pour voir dans l'intestin s'il y a des bosses anormales. Cet examen permet de trouver des cancers, seulement dans le premier tiers de l'intestin. L'examen dure environ 15 minutes. Les personnes quittent immédiatement après et continuent leur journée comme à l'habitude. (Notez bien qu'aucun liquide n'est introduit dans l'intestin, contrairement au lavement baryté).

Avez-vous déjà passé cet examen?

- 1=*Oui->5.1b
2=*Non
9=*NSP/NRP->5.1b

->>5.2

- Q_5.1b Il existe un autre examen, semblable à celui que je viens de vous décrire, mais le tube est plus long et le médecin peut voir tout l'intestin. Cet examen est la coloscopie longue et dure plus longtemps, de 30 à 60 minutes. On peut aussi vous donner un médicament par les veines pour vous aider à vous détendre, alors que ce médicament ne vous est pas donné pour la sigmoidoscopie. Notez bien qu'aucun liquide n'est introduit dans l'intestin pour ces deux examens (contrairement au lavement baryté). Lequel des deux examens croyez-vous avoir passé...?

- 1=La sigmoidoscopie avec le tube court
2=La coloscopie avec le tube long
3=*Les deux examens
4=*Aucun des deux
9=*NSP/NRP

- Q_TXT5.2 Pour les prochaines questions, j'aimerais avoir votre opinion concernant la sigmoidoscopie avec le tube court. Même si vous avez déjà passé un examen, il est possible que vous ayez à en passer un autre dans quelques années comme examen de dépistage du cancer.

2=*Cliquez ici

- Q_5.2 Si cet examen de dépistage est recommandé dans le cadre d'un programme gouvernemental de santé publique, la probabilité que vous le passiez est-elle...?

- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

- Q_5.3 Si cet examen de dépistage est recommandé par votre médecin, même si vous n'avez pas de problèmes, la probabilité que vous le passiez est-elle...?
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_5.4 Dites-moi si vous êtes fortement d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou fortement en désaccord avec les énoncés suivants :
- Devoir faire un lavement pour vider l'intestin avant l'examen vous découragerait de passer cet examen. (relire les codes au besoin)
- 1=*Fortement d'accord
2=*Plutôt d'accord
3=*Plutôt en désaccord
4=*Fortement en désaccord
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_5.5 Environ 1 personne sur 10 000 pourrait avoir une complication à la suite de cet examen, comme un saignement ou une déchirure de l'intestin. Ce risque de complications vous découragerait de passer cet examen. (relire les codes au besoin)
- Q_5.10 Vous seriez gêné(e)ou embarrassé(e) de passer cet examen. (relire les codes au besoin)
- Q_5.11 Vous seriez inquiet(e) à l'idée de passer cet examen parce que vous manquez d'information sur ce qui serait fait. (relire les codes au besoin)

/*Coloscopie

Si Q5.1B=2,3 PASSER À DESCRIPTION 1

Si Q5.1B=1,9 PASSER À DESCRIPTION 2

Si Q5.1B N'A PAS ÉTÉ RÉPONDU PASSER À DESCRIPTION 3*/

Q_sicaltxt6a si Q#5.1b=2,3->txt6A
->>calTXT6b

Q_sicaltxt6b si Q#5.1b=1,4,9->txt6b
->>txt6C

Q_TXT6A Le dernier examen qui permet de trouver un cancer de l'intestin est la coloscopie (longue) dont nous avons parlé plus tôt. Je vous rappelle rapidement que cet examen est comme celui dont nous venons de parler, mais le tube est plus long. Aussi, en raison du médicament qui peut être donné pour se détendre, les gens ne retournent habituellement pas au travail dans la même journée. Même si vous avez déjà passé cet examen, il est possible que vous ayez à en passer un autre dans quelques années comme examen de dépistage du cancer.

2=*Cliquez ici

->>6.2

Q_TXT6B Le dernier examen qui permet de trouver un cancer de l'intestin est la coloscopie (longue). Je vous rappelle rapidement que cet examen est comme celui dont nous venons de parler, mais le tube est plus long et le médecin peut voir presque tout l'intestin. Aussi, en raison du médicament qui peut être donné pour se détendre, les gens ne retournent habituellement pas au travail dans la même journée.

2=*Cliquez ici

->>6.2

Q_TXT6C Le dernier examen qui permet de trouver un cancer de l'intestin est la coloscopie (longue). Cet examen est comme celui dont nous venons de parler, mais le tube est plus long et le médecin peut voir presque tout l'intestin. Si le médecin trouve des bosses anormales, il peut aussi les enlever immédiatement. L'examen dure de 30 à 60 minutes. Avant l'examen, on peut injecter un médicament par les veines pour aider les personnes à se détendre. Pour cette raison, les gens ne retournent habituellement pas au travail dans la même journée.

Q_6.1 Avez-vous déjà passé cet examen?

1=*Oui
2=*Non
9=*NSP/NRP

Q_6.2 Si cet examen de dépistage est recommandé dans le cadre d'un programme gouvernemental de santé publique, la probabilité que vous le passiez est-elle...?

1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

Q_6.3 Si cet examen de dépistage est recommandé par votre médecin, même si vous n'avez pas de problèmes, la probabilité que vous le passiez est-elle...?

1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP

- Q_6.4 Dites-moi maintenant si vous êtes fortement d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou fortement en désaccord avec les énoncés suivants :
- Devoir prendre un laxatif pour vider l'intestin et ne pas manger d'aliments solides 24 heures avant l'examen vous décourageraient de passer cet examen. (relire les codes au besoin)
- 1=*Fortement d'accord
2=*Plutôt d'accord
3=*Plutôt en désaccord
4=*Fortement en désaccord
5=*Non applicable, a déjà passé un test de dépistage
9=*NSP/NRP
- Q_6.5 Environ 1 personne sur 1000 pourrait avoir une complication à la suite de cet examen, comme un saignement ou une déchirure de l'intestin. Ce risque de complications vous découragerait de passer cet examen. (relire les codes au besoin)
- Q_6.10 Vous seriez gêné(e) ou embarrassé(e) de passer une coloscopie. (relire les codes au besoin)
- Q_6.11 Vous seriez inquiet(e) à l'idée de passer cet examen parce que vous manquez d'information sur ce qui serait fait. (relire les codes au besoin)
- Q_6.14 Lequel des trois examens dont nous avons discuté choisiriez-vous de passer en premier comme examen de dépistage :
- 1=Le sang dans les selles
2=La sigmoïdoscopie avec le tube court
3= La coloscopie avec le tube long
4=*N'importe lequel
5=*Aucun
9=*NSP/NRP
- >>6.18
- Q_6.16 Nous avons parlé plus tôt de chercher du sang dans les selles. Si l'on en trouve, il faut vérifier ce qui a causé le saignement avec une coloscopie.
- Si on trouvait du sang dans vos selles, la probabilité que vous passiez une coloscopie est-elle...? (Au besoin précisez : examen de l'intestin avec le tube long)
- 1=Très forte
2=Assez forte
3=Assez faible
4=Très faible
9=*NSP/NRP
- Q_6.18 Nous terminons maintenant avec quelques questions de classification. Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? *Bornes alpha
999 : NSP/NRP

Q_1.1 Dans quel pays êtes-vous né(e)?

- 1=*Canada, Québec
- 2=*États-Unis
- 3=*Mexique
- 4=*Pays d'Europe
- 5=*Pays d'Afrique
- 6=*Pays d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud
- 7=*Pays d'Asie
- 8=*Océanie
- 90=*Autre <précisez>
- 99=*NSP/NRP

Q_1.1b Quel est votre langue maternelle?

- 1=*Anglais
- 1=*Français
- 1=*Espagnol
- 1=*Autre (précisez)

Q_sicalap1.1b si q#1.1b=4->1.1bau
->>6.19

Q_1.1bau Autre (précisez)

Q_6.19 Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété? (lire en partie au besoin)

- 0=*Aucune scolarité ou l'école maternelle
- 1=*Première année
- 2=*Deuxième année
- 3=*Troisième année
- 4=*Quatrième année
- 5=*Cinquième année
- 6=*Sixième année
- 7=*Septième année
- 8=*Huitième année ou secondaire I
- 9=*Neuvième année ou secondaire II
- 10=*Dixième année ou secondaire III
- 11=*Onzième année ou secondaire IV
- 12=*Douzième année ou secondaire V
- 13=*Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières ou une école normale
- 14=*Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep
- 15=*Diplôme ou certificat d'études d'un programme de technique au cégep, d'une école de métier, ou d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
- 16=*Études partielles à l'université
- 17=*Certificat(s) universitaire(s) de premier cycle acquis
- 18=*Baccalauréat(s) acquis
- 19=*Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis
- 20=*Certificat(s) universitaire(s) de deuxième cycle acquis
- 21=*Maîtrise(s) acquise(s)
- 22=*Doctorat(s) acquis

90=*Autre <précisez>
99=*NSP/NRP

Q_6.26 J'aimerais connaître votre revenu familial total avant impôt (revenu brut) de l'an dernier. Était-ce...? *Acceptez une réponse spontanée*

1=Moins de 10 000\$
2=Entre 10 000 et moins de 15 000\$
3=Entre 15 000\$ et moins de 30 000\$
4=Entre 30 000\$ et moins de 40 000\$
5=Entre 40 000\$ et moins de 60 000\$
6=Entre 60 000\$ et moins de 80 000\$
7=Entre 80 000\$ et 100 000\$
8=Plus de 100 000\$
99=*NSP/NRP

/*Remerciements*/

Q_F1 Je vous remercie, mais cette étude s'adresse aux personnes qui sont âgées entre 45-74 ans.
2=*OK->sortie

Q_F3 En terminant, acceptez-vous que vos réponses soient analysées avec celles de 2000 autres personnes de façon complètement anonyme par l'Institut national de santé publique du Québec?

1=*Accepte
2=*Refuse

Q_TXTFIN Je vous remercie pour votre participation et bonne fin de journée! *Au besoin : Dr. Mélanie Drolet 418-650-5115 ext. 5544*
2=*OK

Q_SEXE (Notez le sexe du répondant)
1=*Homme
2=*Femme

/*Questions à compléter après l'entrevue par les interviewers*/

Q_F4 Selon vous, répondre à ces questions pour la personne était :

1=*Extrêmement difficile
2=*Très difficile
3=*Difficile
4=*Légèrement difficile
5=*Pas du tout difficile

Q_F5 À quel point êtes-vous confiant(e) que la personne comprenait bien le sens des questions :

1=*Très confiant(e)
2=*Assez confiant(e)
3=*Plus ou moins confiant(e)
4=*Pas du tout confiant(e)->>fin

Q_FIN Je vous remercie pour votre participation et bonne fin de journée!

ANNEXE F

**VERSION ANGLAISE DU QUESTIONNAIRE
DE L'ENQUÊTE PRINCIPALE**

VERSION ANGLAISE DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE PRINCIPALE

**SURVEY WITH 45 – 74 YEARS OLD ABOUT
SCREENING FOR BOWEL CANCER
INSPQ
QUESTIONNAIRE**

/*

Legend

*text	The asterisk is used to signal a question text, a comment or an unread response option seen but not read by the interviewer during the interview.
...	Indicates where in the question text, the responses choices are to be read to the respondent.
/*text*/	Text placed between “/*...*/” is an explanatory note that is not seen by the interviewer during the interview.
DNK/DNA	Response option : Does not know
DNA	Response option : Does not answer (Refusal)
NA	Response option : Non applicable
->, ->>	Means “Go to question number...”
->sortie	Confirms with the interviewer that the respondent is not eligible, ends the interview and places it in “Non-eligible.”
->end	Ends the interview and places it in “Completed.”
1=, 1=	When <u>all</u> response options are preceded by “1=”, it means that it is a question for which multiple responses can be given (each option being yes or no).
1=, 2=, ...	When response options are preceded by “1=..., 2=..., etc.”, only one answer is possible, unless otherwise indicated (for example : “3 mentions”).
Q_Sical, Q_INcal	Questions beginning with “Q_SI...” or “Q_IN...” are filter questions or technical instructions that give access to data from the sample file, automatically give the answer to certain questions, perform a complex skip pattern, etc. An explanatory note placed before the filter question or technical instruction explains the function it performs.
*/	
Q_Bi	Good evening (morning/afternoon). My name is... from SOM, a research firm. We are currently conducting an important study on public health and cancer. This study is commissioned by the Quebec National Institute of public health and is about cancer screening. Your participation is important because it will help make major decisions about our public health.
->>SO	
Q_SO	*Good evening (morning/afternoon). My name is... from SOM, a research firm. We are currently conducting an important study on public health and cancer.

This study is commissioned by the Quebec National Institute of public health and is about cancer screening. Your participation is important because it will help make major decisions about our public health.*

To choose a respondent from your household, I first need to know how many people living in your home are aged 45 – 74, including yourself if you are in that group?

0=*None->F1

1=*Only one (Ask to speak with that person)->S1

2=*2

3=*3

4=*4

5=*5

6=*6 or more

Q_incalnbr
->>kish

q#nbr=q#SO

Q_nbr

*Autocomplétée pour choix d'une personne *

0=*None

1=*One

2=*2

3=*3

4=*4

5=*5

6=*6 or more

Q_Slkish
->>fin

si q#nbr=1,2,3,4,5,6->S1

Q_S1

*Good evening (morning/afternoon). My name is... from SOM, a research firm. We are currently conducting an important study on public health and cancer.

This study is commissioned by the Quebec National Institute of public health and is about cancer screening. Your participation is important because it will help make major decisions about our public health.*

Your answers will be kept confidential. No personal information will be kept.

To ensure the quality of our work, this call may be recorded.

In what year were you born? (If was not born between 1931 and 1961, go back to SO) *Bornes=31,61 exception=99

*Si refus, même après relance, valider si le répondant a bien entre 45 et 74 ans et inscrire 99

99 : DNK/DNA*

Q_S2

Have you ever had bowel cancer, that is colon or rectum cancer?

1=*Yes

2=*No->1.2a

9=*DNK/DNA

Q_S3 I thank you but this study is only aimed at people who have never had bowel cancer. Is there anyone else living with you who is 45 – 74 years old but who has never had bowel cancer? (How many?)

0=*No one else 45-74 without cancer->sortie
 1=*One other 45-74 (ask to speak with him/her)->S1
 2=*2
 3=*3
 4=*4
 5=*5
 6=*6 or more
 q#nbr=q#S3

Q_incalnbr2
 ->>kish

/* HEALTH*/

Q_1.2a Have you ever been told by a doctor that you had a bowel disorder or disease? (If he/she doesn't know, read : It might be Crohn disease, ulcerative colitis, irritable bowel syndrome, bowel incontinence, etc.)

1=*Yes
 2=*No ->1.3
 9=*DNK/DNA

Q_1.2b What kind of disease was it?

1=*Crohn disease
 2=*Ulcerative colitis
 3=*Irritable bowel syndrome
 4=*Bowel incontinence
 90=*Other <specify>
 99=*DNK/DNA

Q_1.3 Were you ever diagnosed with cancer?

1=*Yes
 2=*No
 9=*DNK/DNA

Q_1.5 Have relatives (close or extended family) or friends of yours ever been diagnosed with bowel cancer?

1=*Yes
 2=*No
 9=*DNK/DNA

Q_sical1.6
 ->>2.2a

si (Q#1.2a=1 ou Q#1.5=1)->1.6

Q_1.6 Have you ever been told by a doctor that your risk of having bowel cancer was higher than normal?

1=*Yes
 2=*No->2.2A
 9=*DNK/DNA

Q_1.7 Have you ever had a bowel exam because your risk of having bowel cancer is high?

1=*Yes
2=*No->2.2a
9=*DNK/DNA->2.2a

Q_1.8a What kind of test was it? *Accept* *3 mentions, sortie=96,99

1=*Fecal blood test (FOBT, blood in stool)
2=*Sigmoidoscopy (bowel exam with short tube)
3=*Colonoscopy (bowel exam with long tube)
4=*Endoscopic exam unspecified (exam with a camera into the bowel, sigmoidoscopy or colonoscopy)
5=*Barium enema (radiography of the bowel with liquid)
90=*Other <specify>
96=*No other->2.2a
99=*DNK/DNA->2.2a

/*Knowledge of bowel cancer*/

Q_2.2a For the next questions, I would like you to answer by true or false to the best of your knowledge. ***(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).***

The risk of having bowel cancer increases with age.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

Q_2.2b ***(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).***

Women are at greater risk of having bowel cancer than men.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

Q_2.2c ***(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).***

It is possible to have bowel cancer without feeling any symptoms and not showing any signs of it.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

Q_2.2d ***(Instructions : accept “do not know” as an answer and do not insist on getting a true or false answer if the respondent does not know).***

The risk of having bowel cancer is higher when another member of the family has already had bowel cancer.

1=*True
2=*False
9=*DNK/DNA

/*Bowel cancer screening : general*/

Q_3.1 For the next questions, I would like to mention that there are no right or wrong answers. It is only important to tell me what you think.

In comparison to other people your age, your risk of having bowel cancer one day or another is :

1=Much lower
2=A little lower
3=The same
4=A little higher
5=Much higher
9=*DNK/DNA

Q_3.2 Tell me if you strongly agree, somewhat agree, somewhat disagree or strongly disagree with the following statements :

If you have bowel cancer one day, your social activities with your family and friends would be limited. (read choices again if needed)

1=*Strongly agree
2=*Somewhat agree
3=*Somewhat disagree
4=*Strongly disagree
9=*DNK/DNA

Q_3.2b You are preoccupied or worried about you having bowel cancer. (read choices again if needed)

Q_3.3 If you have bowel cancer one day, you would have a lot of physical pain. (read choices again if needed)

Q_3.4 It would limit your usual activities. (read choices again if needed)

Q_3.6 You would be very sick physically. (read choices again if needed)

Q_3.7 It is likely that you will have bowel cancer one day or another. (read choices again if needed)

Q_3.9 The next questions are about bowel cancer screening. With screening, it is possible to find a cancer in people who do not have specific signs or don't have apparent symptoms yet. (If needed if he/she has already took a test and does not know what to answer : Even if you already took a test, it is possible that you need to take a screening test for cancer in a few years. I would like you to answer as if you had to take this test again.)

Tell me if you strongly agree, somewhat agree, somewhat disagree or strongly disagree with the following statements about screening.

Finding bowel cancer early could save your life (read choices again if needed)

1=*Strongly agree
2=*Somewhat agree
3=*Somewhat disagree
4=*Strongly disagree
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA

Q_3.10 Treatments for bowel cancer may not be as bad if the cancer is found early. (read choices again if needed)

Q_3.11 You are afraid to take a screening test because you might find out that something is wrong. (read choices again if needed)

Q_3.14 A bowel cancer screening test would help find cancer early (read choices again if needed)

Q_3.15 Having a bowel cancer screening would decrease your risk of dying from this cancer. (read choices again if needed)

Q_sical4.1
->>4.1

si Q#1.8a\$=2,3,4->6.18

/*Fecal occult blood test (FOBT)*/*

Q_4.1 There is a test to find a bowel cancer in people who do not have specific signs or symptoms. This test looks for very small amounts of blood in the bowel by examining the stool. This test can be done at home and the person must, with a stick, put a small sample of stool on a special cardboard which is sent to the laboratory. With this test, it is possible to miss some cancers and blood might be found even if there is no cancer.

Have you ever done this test?

1=*Yes
2=*No
9=*DNK/DNA

Q_4.2 If this screening test was recommended as part of a governmental public health program, would the probability that you do it be...?

1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low

- 5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.3 If this test was recommended by your physician, even if you don't have any problem, would the probability that you do it be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.4a If this test was available for free at the drugstore, would the probability that you go and get the test, do it at home and take it back for analysis be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.4b If the test was sent to your home by mail, would the probability that you do it and send it back by mail be...?
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.10 Tell me if you strongly agree, somewhat agree, somewhat disagree or strongly disagree with the following statements :
- This test would be embarrassing to do (read choices again if needed)
- 1=*Strongly agree
2=*Somewhat agree
3=*Somewhat disagree
4=*Strongly disagree
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_4.11 You would be able to do this test. (read choices again if needed)
- Q_4.12 Collecting a stool sample would be unpleasant for you. (read choices again if needed)

/*Sigmoidoscopy*/

Q_5.1a Another way to find a bowel cancer is to take a sigmoidoscopy, also called short colonoscopy. Remember that we are talking about screening, that is looking for early signs of a cancer in people who do not have any specific symptoms. This exam is done by a physician who inserts a small tube into the rectum to examine the bowel for unusual lumps or growths. This exam enables the physician to find cancer, but only in the first third of the bowel. The exam takes about 15 minutes. People leave right after the exam and carry on with their daily routine. (Note that no liquid is introduced in the bowel as opposed to the barium enema).

Have you ever taken this exam?

1=*Yes->5.1b

2=*No

9=*DNK/DNA->5.1b

->>5.2

Q_5.1b There is another exam, similar to the one I just described, but the tube is longer and the physician can see all the bowel. This exam is called a colonoscopy, or long colonoscopy, and takes more time to be completed, from 30 to 60 minutes. It is also possible to have some medicine injected in the veins to help relax, while this medicine is usually not given for a sigmoidoscopy. Note that no liquid is introduced in the bowel for these two exams (as opposed to the barium enema). Which one of these two exams do you think you have taken...?

1=The sigmoidoscopy with the short tube

2=The colonoscopy with the long tube

3=*Both exams

4=*Neither

9=* DNK/DNA

Q_TXT5.2 For the next questions, I would like to have your opinion about the sigmoidoscopy, the exam with the short tube. Even if you already took a test, it is possible that you will have to take a screening test for cancer in a few years.

2=*Click here

Q_5.2 If this screening exam was recommended as part of a governmental public health program, would the probability that you take it be...?

1=Very high

2=Quite high

3=Quite low

4=Very low

5=*Not applicable, has already had a screening test

9=*DNK/DNA

Q_5.3 If this screening exam was recommended by your physician, even if you don't have any problem, would the probability that you take it be...?

1=Very high

2=Quite high

3=Quite low
 4=Very low
 5=*Not applicable, has already had a screening test
 9=*DNK/DNA

Q_5.4 Tell me if you strongly agree, somewhat agree, somewhat disagree or strongly disagree with the following statements :

Having to take an enema to empty your bowel before the exam would discourage you from taking it. (read choices again if needed)

1=*Strongly agree
 2=*Somewhat agree
 3=*Somewhat disagree
 4=*Strongly disagree
 5=*Not applicable, has already had a screening test
 9=*DNK/DNA

Q_5.5 About one person in 10 000 could have a complication after this exam such as bleeding or tearing of the bowel. These potential complications would discourage you from taking the exam. (read choices again if needed)

Q_5.10 It would be embarrassing to take this exam.
 (read choices again if needed)

Q_5.11 You would feel anxious about taking this exam because you don't really understand what would be done. (read choices again if needed)

/*Coloscopie

IF Q5.1B=2,3 GO TO DESCRIPTION 1

IF Q5.1B=1,9 GO TO DESCRIPTION 2

IF Q5.1B HAS NOT BEEN ANSWERED GO TO DESCRIPTION 3*/

Q_sicaltxt6a si Q#5.1b=2,3->txt6A
 ->>calTXT6b

Q_sicaltxt6b si Q#5.1b=1,4,9->txt6b
 ->>txt6C

Q_TXT6A The last exam that can be done to find a bowel cancer is a colonoscopy (long) that we've discussed earlier. Remember that this exam is similar to the one we've just discussed, however, the tube is longer. Also, because of the medicine that can be given to help relax, people cannot usually go back to work the same day. Even if you already took this exam, it is possible that you need to take it again as a screening test for cancer in a few years.

2=*Click here

->>6.2

Q_TXT6B The last exam that can be done to find a bowel cancer is a colonoscopy (long). Remember that this exam is similar to the one we've just discussed, however, the tube is longer and the physician can see almost all the bowel. Also, because of the medicine that can be given to help relax, people cannot usually go back to work the same day.

->>6.2 2=* Click here

Q_TXT6C The last exam that can be done to find a bowel cancer is a colonoscopy (long). This exam is similar to the one we've just discussed, however, the tube is longer and the physician can see almost all the bowel. The physician can also remove any growth that might be found during the exam. The exam takes 30 to 60 minutes. Before the exam, it is possible to have some medicine injected in the veins to help relax. For this reason, people cannot go back to work the same day.

2=* Click here

Q_6.1 Have you ever taken this exam?

1=*Yes
2=*No
9=*DNK/DNA

Q_6.2 If this screening exam was recommended as part of a governmental public health program, would the probability that you take it be...?

1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA

Q_6.3 If this screening exam was recommended by your physician, even if you don't have any problem, would the probability that you take it be...?

1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA

Q_6.4 Tell me if you strongly agree, somewhat agree, somewhat disagree or strongly disagree with the following statements :

Having to take a laxative to completely empty your bowel and not eating solid food 24 hours prior the exam would discourage you from taking it. (read choices again if needed)

1=*Strongly agree
2=*Somewhat agree
3=*Somewhat disagree
4=*Strongly disagree

- 5=*Not applicable, has already had a screening test
9=*DNK/DNA
- Q_6.5 About one person in 1000 could have a complication after this exam such as bleeding or tearing of the bowel. These potential complications would discourage you from taking the exam. (read choices again if needed)
- Q_6.10 It would be embarrassing to take a colonoscopy.
(read choices again if needed)
- Q_6.11 You would feel anxious about taking this exam because you don't really understand what would be done. (read choices again if needed)
- Q_6.14 Of the three exams we've discussed, which one would you prefer to take as the first bowel cancer screening exam :
- 1=The stool blood test
2=The sigmoidoscopy with the short tube
3=The colonoscopy with the long tube
4=*Any of them
5=*None of them
9=*DNK/DNA
- >>6.18
- Q_6.16 We have previously discussed about the stool blood test. If blood was found in the stool, the cause for bleeding must be found using a colonoscopy.
- If blood was found in your stool, would the probability that you take a colonoscopy be...? (If necessary, specify : bowel exam with the long tube)
- 1=Very high
2=Quite high
3=Quite low
4=Very low
9=*DNK/DNA
- Q_6.18 To conclude, I would like to ask you some questions for statistical purposes. What are the first three characters of your postal code? *Borne alpha
- *999 :DNK/DNA*
-
- Q_1.1 In which country were you born?
- 1=*Canada, Quebec
2=*USA
3=*Mexico
4=*European countries
5=*African countries
6=*Central or South American countries
7=*Asian countries
8=*Oceania
90=*Other <specify>
99=*DNK/DNA

Q_1.1b What is your mother tongue?

- 1=*English
- 1=*French
- 1=*Spanish
- 1=*Other (specify)

Q_sicalap1.1b si q#1.1b=4->1.1bau

->>6.19

Q_1.1bau Other (specify) _____

Q_6.19 What is the highest level of education you have completed?

- 0=*No formal schooling or only nursery school
- 1=*Grade One
- 2=*Grade Two
- 3=*Grade Three
- 4=*Grade Four
- 5=*Grade Five
- 6=*Grade Six
- 7=*Grade Seven
- 8=*Grade Eight or Secondary I
- 9=*Grade Nine or Secondary II
- 10=*Grade Ten or Secondary III
- 11=*Grade Eleven or Secondary IV
- 12=*Grade Twelve or Secondary V
- 13=*Partial training in a CEGEP, community college, trade school or private commercial college, technical institute, nursing school or normal school
- 14=*Diploma or certificate from a general program at a CEGEP or community college
- 15=*Diploma or certificate from a technical/career program at a CEGEP or community college, trade school or private commercial college, technical institute, nursing school or normal school
- 16=*Partial university training
- 17=*Undergraduate certificate completed
- 18=*Bachelor's degree completed
- 19=*Degree in medicine, dentistry, veterinary medicine, optometry, chiropractic, health professional completed
- 20=*Graduate diploma or certificate completed
- 21=*Master's degree completed
- 22=*Doctorate completed
- 90=*Other <specify>
- 99=*DNK/DNA

Q_6.26 I would like to know what was your total gross household income last year before income tax deductions : *Accept a spontaneous answer*

- 1=Less than \$10,000
- 2=Between \$10,000 and less than \$15,000
- 3=Between \$15,000 and less than \$30,000
- 4=Between \$30,000 and less than \$40,000
- 5=Between \$40,000 and less than \$60,000
- 6=Between \$60,000 and less than \$80,000
- 7=Between \$80,000 and \$100,000
- 8=More than \$100,000
- 99=*DNK/DNA

/*ACKNOWLEDGEMENTS*/

Q_F1 I thank you but this study is only aimed at people aged 45-74 years old.
2=*OK->Sortie

Q_F3 Finally, do you agree that your answers be analyzed anonymously by the National Institute of public health of Quebec, with those of the 2000 other participants?

1=*Agree
2=*Refuse

Q_TXTFIN Thank you very much for your participation and have a good day! *If needed :
Dr. Mélanie Drolet 418-650-5115 ext. 5544*
2=*OK

Q_SEXE (Note respondent gender)
1=*Male
2=*Female

/*Questions to be completed after the interview by the interviewers*/

Q_F4 In your opinion, was answering these questions... for this person?

1=*Extremely difficult
2=*Very difficult
3=*Difficult
4=*Slightly difficult
5=*Not difficult at all

Q_F5 How confident are you that this person understood the meaning of these questions well?

1=*Very confident
2=*Somewhat confident
3=*More or less confident
4=*Not at all confident

->>fin

Q_FIN Thank you very much for your participation and have a good day!

*Institut national
de santé publique*

Québec

