

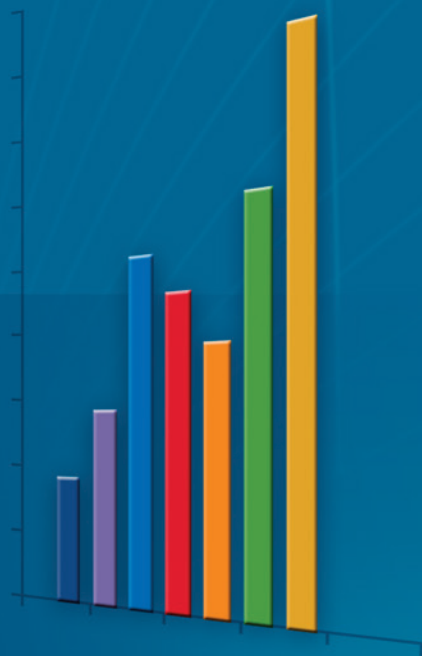
INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013

Méthodologie et description
de la population visée



Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques dont il dispose,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Ce document est disponible seulement
en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
3^e trimestre 2014
ISBN 978-2-550-71408-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle
est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm.

Septembre 2014

AVANT-PROPOS

Au cours des dernières années, l'Institut de la statistique du Québec a développé un créneau d'enquêtes qui documentent l'organisation des services de santé et plus spécifiquement, la satisfaction et l'expérience de soins des usagers. Dans ce domaine et pour les besoins des études cherchant à évaluer la performance du système de santé, le point de vue des patients est en effet essentiel. Reconnaisant l'apport des données provenant de la première Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer menée en 2008 auprès des personnes atteintes de cancer, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté l'Institut pour la répéter. Ce deuxième passage en 2013 pourrait offrir des données autant provinciales que régionales sur lesquelles appuyer l'évaluation de la qualité des services offerts aux personnes atteintes de cancer au Québec.

Afin de mieux répondre aux besoins de connaissance du ministère, mais aussi des décideurs, chercheurs, intervenants, groupes de sensibilisation et bénévoles, l'Institut a scindé la présentation des résultats de l'enquête en trois volumes thématiques. Cela permet de documenter certains enjeux liés aux grandes priorités du Plan d'action en cancérologie du Québec tels que : les changements survenus dans la prestation des services depuis 2005, le point de vue des patients quant à la qualité des services reçus et la détermination des aspects du système présentant des lacunes et finalement, l'impact des soins et des services offerts par l'infirmière pivot en oncologie sur l'expérience de soins des patients.

Que nous procurent ces données? Elles permettent de mesurer et de traduire en chiffres, les efforts consentis par le système de soins pour l'amélioration de la santé des personnes atteintes de cancer et l'humanisation des services qui leur sont offerts. Elles améliorent nos connaissances statistiques sur l'organisation de ces soins et services en pleine transformation et indiquent – tel un porte-voix des patients– quelles sont les pistes d'amélioration à suivre pour atteindre les résultats visés.

Réussir à interviewer plus de 9 000 personnes sur un sujet aussi délicat traduit l'importance qu'accordent les personnes atteintes de cancer au fait de témoigner de leur expérience. L'Institut leur est reconnaissant de lui permettre de participer à cette amélioration des connaissances. Souhaitons que la précieuse banque d'information ainsi constituée sur leur expérience soit exploitée à son plein potentiel et, surtout, qu'elle soit utilisée pour améliorer la qualité des services qui leur sont offerts.

Le directeur général



Stéphane Mercier

Réalisation : Maxime Boucher et Gaëtane Dubé
Institut de la statistique du Québec

Collaborateurs : Robert Courtemanche et Ariane Dubé-Linteau
Institut de la statistique du Québec

Assistance technique : Valeriu Dumitru, au traitement et à la validation des données
Kate Dupont, à la vérification des chiffres
Institut de la statistique du Québec

Coordination : Jasline Flores
Institut de la statistique du Québec

Révision linguistique et édition : Micheline Lampron à la révision linguistique
Marie-Eve Cantin et Anne-Marie Roy à l'édition
Institut de la statistique du Québec

Financement : Ministère de la Santé et des Services sociaux
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant
le contenu de cette publication :

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749
ou
1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada
et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour le volume

BOUCHER, Maxime et Gaëtane DUBÉ (2014). *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013: Méthodologie et description de la population visée*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 36 p.

Avertissements

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties. Afin de faciliter la lecture des résultats, les proportions de 5 % et plus sont généralement arrondies à l'unité dans le texte. L'absence d'astérisque dans les tableaux ou figures signifie que toutes les estimations ont une bonne précision ($CV \leq 15\%$).

Signes conventionnels et abréviations

x	Donnée confidentielle
...	N'ayant pas lieu de figurer
—	Donnée infime
–	Néant ou zéro
*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
CV	Coefficient de variation

Note : Le genre masculin a été utilisé dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

Le succès d'un projet d'enquête repose essentiellement sur la collaboration des répondants et du soutien qu'il reçoit. Merci aux 9 175 personnes qui ont généreusement donné de leur temps pour répondre aux questions. Merci aussi à la Direction québécoise de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux pour son engagement, sa confiance et son appui dans ce projet. Nous désirons également remercier NRC Picker Canada pour leur contribution. Il faut souligner l'apport inestimable des membres du comité d'orientation de projet qui, par leur expertise, ont soutenu et orienté la réalisation des travaux :

- Donald Aubin, directeur de santé publique et de l'évaluation, l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean ;
- Michèle Aubin, professeure titulaire au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval ;
- Viviane Cantin, agente de recherche, Direction des études et des analyses, MSSS ;
- Michèle De Guise, directrice de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ;
- Jeannie Haggerty, professeure titulaire au Centre de recherche de l'Hôpital St. Mary's et de l'Université McGill ;
- Line Lafantaisie, directrice des Services à la population à la Société canadienne du cancer ;
- Carmen Loiselle, directrice du Programme de soins infirmiers en oncologie à l'Université McGill ;
- France Paquette, conseillère à la Direction québécoise de cancérologie, MSSS ;
- Anne Plante, infirmière conseillère spécialisée en oncologie et en soins palliatifs à l'Hôpital Charles-Le Moyne ;
- Nancy Renaud, agente de développement à l'Association du cancer de l'Est du Québec ;
- Dominique Tremblay, professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

Nos remerciements vont également à d'autres personnes ayant collaboré à un moment ou à un autre aux activités du comité d'orientation : Harold Côté, Brigitte Laflamme et Louise Paquet, du MSSS, et Danièle Roberge du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne. Merci aussi à nos collègues qui ont été sollicités à maintes reprises pour leurs connaissances liées au premier cycle de l'enquête : Luc Côté, Issouf Traore, Monique Bordeleau et Linda Cazale.

Par ailleurs, ce projet n'aurait pas pu répondre aux plus hauts standards de qualité sans l'implication de toute une équipe de personnes compétentes et dévouées. Nous tenons à remercier nos collègues Robert Courtemanche et Maxime Boucher, pour les aspects méthodologiques, Joëlle Poulin, Sophie Bérubé et toute l'équipe des intervieweurs, pour les opérations liées à la collecte, Lyne Bélanger et Madeleine Des Bois, pour les aspects technologiques, Danielle Laplante et Anne Marie Roy, pour les travaux liés à l'édition et à la diffusion, Gaëtane Dubé et Ariane Dubé-Linteau, pour le développement du contenu, l'analyse, le traitement des données et la rédaction des rapports statistiques ainsi que Valeriu Dumitru et Kate Dupont, pour leur soutien dans ces aspects.

Enfin, notre reconnaissance va à Patricia Caris et Ghyslaine Neill pour leur indéfectible appui tout au long de ce projet et pour la confiance accordée à l'équipe de réalisation.

Jasline Flores,
Coordonnatrice
Direction des statistiques de santé

TABLE DES MATIÈRES

13	Introduction
15	Chapitre 1 Méthodologie de l'enquête
15	1.1 Plan de sondage
15	1.1.1 Population visée
15	1.1.2 Base de sondage
17	1.1.3 Taille et répartition de l'échantillon
19	1.2 Collecte des données
19	1.2.1 Stratégie de collecte
19	1.2.2 Questionnaire
19	1.2.3 Taux de réponse et d'inadmissibilité
21	1.3 Traitement et analyse des données
21	1.3.1 Validation
22	1.3.2 Pondération
23	1.3.3 Analyse de la non-réponse partielle
23	1.3.4 Précision des estimations
24	1.3.5 Analyses et tests statistiques
27	1.4 Portée et limites de l'enquête
29	Chapitre 2 Caractéristiques de la population visée
29	2.1 Répartition selon l'âge et le sexe
30	2.2 Profil de traitement
30	2.3 Siège de cancer
32	2.4 Caractéristiques démographiques
32	2.4.1 Lieu de naissance
32	2.4.2 Situation familiale
33	2.5 Caractéristiques économiques
33	2.5.1 Scolarité
33	2.5.2 Occupation principale
34	2.5.3 Perception de la situation économique
34	2.5.4 Indice de défavorisation
35	2.6 Caractéristique de santé
35	2.6.1 Perception de l'état de santé

LISTE DES TABLEAUX

Chapitre 1 Méthodologie de l'enquête

Tableau 1.1

Répartition de la base de sondage selon le profil de traitement subi et la présence/absence de séjour hospitalier entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 mars 2011, Québec, 2013 17

Tableau 1.2

Taille de la base de sondage, taille de l'échantillon et nombre attendu de répondants selon la région sociosanitaire, Québec, 2013 18

Tableau 1.3

Résultats finaux de la collecte de données, Québec, 2013 20

Tableau 1.4

Nombre de répondants obtenu, taux de réponse pondéré, taux d'inadmissibilité pondéré et taux de mortalité pondéré, selon la région sociosanitaire, Québec, 2013 21

Tableau 1.5

Taux de réponse pondéré et taux d'inadmissibilité déclarée pondéré selon l'âge, le sexe, le profil de traitement et la langue de correspondance, Québec, 2013. 22

Chapitre 2 Caractéristiques de la population visée

Tableau 2.1

Répartition des patients selon l'âge et le sexe, Québec, 2013 29

Tableau 2.2

Répartition des patients selon le sexe et la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 29

Tableau 2.3

Répartition des patients selon le profil de traitement déclaré, Québec, 2013. 30

Tableau 2.4

Répartition des patients selon le sexe et le siège de cancer, Québec, 2013 30

Tableau 2.5

Classification des types de cancer déclarés par les patients selon le siège de cancer, Québec, 2013 31

Tableau 2.6

Répartition des patients selon la situation familiale et le sexe, Québec, 2013. 32

Tableau 2.7

Répartition des patients selon le plus haut niveau de scolarité atteint et le sexe, Québec, 2013 33

Tableau 2.8

Répartition des patients selon l'occupation principale et le sexe, Québec, 2013. 33

Tableau 2.9

Perception de la situation économique selon le sexe des patients, Québec, 2013 34

Tableau 2.10

Indice de défavorisation/dimension matérielle selon le sexe des patients, Québec, 2013. 34

Tableau 2.11

Indice de défavorisation/dimension sociale selon le sexe des patients, Québec, 2012. 35

Tableau 2.12

Perception de l'état de santé des patients selon le sexe, Québec, 2013. 35

INTRODUCTION

La présente publication est divisée en deux parties. Le premier chapitre expose la méthodologie utilisée pour l'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer (EQSLCC) 2013, tandis que le second décrit les principales caractéristiques de la population visée. La méthodologie utilisée en 2013 est celle mise au point pour la première édition de l'enquête (Dubé, Côté, Bordeleau, Cazale et Traoré, 2010)¹. En conservant cette même façon de faire, on s'assure de pouvoir comparer les résultats obtenus en 2010 à ceux de 2008.

Contexte de l'enquête

En 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) le mandat de réaliser une enquête populationnelle visant à fournir aux décideurs des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des services rendus aux patients traités pour un cancer et d'en suivre l'évolution. Aux fins de cette démarche, le point de vue des usagers joue un rôle central.

La première édition de l'EQSLCC, menée en 2008, dressait ainsi un portrait statistique provincial et régional de l'expérience vécue par les patients traités entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006, soit au cours de la période correspondant ou précédant de peu la désignation des établissements/équipes interdisciplinaires et l'intégration des infirmières pivots en oncologie dans ces équipes. La seconde édition de l'enquête, menée en 2013, vise principalement à actualiser ce portrait statistique en faisant appel aux patients traités entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, soit cinq années après l'adoption du fonctionnement en équipe interdisciplinaire et le déploiement des infirmières pivots en oncologie. Elle a pour objectifs principaux de déterminer les changements survenus entre 2005-2006 et 2010 et de dégager les éléments susceptibles d'améliorer la qualité des services.

Évaluation de la qualité des services

Priorité 1 du Plan d'action en cancérologie : « Des soins et des services axés sur les besoins des patients et de la population ». Objectif 1.1 : « Assurer la prise en compte du point de vue des personnes touchées par le cancer. » (MSSS, 2013b, p. 5)

En matière d'organisation des soins et des services, plusieurs méthodes reconnues peuvent être utilisées pour surveiller et améliorer en continu la qualité des services offerts. L'approche adoptée dans l'EQSLCC est d'inviter le patient à se prononcer sur la production – ou non – d'actions spécifiques. Le concept d'expérience fait donc référence à la réception, ou non, de services précis, fondés sur des normes et des bonnes pratiques initialement proposées par des experts en la matière et par les patients eux-mêmes lors de consultations de groupe. Les indicateurs mesurés traduisent à la fois la performance du système et celle d'une approche axée sur le patient.

Objectifs de l'enquête

L'EQSLCC 2013 a pour objectifs spécifiques :

1. d'actualiser le portrait statistique provincial et régional de l'expérience vécue par les personnes traitées pour un cancer cinq années après l'avènement des équipes interdisciplinaires et des infirmières pivots en oncologie, en fonction de dimensions comme l'accessibilité, la coordination/continuité, le soutien psychologique, l'information/communication/éducation, le confort physique et le respect des préférences du patient ;
2. de déterminer les changements survenus dans l'expérience des patients entre 2005-2006 et 2010 ;
3. de dégager les éléments susceptibles d'améliorer la qualité des services rendus en matière de lutte contre le cancer.

1. G. DUBÉ, L. CÔTÉ, M. BORDELEAU, L. CAZALE et I. TRAORÉ (2010), *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2008 : Portrait statistique des personnes ayant reçu un traitement*, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/services-cancer.html].

Publications²

Les résultats de l'enquête font l'objet de trois publications. L'une dresse un portrait de l'expérience vécue par la population visée, en fonction de dimensions de la qualité comme l'accessibilité, la coordination/continuité, le soutien psychologique, l'information/communication/éducation, le confort physique et le respect des préférences du patient. Une autre rend compte de l'influence de l'infirmière pivot en oncologie sur l'expérience des patients. Enfin, une troisième compare l'expérience des patients traités pour un cancer entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 à celle des patients traités entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006.

2. Toutes les publications liées à l'EQLCC sont disponibles sur le site Web de l'ISQ, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/services-cancer.html].

1

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Ce chapitre comprend quatre sections. La première présente les éléments liés au plan de sondage de l'enquête, notamment la population visée, la base de sondage utilisée ainsi que la taille et la répartition de l'échantillon. La seconde section décrit la procédure d'enquête, soit la stratégie de collecte des données, l'instrument de mesure utilisé et les résultats obtenus à cet égard. La troisième aborde le traitement et l'analyse des données ; il y est question de la validation, de la pondération, des estimations produites et des tests statistiques utilisés dans les analyses. La dernière section traite de la portée et des limites de l'enquête.

1.1 Plan de sondage

1.1.1 Population visée

La population visée par la présente enquête est constituée des personnes âgées de 18 ans et plus, résidant au Québec¹ et ayant subi au moins un des trois types de traitement retenus aux fins de l'enquête, soit une chirurgie oncologique, une chimiothérapie (par voie intraveineuse) ou une radiothérapie (incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, pour soigner un cancer².

Sont exclues de la population visée les personnes vivant dans les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James), celles qui sont décédées avant ou pendant la période de collecte, les personnes qui, au moment de la collecte, déclarent être en phase terminale, ne pas avoir subi au moins un des trois types de traitement retenus aux fins de l'enquête au cours de la période de référence ou qui affirment ne pas être atteintes de cancer.

Le terme « cancer » couvre les diagnostics débutant par la lettre C de la 10^e classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à l'exception des codes C8800 (Maladies immunoprolifératives malignes) et C945 (Autres leucémies à cellules précisées/Myélofibrose aiguë). Les codes retenus pour l'enquête de 2013 correspondent aux codes 140 à 208 de la 9^e classification (CIM-9) utilisés dans l'enquête de 2008.

1.1.2 Base de sondage

Lors des travaux préparatoires à l'EQSLCC 2013, aucune banque de données administratives, outre celles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ne permettait d'identifier les personnes qui, selon toute vraisemblance, ont subi en 2010 l'un ou l'autre des trois types de traitement retenus aux fins de l'enquête en raison d'un cancer et de reproduire la procédure suivie au premier cycle de l'enquête, afin d'assurer la comparabilité des données. Le Registre québécois du cancer, par exemple, n'offrait pas à ce moment-là cette possibilité.

La préparation de la base de sondage de l'enquête a été réalisée principalement par la RAMQ, qui dispose du fichier des services rémunérés à l'acte et du fichier des séjours hospitaliers (Med-Écho) du MSSS (voir encadré). La base de sondage a été extraite de façon semblable à celle du premier cycle de l'enquête. Certaines adaptations ont été requises en raison des changements apportés à la codification des diagnostics et des interventions dans le fichier Med-Écho. Les données portant sur la période de référence, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010, ont servi à identifier les personnes ayant été traitées en 2010, possiblement contre le cancer. Cette période a été élargie pour créer une période dite de validation, allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 mars 2011, afin de retenir, dans la mesure du possible, seulement les personnes réellement atteintes de cancer en étudiant les historiques

1. Précisons que, pour être sélectionnées, les personnes devaient avoir reçu au moins l'un des traitements visés par l'enquête au Québec et que les soins et les services reçus à l'extérieur du Québec ne sont pas pris en compte dans l'analyse des données.
2. Précisons à cet égard que le cancer peut se traiter par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et, dans certains cas, par hormonothérapie, immunothérapie ou thérapie ciblée. Selon le cas, ces traitements peuvent être prescrits seuls, successivement ou en association. Les protocoles pour soigner un cancer sont multiples. Le traitement proposé dépend étroitement du type de cancer et de son stade de progression. Seuls les trois types de traitement pour soigner un cancer appliqués le plus fréquemment au Québec ont été retenus aux fins de l'enquête, soit la chirurgie à visée curative (ayant pour but de retirer une tumeur), la chimiothérapie (qu'on administre par voie intraveineuse) et la radiothérapie (ou la curiethérapie).

de traitements et les diagnostics émis. Il est à noter que cette période de validation avait été plus courte lors du premier cycle de l'enquête (1^{er} octobre 2004 au 30 septembre 2006), alors que la période de référence s'étalait du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006.

Fichier Med-Écho

Le fichier Med-Écho renferme des données médico-hospitalières, cliniques et démographiques sur les patients hospitalisés dans les établissements québécois de soins généraux et spécialisés. Sont couverts en totalité les soins de courte durée et la chirurgie d'un jour. Les informations sur les soins qu'une personne a pu recevoir en clinique externe ou en clinique privée ne s'y trouvent pas. Le diagnostic principal, raison majeure de l'hospitalisation, et les 15 diagnostics secondaires pouvant être indiqués au dossier du patient sont validés par des archivistes médicaux. Ce fichier compile jusqu'à 20 actes posés durant le séjour hospitalier¹.

Fichier des services rémunérés à l'acte

Le fichier des services rémunérés à l'acte est une banque administrative de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui enregistre tous les paiements pour des services médicaux offerts par des médecins. Les données disponibles se rapportent aux services rémunérés rendus dans le cadre du régime d'assurance maladie. Les médecins n'ont pas l'obligation de déclarer un diagnostic pour être rémunérés, celui-ci constitue néanmoins une variable disponible. Soulignons toutefois que le diagnostic rapporté n'est pas validé.

1. Selon la classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCI), 2^e révision.

L'Institut a d'abord demandé à la RAMQ de retenir les individus présents dans le fichier des séjours hospitaliers répondant aux critères suivants :

- avoir au moins 18 ans en date du 1^{er} janvier 2010 ;
- résider au Québec en date du 1^{er} janvier 2010 ;
- être vivant au moment de la requête ;
- avoir subi une chirurgie curative pour un cancer en 2010 au cours d'une hospitalisation à laquelle a été attribué un diagnostic principal de cancer³.

Ces personnes extraites du fichier Med-Écho ont été automatiquement conservées dans la base de sondage puisque le cancer était confirmé par un diagnostic fiable. En second lieu, les personnes inscrites dans le fichier des services rémunérés à l'acte ont été ajoutées si elles remplissaient les conditions suivantes :

- avoir au moins 18 ans en date du 1^{er} janvier 2010 ;
- résider au Québec en date du 1^{er} janvier 2010 ;
- être vivant au moment de la requête ;
- avoir subi des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie (incluant la curiethérapie) en 2010 ;
- respecter un des critères ci-dessous :
 - être inscrit dans le fichier Med-Écho pour une hospitalisation à laquelle a été attribué un diagnostic principal de cancer et dont la date de départ se situe entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 mars 2011 ;
 - avoir subi des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie (incluant la curiethérapie) lors d'au moins trois jours différents entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 mars 2011, et présenter un diagnostic de cancer pour au moins un de ces traitements ou aucun diagnostic pour tous ces traitements⁴.

Finalement, les personnes décédées ont été retirées de la base de sondage grâce au Registre des événements démographiques du Québec.

La base de sondage ainsi constituée comprend 39 540 personnes (tableau 1.1).

3. Comme il sera expliqué ultérieurement dans ce document, la détermination des chirurgies curatives admissibles ne tient pas compte du type d'anesthésie et du lieu de l'intervention, contrairement au premier cycle de l'enquête.

4. Ce critère a été élaboré afin de s'assurer de conserver uniquement des personnes qui avaient vraisemblablement été traitées pour un cancer.

Considérations relatives à la base de sondage

Des travaux visant à évaluer les critères de sélection des individus admissibles à l'enquête et à étudier, dans la mesure du possible, la sous-couverture présente dans la base de sondage ont été réalisés par l'ISQ à partir d'une extraction dénominalisée du fichier des séjours hospitaliers Med-Écho du MSSS, dans les locaux du Ministère.

L'exploration de ce fichier aura permis de s'assurer que les critères d'extraction de la population visée étaient adéquats. En effet, il a été noté que certaines interventions subies au cours d'hospitalisations auxquelles un diagnostic principal de cancer a été associé figurent sur la liste des chirurgies curatives pour le cancer établie par l'archiviste médical sans toutefois avoir eu lieu dans un bloc opératoire. Une consultation auprès de l'archiviste a révélé la possibilité que le lieu de l'intervention et le code d'anesthésie soient mal inscrits, à l'occasion. Il a donc été décidé de ne pas baser la détermination des chirurgies curatives admissibles sur ces deux renseignements pour le second cycle de l'enquête. Le fait de restreindre la sélection aux personnes ayant subi une chirurgie curative en bloc opératoire aurait entraîné le retrait de 1 610 personnes; 26 554 personnes auraient été extraites du fichier Med-Écho pour l'enquête au lieu des 28 164, actuellement.

La base de sondage employée présente probablement une sous-couverture, comme c'est le cas de la majorité des bases de sondage. Toutefois, rien n'indique qu'elle soit supérieure dans le second cycle de l'enquête. Il y aurait lieu d'explorer la sous-couverture de la portion de la population visée qui provient uniquement du fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ. Il semble que les médecins puissent utiliser plusieurs codes de facturation pour un même acte en chimiothérapie ou en radiothérapie, dont certains sont génériques (par exemple: « visite principale »). Ainsi, plusieurs traitements pourraient ne pas être identifiables. Toutefois, il serait difficile de quantifier l'ampleur de cette sous-couverture.

Somme toute, les travaux effectués n'ont démontré aucun problème apparent de sous-couverture. Les différences observées entre le nombre de personnes dans la base de sondage et d'autres sources de données portant sur le nombre de personnes atteintes de cancer s'expliquent par l'exclusion, lors de l'enquête, des personnes décédées et des personnes n'ayant pas reçu un des traitements considérés en 2010.

1.1.3 Taille et répartition de l'échantillon

Parce que l'un des objectifs de l'enquête est d'obtenir des estimations au niveau de la province et des régions sociosanitaires (RSS), le plan de sondage a été construit de manière à obtenir des estimations régionales de l'ordre

Tableau 1.1

Répartition de la base de sondage selon le profil de traitement subi et la présence/absence de séjour hospitalier entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 mars 2011, Québec¹, 2013

	Avec séjour hospitalier et diagnostic principal de cancer	Sans séjour hospitalier	Total	Proportion
	n			%
Chirurgie seulement	18 622	0	18 622	47,1
Radiothérapie seulement	2 060	2 598	4 658	11,8
Chimiothérapie seulement	2 200	1 392	3 592	9,1
Chirurgie et radiothérapie	4 836	0	4 836	12,2
Chirurgie et chimiothérapie	2 609	0	2 609	6,6
Radiothérapie et chimiothérapie	2 094	689	2 783	7,0
Chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie	2 440	0	2 440	6,2
Total	34 861	4 679	39 540	100,0

1. Les régions sociosanitaires Nunavik (17) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) sont exclues des données présentées dans ce tableau.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

de 7 % avec une bonne précision relative, c'est-à-dire un coefficient de variation⁵ (CV) d'au plus 15 %. Pour ce faire, un nombre de 600 répondants par région a été nécessaire (tableau 1.2). Ce nombre a dû être gonflé pour tenir compte des trois hypothèses⁶ suivantes :

- un taux de réponse attendu d'au moins 67 % pour l'ensemble du Québec et pour chacune de ses régions, sauf Montréal, pour laquelle il a été fixé à 60 % ;
- un taux attendu d'inadmissibilité déclaré⁷ de 6,4 % ;
- un taux de mortalité attendu de 6,7 %.

Dans quatre régions, soit Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Nord-du-Québec, il a été impossible d'atteindre le nombre souhaité de 600 répondants puisque la taille de la population concernée par l'enquête était inférieure à ce nombre. Un recensement a dû y être effectué. Par conséquent, pour les régions Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le nombre de répondants attendu permet d'estimer des prévalences supérieures à 20 % avec un CV inférieur à 15 %. Rien ne pouvant être estimé avec précision pour la région Nord-du-Québec, vu la très petite taille de l'effectif, les résultats la concernant ont été jumelés à ceux de la région de la Côte-Nord.

Tableau 1.2

Taille de la base de sondage, taille de l'échantillon et nombre attendu de répondants selon la région sociosanitaire, Québec¹, 2013

	Taille de la base de sondage	Taille de l'échantillon	Nombre attendu de répondants
	n		
Bas-Saint-Laurent	1 243	1 007	600
Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 365	1 007	600
Capitale-Nationale	3 900	1 007	600
Mauricie et Centre-du-Québec	2 702	1 007	600
Estrie	1 885	1 007	600
Montréal	8 341	1 974	1 050
Outaouais	1 661	1 007	600
Abitibi-Témiscamingue	613	613	365
Côte-Nord	468	468	279
Nord-du-Québec	49	49	29
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	551	551	329
Chaudière-Appalaches	2 234	1 007	600
Laval	1 925	1 007	600
Lanaudière	2 298	1 007	600
Laurentides	2 763	1 007	600
Montérégie	7 542	1 591	950
Ensemble du Québec	39 540	15 316	9 001

1. Les régions sociosanitaires Nunavik (17) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) sont exclues des données présentées dans ce tableau.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

5. Pour plus de détails, voir la section 1.3.4.

6. Les taux de réponse, d'inadmissibilité déclaré et de mortalité ont été estimés à partir des résultats de la première édition de l'enquête, menée en 2008 (G. Dubé et autres, 2008).

7. Soit des personnes déclarant l'absence de cancer ou de traitement entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010, bien que la base de sondage indique le contraire.

Enfin, pour améliorer la précision des estimations provinciales, le nombre de répondants attendu pour les régions de Montréal et de la Montérégie a été majoré à 1 050 et à 950, respectivement.

Le tirage de l'échantillon s'est fait après une stratification de la base de sondage visant à assurer un certain contrôle de sa composition. Les strates sont formées du croisement entre la région sociosanitaire, le profil de traitement, l'âge et le sexe. Un échantillon a été tiré aléatoirement dans chaque strate. Au total, 15 316 personnes ont été sélectionnées pour participer à l'enquête.

1.2 Collecte des données

1.2.1 Stratégie de collecte

La collecte des données a été effectuée du 30 janvier au 31 mai 2013 au moyen d'un questionnaire autoadministré et d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO), à partir du logiciel Interviewer.

La stratégie de collecte consiste à expédier un questionnaire par la poste, accompagné d'une lettre exposant succinctement les objectifs de l'enquête, le mode de sélection, les instructions à suivre pour remplir et retourner le questionnaire. La possibilité de remplir le questionnaire au moyen d'une entrevue téléphonique est également offerte aux personnes qui, pour une raison ou une autre, s'estiment incapables de remplir et de retourner le questionnaire papier. Une relance téléphonique a été faite afin de joindre les personnes n'ayant pas réexpédié leur questionnaire.

Dans le but d'éviter de communiquer avec les familles de personnes décédées, la liste des personnes sélectionnées est jumelée à plusieurs reprises pendant la collecte au fichier maître des décès du Registre des événements démographiques de l'Institut de la statistique du Québec.

1.2.2 Questionnaire

Le questionnaire s'inspire fortement de celui de l'édition précédente. Il est structuré selon une logique chronologique⁸ des événements vécus par les personnes traitées pour un cancer. Il comporte six sections thématiques :

- le type de cancer et l'historique de la maladie (A) ;
- la période précédant les traitements (B) ;
- la période des traitements (C) ;
- le suivi après la fin des traitements actifs (D) ;
- les changements dans les habitudes de vie (E) ;
- questions d'ordre sociodémographique (F) permettant, entre autres, de décrire les principales caractéristiques des personnes visées par l'enquête.

Les changements au questionnaire ont été réduits au minimum afin de préserver la comparaison temporelle des indicateurs mesurés en 2008. Ainsi, 37 questions de l'enquête menée en 2013 peuvent être comparées à celles de l'enquête menée en 2008, en raison de leurs similarités structurelles et conceptuelles. Pour améliorer la compréhension des questions ou pour limiter le biais de mémoire, certaines questions ou certains choix de réponse ont été modifiés, voire supprimés. Des questions de l'*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* (AOPSS, 2012)⁹, menée dans divers établissements hospitaliers canadiens par NRC Picker Canada¹⁰, ont été ajoutées et adaptées aux besoins de l'enquête. Quatre questions ont aussi été intégrées pour documenter l'assignation de l'infirmière pivot en oncologie, le moment de cette assignation dans le parcours du patient, la réception du *Passeport en oncologie* (MSSS, 2008)¹¹ et son utilisation.

1.2.3 Taux de réponse et d'inadmissibilité

Parmi les 15 316 personnes sélectionnées, 9 175 ont répondu à l'enquête (81 % par la poste et 19 % au téléphone) (tableau 1.3). Au nombre des entrevues

8. La logique chronologique postule que l'on propose un traitement à la personne malade une fois le diagnostic clairement posé. Certaines personnes subissent toutefois l'ablation d'une tumeur qui, après analyse, montrera qu'elle contient des cellules cancéreuses. Le diagnostic est alors posé après le traitement. Le principe retenu aux fins de l'enquête est de mesurer le temps s'étant écoulé en aval et non en amont par rapport au diagnostic.

9. L'AOPSS est un questionnaire administré aux patients ayant subi une chimiothérapie ou une radiothérapie en consultation externe ainsi qu'aux patients suivis sur une base ambulatoire.

10. Le questionnaire de l'enquête est notamment composé de questions dont les droits d'auteur appartiennent à NRC Picker Canada (2012). Pour consulter le questionnaire de l'enquête québécoise, on peut se référer à la documentation technique de l'enquête, disponible sur le site Web de l'Institut.

11. *Passeport en oncologie*: www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

Tableau 1.3
Résultats finaux de la collecte de données, Québec, 2013

Catégorie	Résultats de la collecte	Nombre de personnes
Cas inadmissibles		2 018
	Se déclarant inadmissibles	1 203
	Décédées/en phase terminale	815
Cas non répondants		4 123
	Refus	1 623
	Retour poste/questionnaire reçu vide/aucun retour courrier, aucun numéro de téléphone	45
	Mauvais numéro/ligne défectueuse	1467
	Incapacité pour cause de maladie	212
	Dit avoir retourné/promesse de retourner le questionnaire	246
	À rappeler/rendez-vous ferme/rendez-vous manqué	29
	Répondeur	241
	Pas de réponse	67
	Questionnaire incomplet/abandon/questionnaire rejeté à la validation	87
	Autres cas (ligne occupée/fax/incapacité à cause de la langue/absence prolongée/entente prise avec un tiers/réexpédition/autres cas)	106
	Cas répondants	
Par la poste		7 389
Par téléphone auprès du répondant		1 648
Par téléphone auprès d'un tiers		138
Total		15 316

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

téléphoniques, 139 ont été réalisées auprès d'une tierce personne en raison de l'incapacité de la personne sélectionnée de le faire elle-même¹². Comme cela ne compte que pour 1,5% de l'ensemble des entrevues, le biais engendré par la non-réponse des répondants par procuration peut être considéré comme négligeable lors de la production d'estimations. Par ailleurs, certaines personnes sélectionnées se sont déclarées inadmissibles à l'enquête (1 203, ou 8% de l'échantillon) en affirmant qu'elles n'avaient pas subi de traitement contre le cancer durant la période de référence ou qu'elles n'étaient pas atteintes de cancer. Cette proportion est légèrement plus élevée que celle qui était attendue. Également, 815 personnes (ou 5% de l'échantillon) sont décédées pendant l'enquête ou ont déclaré être en phase terminale.

Le taux de réponse provincial (pondéré) correspond au taux attendu de 68%. Le taux de réponse par région sociosanitaire (pondéré) varie quant à lui entre 62% et 74% (tableau 1.4).

Le taux de réponse provincial (pondéré) varie selon l'âge, le profil de traitement subi et la langue de correspondance (tableau 1.5). Ainsi, les personnes les plus jeunes (61%, 18 à 39 ans) et les plus âgées (53%, 75 ans et plus), celles ayant subi une chirurgie curative seulement (63%) et les personnes dont la langue de correspondance est l'anglais (61%) ont, en proportion, moins répondu au questionnaire.

12. Exemples de difficultés rencontrées : la personne est aveugle, ne sait pas lire, parle une autre langue que le français ou l'anglais, etc.

Tableau 1.4

Nombre de répondants obtenu, taux de réponse pondéré, taux d'inadmissibilité pondéré et taux de mortalité¹ pondéré, selon la région sociosanitaire, Québec², 2013

	Nombre de répondants obtenu	Taux de réponse (pondéré)	Taux d'inadmissibilité déclaré (pondéré)	Taux de mortalité (pondéré)
	n	%		
Bas-Saint-Laurent	576	67,7	10,6	4,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	634	71,7	6,1	6,0
Capitale-Nationale	597	68,1	8,9	4,0
Mauricie et Centre-du-Québec	602	69,1	8,1	5,4
Estrie	622	72,6	9,7	5,2
Montréal	1 066	61,9	7,3	5,5
Outaouais	574	67,1	9,3	5,8
Abitibi-Témiscamingue	410	72,8	3,3	4,9
Côte-Nord	281	68,9	8,1	4,7
Nord-du-Québec	34	73,9	2,0	4,1
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	333	70,3	6,7	6,5
Chaudière-Appalaches	583	66,6	7,4	5,6
Laval	590	68,8	7,7	7,2
Lanaudière	663	72,8	6,0	3,6
Laurentides	646	73,8	7,8	5,3
Montérégie	964	70,4	8,6	5,4
Ensemble du Québec	9 175	68,3	7,9	5,3

1. Inclut les personnes en phase terminale.

2. Les régions sociosanitaires Nunavik (17) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) sont exclues des données présentées dans ce tableau.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

Le taux d'inadmissibilité déclarée (pondéré) varie pour sa part selon l'âge, le profil de traitement subi et la région sociosanitaire de résidence. Ainsi, les personnes de 75 ans et plus, celles qui n'ont subi qu'une chirurgie (tableau 1.5) de même que les personnes résidant dans les régions sociosanitaires du Bas-Saint-Laurent et de l'Estrie (tableau 1.4) présentent les taux d'inadmissibilité déclarée les plus élevés.

1.3 Traitement et analyse des données

Pour que les résultats produits à partir des données de l'enquête soient représentatifs de la population visée, diverses opérations relatives à la validation des données, à la pondération et à la précision des estimations doivent être réalisées.

1.3.1 Validation

Les réponses recueillies à partir du questionnaire ont été saisies « telles que vues » au moyen d'un appareil de numérisation¹³. Ce type de saisie offre deux avantages : en présence d'un grand nombre de questionnaires, il réduit les coûts et les erreurs humaines liées à la saisie manuelle ; il offre également la possibilité de consulter rapidement le questionnaire d'un répondant que l'on soupçonne d'avoir eu des difficultés à répondre aux questions (réponses multiples, sauts de question non respectés, incohérences dans les réponses fournies à une section, etc.). Le recours aux entrevues téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) permet quant à lui une saisie automatique des réponses fournies par les répondants. Pour l'ensemble des questions, l'intervieweur n'a qu'à cocher le choix du répondant. La saisie s'en trouve donc réduite au minimum. Par ailleurs, la collecte téléphonique étant entièrement

13. La procédure à suivre pour numériser les questionnaires est décrite dans le Guide de codification et de numérisation des questionnaires (document interne, non disponible).

Tableau 1.5

Taux de réponse pondéré et taux d'inadmissibilité déclarée pondéré selon l'âge, le sexe, le profil de traitement et la langue de correspondance, Québec¹, 2013

	Taux de réponse (pondéré)	Taux d'inadmissibilité déclarée (pondéré)
	%	
Groupe d'âge		
18-39 ans	60,5	4,3
40-49 ans	68,0	4,7
50-64 ans	73,8	5,4
65-74 ans	70,8	9,2
75 ans et plus	52,9	14,2
Sexe		
Hommes	67,3	8,9
Femmes	69,2	7,2
Profil de traitement		
Chirurgie seulement	62,7	13,7
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	70,4	5,1
Chimiothérapie seulement	70,7	4,4
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	72,2	1,7
Chirurgie et chimiothérapie	76,1	1,4
Radiothérapie (ou curiethérapie) et chimiothérapie	73,4	1,9
Chirurgie, radiothérapie (ou curiethérapie) et chimiothérapie	77,1	0,9
Langue de correspondance		
Français	69,3	8,1
Anglais	60,5	6,4
Ensemble	68,4	7,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

informatisée, plusieurs validations de base sont réalisées pendant l'entrevue, notamment la vérification du respect des choix de réponse ou celle de l'adéquation des sauts de section, pour les blocs de questions ne s'adressant qu'à un sous-groupe de répondants.

Une validation de l'ensemble des données est effectuée en deux étapes. La première consiste à réviser les codes de résultats de la collecte dans le but de confirmer qui sont les répondants, les non-répondants et les personnes inadmissibles à l'enquête (par autodéclaration ou par décès). L'étape suivante consiste à s'assurer de la cohérence interne des réponses au questionnaire chez l'ensemble des répondants. Les règles de codification du questionnaire permettent, entre autres choses, de distinguer les répondants qui n'ont pas répondu à une question donnée de ceux qui ne devaient pas y répondre.

Les erreurs détectées (réponses multiples, sauts de question non respectés, réponses annotées dans la marge du questionnaire, etc.) sont corrigées.

1.3.2 Pondération

La pondération sert à associer à chaque répondant de l'enquête un facteur, le *ponds d'échantillonnage*, qui correspond au nombre d'unités qu'il représente dans la population visée. L'utilisation de ce facteur, à l'étape de l'estimation, permet de rapporter les données des répondants à la population visée et de faire ainsi des inférences à cette population, bien que celle-ci n'ait pas été observée dans sa totalité. L'échantillon effectif, constitué des répondants à l'enquête, comporte cependant une certaine distorsion par rapport à la population visée et nécessite les redressements suivants : le calcul de l'inverse de la probabilité de sélection de la personne, un ajustement

pour la non-réponse globale de même qu'un ajustement de la distribution des répondants à celle de la population visée, selon diverses caractéristiques.

Parce qu'on a recours à un échantillon probabiliste dans 12 régions sociosanitaires, la pondération débute par le calcul de l'inverse de la probabilité de sélection de la personne. À cette étape, elle est effectuée par région sociosanitaire, y compris les régions recensées¹⁴.

Un ajustement pour la non-réponse globale est ensuite apporté. À cette étape, les poids des répondants sont gonflés afin de représenter également les non-répondants. L'analyse de la non-réponse exige d'abord de déterminer les variables (ou caractéristiques) selon lesquelles elle pourrait varier¹⁵. Parmi ces variables, celles qui sont associées aux variables d'analyse en plus d'être associées au statut de réponse constituent les meilleures à utiliser pour ajuster la non-réponse. Plusieurs classes de pondération sont ainsi construites, c'est-à-dire des groupes de personnes ayant des caractéristiques et des propensions à répondre de manière semblable. L'ajustement de la non-réponse s'effectue à l'intérieur de chacune de ces classes.

Enfin, la dernière étape de pondération est la poststratification. Elle consiste à ajuster la somme des poids des répondants par calage aux marges selon des données connues de la population visée. Ces données correspondent aux tailles de population apparaissant au tableau 1.2, auxquelles on a apporté l'ajustement suivant : pour les quatre régions où l'on a procédé à un recensement, on a soustrait des tailles de population les personnes décédées durant la collecte et celles qui ont déclaré être en phase terminale ou inadmissibles. Un tel ajustement n'est pas nécessaire pour les régions desquelles un échantillon a été tiré. Les personnes sélectionnées mais décédées, en phase terminale ou s'étant déclarées inadmissibles représentent en quelque sorte les personnes non échantillonnées possédant le même profil. Comme l'échantillon qui a été tiré en tenant compte de la région sociosanitaire, du profil de traitement subi, de l'âge et du sexe, la poststratification a été réalisée à l'aide de ces quatre variables.

1.3.3 Analyse de la non-réponse partielle

Outre la non-réponse totale compensée par la pondération, il existe un autre type de non-réponse, soit celle associée à une question précise (autrement dit, à une variable ou un indicateur établi à partir d'une série de questions), appelée la non-réponse partielle. Le taux de non-réponse partielle associée à une variable ou un indicateur se définit comme le rapport entre le nombre pondéré d'individus n'ayant pas répondu à la question et le nombre pondéré d'individus devant y répondre.

Lorsque les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants, la non-réponse partielle peut entraîner un biais dans les estimations. Plus la proportion de non-réponse partielle est élevée, plus le risque de biais est grand. En règle générale, il est raisonnable de faire l'hypothèse que pour une non-réponse partielle inférieure à 5 % pour l'ensemble du Québec, les risques de biais sont plutôt faibles. C'est le cas de la quasi-totalité des questions.

En effet, seulement sept questions présentent un taux de non-réponse partielle supérieur au seuil fixé. Il s'agit des questions B8, B9, B11, B17A, B30, C36 et F6, pour lesquelles le taux varie entre 5,5 % et 8,2 %. À l'exception de la question B30, les non-répondants présentent des caractéristiques significativement différentes de celles des répondants. Pour chacune de ces sept questions, on a estimé le biais potentiellement causé par la non-réponse partielle au moyen d'une correction des poids des répondants. On arrive à la conclusion que le biais engendré est négligeable.

1.3.4 Précision des estimations

Dans toute enquête statistique, les estimations produites comportent des erreurs. Il y a, d'une part, l'erreur due à l'échantillonnage, c'est-à-dire celles qui sont attribuables au fait qu'une partie de la population seulement est interrogée et, d'autre part, celles qu'entraînent la non-réponse ou une sous-couverture affectant la base de sondage, les erreurs de mesure associées à des questions difficiles à interpréter et les erreurs liées à la saisie ou au traitement des données.

14. Voir la section 1.1.3.

15. Cela a été fait à l'aide de la méthode du score. Cette technique consiste à effectuer une régression logistique pour modéliser la présence ou l'absence d'une réponse au questionnaire selon diverses variables provenant de la base de sondage. Les valeurs prédites de cette régression logistique sont ensuite regroupées au moyen de méthodes de classification pour constituer les classes d'ajustement.

Erreurs dues à l'échantillonnage

Les erreurs dues à l'échantillonnage se répercutent sur les estimations produites. La perte de précision engendrée est grandement influencée par la complexité du plan de sondage utilisé pour constituer l'échantillon. Il est donc nécessaire de mesurer la précision de chaque estimation avant d'analyser et d'interpréter des résultats inférés à la population visée.

La mesure appliquée le plus souvent pour quantifier l'erreur d'échantillonnage est la variance d'échantillonnage (Statistique Canada, 2003)¹⁶. La méthode d'auto-amorçage (*bootstrap*) a été retenue pour estimer cette variance. Cette méthode de rééchantillonnage consiste à sélectionner des sous-échantillons à partir de l'échantillon principal et à produire des estimations pour chaque sous-échantillon. En mesurant la dispersion entre ces différentes estimations, à l'aide de la formule suivante, on obtient une estimation de la variance d'échantillonnage :

$$\hat{V}ar(\hat{B}) = \frac{\sum_{k=1}^n (\hat{B}_k - \hat{B})^2}{n-1}$$

où :

\hat{B} est l'estimation d'une certaine caractéristique B, pour laquelle on désire estimer la variance d'échantillonnage ;

n est le nombre de sous-échantillons produits, soit 2 000 ;

\hat{B}_k est l'estimation obtenue à partir du k^e sous-échantillon.

La précision de cet estimateur de la variance d'échantillonnage croît avec le nombre de sous-échantillons considérés. Pour les besoins de l'enquête, il a été jugé suffisant de recourir à 2 000 sous-échantillons (*poids bootstrap*) pour l'estimation de la variance et les différents tests statistiques.

Afin d'obtenir, pour chaque sous-échantillon, une estimation \hat{B}_k pouvant être inférée à la population, il faut procéder à la pondération de chaque sous-échantillon, ce qui crée autant de pondérations que de sous-échantillons. Ces pondérations sont appelées « poids d'autoamorçage »

(*bootstrap*). La création de chaque poids d'autoamorçage se calque sur la façon dont les poids d'échantillonnage ont été obtenus (voir section 1.3.2).

La variance d'échantillonnage se décline en plusieurs indicateurs de précision, entre autres sous la forme de coefficient de variation (CV). Le coefficient de variation, qui permet de mesurer la précision relative d'une estimation, est utilisé dans les publications de l'ISQ issues de cette enquête pour quantifier l'erreur d'échantillonnage. Le CV s'exprime comme suit :

$$CV = \frac{\sqrt{\text{variance de l'estimation}}}{\text{estimation}}$$

Cette mesure contribue également à faciliter l'interprétation quant à la précision, particulièrement pour des estimations impliquant des variables mesurées dans des échelles différentes. Ainsi, plus le coefficient de variation est petit, plus l'estimation est précise. Par contre, il faut être prudent lorsque l'on utilise une estimation dont le CV est supérieur à 25 % puisque cela indique une très grande variabilité. De telles estimations devraient être présentées seulement à titre indicatif. Pour en faciliter le repérage dans les tableaux, un double astérisque (**) accompagne les estimations affichant un tel CV. Les estimations dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un seul astérisque (*) signifiant que la donnée a une précision passable. Enfin, toute estimation dont le CV est d'au plus 15 % ne présente pas d'astérisque. La précision est jugée bonne.

1.3.5 Analyses et tests statistiques

Analyses et tests statistiques du volume portant sur la comparaison entre 2005-2006 et 2010

Dans la publication examinant les différents changements survenus entre 2005-2006 et 2010 dans l'expérience des patients traités pour un cancer, les fichiers de données ont été combinés et l'année de l'enquête a été traitée comme variable de croisement.

Tous les résultats s'appuient essentiellement sur des analyses bivariées. Un test global du khi-deux (test d'indépendance) a été effectué pour vérifier l'association entre les variables d'analyse (la réception du *Passeport en oncologie*, par exemple) et une propriété des

16. Statistique Canada (2003). Méthodes et pratiques d'enquête (12-587-XPf).

patients (profil de traitement déclaré, siège de cancer, région sociosanitaire de résidence), ou encore l'année d'enquête. En présence d'un test significatif au seuil de 5 % et lorsque la variable d'analyse ou la variable de croisement compte plus de deux catégories, des tests d'égalité des proportions ont été faits afin de déterminer les écarts les plus importants. Ces tests reposent sur la distribution empirique de la différence des proportions, obtenue à l'aide des 2 000 poids d'autoamorçage (*bootstrap*); ils sont basés sur l'intervalle de confiance d'autoamorçage de la différence des proportions. Les croisements présentés doivent toujours être considérés comme significatifs, à moins qu'une note n'indique le contraire. Enfin, toutes les mesures de précision et les tests statistiques ont été réalisés en tenant compte de la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Pour les analyses régionales, les 16 régions socio-sanitaires de résidence¹⁷ enquêtées ont été réparties en quatre regroupements régionaux représentatifs de l'offre de services en cancérologie, soit : les régions de 500 000 habitants et plus avec centre de radiothérapie, les régions de moins de 500 000 habitants avec centre de radiothérapie, les régions périurbaines sans centre de radiothérapie et les régions éloignées (voir l'encadré *Découpage territorial*). Ainsi, dans le cas des analyses où la variable de croisement est la région sociosanitaire, en présence d'un test global du khi-deux significatif, des tests d'égalité des proportions ont été réalisés entre chaque région prise individuellement et son complémentaire respectif, c'est-à-dire le reste du groupe auquel elle appartient sur le plan de l'offre de services en cancérologie. Ce découpage territorial permet de faire ressortir les différences significatives entre la région examinée et le regroupement de régions moins la région examinée.

Lors des comparaisons régionales seulement, les poids de l'enquête ont été standardisés afin de tenir compte du fait que la population visée de certaines régions peut être répartie différemment selon l'âge et le sexe. Pour ce faire, la répartition des poids des répondants selon l'âge et le sexe de chaque région a été ramenée à celle de l'ensemble de la province. En présence d'une différence significative au seuil de 5 %, les symboles (+) (–) indiquent que la proportion standardisée de la région donnée est significativement plus élevée (+) ou plus faible (–) que la proportion standardisée de l'ensemble des autres régions du regroupement auquel appartient

Découpage territorial

Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	Capitale-Nationale Montréal Montérégie
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	Bas-Saint-Laurent Saguenay– Lac-Saint-Jean Mauricie et Centre-du-Québec Estrie, Outaouais Laval
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie	Chaudière-Appalaches Lanaudière Laurentides
Régions éloignées	Abitibi-Témiscamingue Côte-Nord et Nord-du-Québec ¹ Gaspésie– Îles-de-la-Madeleine

1. Ces régions ont été regroupées en raison de la petite taille de leurs effectifs respectifs.

cette région. On notera également que les estimations rapportées dans le texte, les tableaux et les figures sont les estimations non standardisées.

Analyses et tests statistiques du volume portant sur les dimensions de la qualité

L'outil conçu par le National Research Corporation (NRC) Picker Canada, l'« *Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* (AOPSS, 2012), utilisé dans la présente enquête, couvre six dimensions de la qualité des soins et des services centrés sur le patient :

- l'accessibilité ;
- la coordination et la continuité ;
- le soutien émotionnel ;

17. La région sociosanitaire fait référence à la région de résidence des personnes traitées en 2010 au moment de l'enquête et non à la région où elles ont reçu leurs soins et leurs services.

- l'information, la communication et l'éducation ;
- le confort physique ;
- le respect des préférences du patient.

La méthode utilisée pour construire les indicateurs portant sur les dimensions est celle du « *Problem/Positive Score* » (Picker Institute Europe, 2012), qui consiste à calculer un score global pour chacune des dimensions à partir des réponses fournies aux items qui les composent, en considérant toujours le choix de réponse le plus positif comme une expérience positive et les autres choix comme une expérience négative (voir encadré *Modalités de réponse aux items et échelle utilisée pour le calcul des scores des dimensions*). Selon l'angle d'analyse souhaité, ce score global peut être un « score positif » ou un « score négatif ». Afin de mettre en évidence les aspects du système de lutte contre le cancer susceptibles d'être améliorés, le point de vue négatif, ou « score négatif », a été privilégié pour étudier l'expérience vécue par la population visée.

Chaque item d'une dimension donnée compte trois ou quatre modalités de réponse. Ces choix sont ramenés à deux modalités. Le point de vue négatif comprend tous les choix de réponse qui traduisent une expérience partiellement ou entièrement négative : « oui, en partie » et « non » ; « pas assez » et « trop » ; « toujours », « la plupart du temps », « à l'occasion » (voir encadré).

Le « score négatif » est estimé par le ratio suivant : le nombre total pondéré de réponses négatives fournies par les répondants aux items qui composent la dimension évaluée divisé par le nombre total pondéré de réponses (négatives ou positives) obtenues (voir encadré *Exemple de calcul du score négatif de la dimension Confort physique*). Il est à noter que les items non applicables à l'expérience du patient ou laissés sans réponse sont exclus du numérateur et du dénominateur de l'estimation. La contribution de chaque répondant à l'évaluation de la dimension est proportionnelle au nombre d'items applicables à sa situation et auxquels il a répondu. Pour chacune des dimensions étudiées, plus grand est le nombre de patients rapportant avoir vécu une expérience négative par rapport à chacun des items la composant, plus élevé sera le score négatif. Chacune des dimensions est analysée en fonction de certaines caractéristiques des patients (âge, sexe, lieu de naissance, perception de la situation économique, perception de l'état de santé, profil de traitement, siège de cancer). En présence d'un test global d'égalité des scores d'une dimension significatif au seuil de 5%, des tests de comparaisons multiples ont été effectués pour comparer le score des différents niveaux de la variable de croisement.

Exemple de calcul du « score négatif » de la dimension Confort physique

Nombre de répondants = 3
 Nombre total d'items = 5
 Nombre total de réponses possibles = 15

Items	Patient # 1	Patient # 2	Patient # 3
C13	négatif	positif	non-réponse
C14	positif	positif	positif
C21	positif	positif	ne s'applique pas
C22	négatif	positif	négatif
C23	négatif	positif	positif

SCORE NÉGATIF = 4 réponses négatives / 13 réponses au total

Modalités de réponse aux items et échelle utilisée pour le calcul des scores des dimensions

Modalité de réponse possible	Échelle utilisée dans le calcul du score
Oui, tout à fait	Positive
Oui, en partie	Négative
Non	Négative
Pas assez	Négative
Juste assez	Positive
Trop	Négative
Toujours	Négative
La plupart du temps	Négative
À l'occasion	Négative
Jamais	Positive

Lors des comparaisons régionales, en présence d'un test significatif au seuil de 5 %, des tests de comparaisons multiples ont été réalisés entre chacune des régions prises individuellement et leurs compléments respectifs, c'est-à-dire le reste du regroupement de régions auquel elles appartiennent sur le plan de l'offre de services en oncologie. Rappelons que le découpage territorial utilisé (voir encadré plus haut) permet de faire ressortir les différences significatives entre la région examinée et le regroupement de régions moins la région examinée. Rappelons aussi que lors des comparaisons régionales seulement, les poids de l'enquête ont été standardisés afin de tenir compte du fait que la population visée de certaines régions peut être répartie différemment selon l'âge et le sexe. Pour ce faire, la répartition des poids des répondants selon l'âge et le sexe de chaque région a été ramenée à celle de l'ensemble de la province. En présence d'une différence significative au seuil de 5 %, les symboles (+) (-) indiquent que le score standardisé de la région correspondante est significativement plus élevée (+) ou plus faible (-) que le score standardisé de l'ensemble des autres régions du regroupement auquel appartient la région examinée. On notera également que les estimations rapportées dans le texte, les tableaux et les figures sont les estimations non standardisées.

Présentation des résultats

La présentation des résultats rend compte du fait que les statistiques fournies sont basées sur un échantillon et qu'il ne s'agit pas de valeurs exactes. Toutes les estimations sont affichées avec une décimale dans les tableaux et figures, mais ont été arrondies à l'unité dans le texte (sauf dans le cas des proportions en deçà de 5 %, qui conservent leur décimale). En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux ou figures peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Une cote basée sur le coefficient de variation (CV) permet de déterminer les estimations ayant une moins bonne précision (voir point 1.3.4).

Seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont rapportés dans le texte. Des résultats non significatifs peuvent néanmoins être signalés s'ils présentent un intérêt particulier. Dans le but de faire ressortir les principales différences et d'alléger le texte, on s'en est tenu à la description des catégories de variables (une ou deux, selon le cas) qui se distinguent significativement de toutes les autres catégories. Par ailleurs, il arrive que

deux estimations qui semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique. On dit, dans ce cas, qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence significative.

1.4 Portée et limites de l'enquête

L'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer s'inscrit dans la foulée des grandes enquêtes populationnelles qui ont le souci de produire des données de qualité utiles aux différents intervenants du domaine de la cancérologie et celui d'assurer, dans la mesure du possible, la meilleure comparabilité des résultats au fil des années. Toutes les précautions usuelles ont été prises pour réduire au minimum les biais de mémoire, de modulation des faits, de désirabilité sociale ou de compréhension.

À partir des données de l'enquête, on obtient un portrait actuel de l'expérience des Québécois traités pour un cancer, et ce, tant au niveau de la province que de ses régions. Les éléments mesurés contribuent à documenter la performance du système et de l'approche centrée sur le patient. L'enquête permet de suivre dans le temps les changements survenus dans l'expérience vécue par les patients ayant reçu au moins un des trois types de traitement usuels contre le cancer. Ce faisant, elle met à la disposition de toutes les personnes œuvrant en cancérologie des données probantes sur lesquelles s'appuyer pour améliorer la qualité des services de manière continue.

Tout a été mis en œuvre pour assurer la qualité et la représentativité des données de l'enquête. Cependant, comme dans toute enquête, l'analyse des données comporte certaines limites. Tout d'abord, les résultats s'appliquent à toutes les personnes ayant subi au moins un des trois types de traitement retenus aux fins de l'enquête, seul ou en combinaison, soit une chirurgie curative, une radiothérapie (incluant la curiethérapie) ou une chimiothérapie par voie intraveineuse, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010. Les résultats s'appliquent également aux personnes vivantes au moment de la collecte des données (effectuée en janvier et février 2013). Il faut donc se garder d'inférer les résultats de cette enquête aux personnes décédées ainsi qu'aux personnes atteintes de cancer n'ayant subi aucun des trois types de traitement curatif considérés.

Même si le cancer constitue une expérience marquante, le temps s'étant écoulé entre les événements vécus et l'enquête a peut-être engendré un biais de mémoire chez certaines personnes et une modulation des faits chez d'autres. La prudence est donc de mise dans l'interprétation des résultats. De plus, il se peut que les données concernant la chimiothérapie ne soient pas parfaitement représentatives de toutes les personnes ayant reçu ce type de traitement, puisqu'un seul code de chimiothérapie a été retenu, soit celui par voie intraveineuse. Elles ne sont pas non plus comparables aux statistiques sur l'incidence ou la prévalence d'un type de cancer donné car la population visée comprend uniquement les personnes vivantes et traitées en 2010. Enfin, au nombre des limites de l'enquête s'ajoute le fait que la région associée à chaque répondant est celle de sa résidence au 1^{er} janvier 2010 et non celle où il a reçu les traitements.

Enfin, certaines limites de l'enquête sont imposées par l'outil lui-même. En effet, toutes les bonnes pratiques et toutes les normes concernant les soins et les services rendus aux personnes atteintes de cancer peuvent y être documentées. Cependant, cette évaluation ne saurait se faire sans d'abord examiner le fardeau que l'on impose aux personnes atteintes du cancer appelées à répondre aux questions qui seraient posées.

2

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION VISÉE

Ce chapitre a pour objectif de décrire les principales caractéristiques de la population visée par l'enquête. Rappelons, d'entrée de jeu, que l'*Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer* ne vise pas à estimer la portion de la population atteinte de cancer ou possédant l'une ou l'autre des caractéristiques démographiques, économiques ou de santé servant à la décrire. Les questions permettant d'établir le profil de la population visée proviennent des sections A, C et F du questionnaire. Le contenu de ce chapitre contribuera à mettre en perspective les résultats présentés dans les différentes publications de l'enquête.

Rappelons que la population visée est composée de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant au Québec, ayant subi (au Québec) au moins l'un des trois types de traitement les plus fréquemment administrés pour soigner un cancer, soit la chirurgie curative, la radiothérapie (incluant la curiethérapie) et la chimiothérapie (par voie intraveineuse), au cours de l'année 2010.

2.1 Répartition selon l'âge et le sexe

Comme il a été mentionné dans le chapitre précédent, la base de sondage a été stratifiée, entre autres, selon le sexe et l'âge. Le tableau 2.1 présente la répartition de la population visée selon l'âge et le sexe, et le tableau 2.2 rapporte cette distribution selon la région sociosanitaire de résidence.

Tableau 2.1
Répartition des patients¹ selon l'âge et le sexe, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
18-49 ans	7,7	13,3	10,8
50-59 ans	17,7	23,1	19,3
60-69 ans	33,9	30,9	32,3
70 ans et plus	43,8	32,7	37,7
Ensemble	45,1	54,9	100,0

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

Tableau 2.2
Répartition des patients¹ selon le sexe et la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013

	Hommes	Femmes
	%	
Bas-Saint-Laurent	3,2	2,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3,6	3,4
Capitale-Nationale	9,6	10,1
Mauricie et Centre-du-Québec	7,1	6,6
Estrie	4,9	4,5
Montréal	20,0	22,2
Outaouais	4,2	4,0
Abitibi-Témiscamingue	1,7	1,6
Côte-Nord et Nord-du-Québec	1,4	1,3
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1,4	1,4
Chaudière-Appalaches	5,8	5,5
Laval	5,0	4,7
Lanaudière	5,9	6,2
Laurentides	7,3	6,8
Montérégie	19,0	18,8

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

2.2 Profil de traitement

Les protocoles de traitement sont multiples et reposent sur plusieurs facteurs. Pour soigner un cancer, une personne peut subir un, deux, voire chacun des trois types de traitement retenus aux fins de l'enquête. Le tableau 2.3 présente la répartition de la population visée pour chacun des sept profils de traitement possibles, comme elle a été établie d'après la déclaration¹ des patients.

Tableau 2.3
Répartition des patients¹ selon le profil de traitement déclaré, Québec, 2013

	%
Chirurgie seulement	36,6
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	6,2
Chimiothérapie seulement	5,9
Chirurgie et chimiothérapie	13,0
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	16,8
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	4,5
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	17,1
Ensemble Chirurgie	83,4
Ensemble Chimiothérapie	40,4
Ensemble Radiothérapie (ou curiethérapie)	44,6

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

2.3 Siège de cancer

On trouvera, au tableau 2.5, la liste des types de cancer déclarés² par la population visée et les sièges de cancer dans lesquels ils ont été classés. Le tableau 2.4 montre la proportion estimée de la population visée pour chacun des sièges de cancer répertoriés. Les données portant sur l'historique de la maladie³ montrent que le cancer déclaré est le premier cancer à vie dans 83 % des cas et qu'il s'agit d'une récurrence d'un premier, 2^e ou 3^e cancer dans 17 % des cas (données non présentées).

Tableau 2.4
Répartition des patients¹ selon le sexe et le siège de cancer, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
Colorectal	15,6	10,2	12,6
Génital féminin	...	10,1	5,6
Prostate	31,1	...	14,0
Hématopoïétique	9,7	7,3	8,4
Sein	0,4**	43,2	23,9
Tête et cou	7,9	7,0	7,4
Broncho-pulmonaire	5,8	5,5	5,6
Autres types de cancer	29,6	16,8	22,5

... N'ayant pas lieu de figurer.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

1. Les questions C1, C7 et C15 du questionnaire servent à établir le profil de traitement subi.
2. La question A1 sert à établir le type de cancer dont la personne est atteinte.
3. La question A2 sert à déterminer l'historique de la maladie.

Tableau 2.5

Classification des types de cancer déclarés par les patients¹ selon le siège de cancer, Québec, 2013

Siège de cancer	Type de cancer	Siège de cancer	Type de cancer
Colorectal	Côlon Rectum	Autres cancers	Cerveau Estomac Foie Mélanome (peau) Œsophage Os Rein Vessie Testicule Pancréas Intestin grêle Œil Anus Rétropéritoine Péritoine Surrénale Pénis Carcinome basocellulaire Sarcome de Kaposi Sarcome des tissus mous Plèvre Urètre Autres conduits biliaires Autre partie du système nerveux (méninge, moelle épinière, etc.) Autre partie du système digestif (rate, appendice, etc.) Autre partie génitale chez l'homme Autre tumeur de la peau et des tissus mous Autre partie du système urinaire Type de cancer non précisé Autre type de cancer ou cancer non spécifié
Génital féminin	Col de l'utérus Corps de l'utérus Ovaire Vagin Vulve Trompes de Fallope Autre partie génitale chez la femme		
Prostate	Prostate		
Hématopoïétique	Leucémie (sang) Lymphome non hodgkinien Maladie de Hodgkin Myélome Autre condition hématopoïétique		
Sein	Sein		
ORL (tête et cou)	Lèvre Langue Glandes salivaires Bouche (plancher) Gencive Pharynx Amygdale Larynx Trachée Thyroïde Nez Oreille et sinus Autre partie de la tête et du cou (cordes vocales, palais, etc.)		
Broncho-pulmonaire	Poumon		

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

2.4 Caractéristiques démographiques

2.4.1 Lieu de naissance

Cette variable démographique est établie à partir de la question F3 : « Êtes-vous né au Canada ? ». Environ 90 % de la population visée est née au Canada. L'enquête ne détecte pas d'écart significatif entre les sexes à cet égard.

2.4.2 Situation familiale

Cette variable démographique est établie à partir de la question F8 : « *Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation familiale actuelle ?* ». Elle permet de caractériser le type de situation correspondant au logement de la personne en tenant compte de tous les membres du ménage. Un ménage est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un même logement. Elle comprend six catégories : vit seul, couple sans enfant (sans enfant à la maison), couple avec enfant (enfants à la maison, de tous les âges), famille monoparentale (avec enfants à la maison, de tous les âges), vit avec personne apparentée (père, mère, frère, sœur, oncle, tante, etc.), vit avec colocataire (une ou plusieurs personnes non apparentées), autre (autres types de ménage : familles multiples, par exemple). Le tableau 2.6 montre, pour chacun des sexes, la répartition de la population visée selon la situation familiale.

Tableau 2.6
Répartition des patients¹ selon la situation familiale et le sexe, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
Vit seul	17,4	29,2	23,9
Couple sans enfants	62,7	45,2	53,1
Couple avec enfant(s)	13,1	14,3	13,7
Famille monoparentale	1,4	3,6	2,6
Vit avec personne apparentée	2,7	4,3	3,6
Vit avec colocataire	1,9	2,0	1,9
Autre	0,9*	1,4	1,1

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

2.5 Caractéristiques économiques

2.5.1 Scolarité

Cette variable économique est établie à partir de la question F5 : « *Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint ?* ». Cette variable définit le plus haut niveau de scolarité que les personnes ont complété. Elle comporte quatre catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires. La catégorie « diplôme d'études collégiales » comprend les personnes qui détiennent un diplôme ou un certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers, d'une école de formation professionnelle ou d'un collège commercial. Le tableau 2.7 indique, pour chacun des sexes, la répartition de la population visée selon le plus haut niveau de scolarité atteint.

Tableau 2.7
Répartition des patients¹ selon le plus haut niveau de scolarité atteint et le sexe, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
Sans diplôme d'études secondaires	41,7	36,5	38,8
Diplôme d'études secondaires	13,7	15,8	14,9
Diplôme d'études collégiales	21,8	26,5	24,4
Diplôme universitaire	22,8	21,1	21,9

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

2.5.2 Occupation principale

Cette variable économique est établie à partir de la question F9 : « *Parmi les énoncés ci-dessous, lequel décrit le mieux votre occupation principale en ce moment ?* ». Elle définit l'occupation principale des personnes au moment de l'enquête. Elle comprend six catégories : en emploi, étudiant/sans emploi, retraité, à la maison, invalide/congé de maladie, autre. La catégorie « en emploi » inclut les personnes occupant un emploi à temps plein ou partiel. La catégorie « sans emploi » englobe les étudiants à temps plein et les personnes sans emploi en âge de travailler qui reçoivent des prestations d'assurance-emploi ou d'aide sociale. La catégorie « retraité » correspond aux personnes qui ont travaillé et qui sont maintenant à la retraite, tout en recevant des prestations de la sécurité de la vieillesse ou d'un employeur. La catégorie « à la maison » désigne les personnes en âge de travailler, non admissibles à l'assurance-emploi ou à des prestations d'invalidité et ne recevant pas d'aide sociale. La catégorie « invalide/congé de maladie » désigne les personnes recevant des prestations d'invalidité ou en congé de maladie avec prestations d'assurance ou de l'employeur. La catégorie « autre » renvoie à toute autre situation non mentionnée ci-dessus. Le tableau 2.8 montre la distribution de la population visée dans chacune des situations, selon le sexe.

Tableau 2.8
Répartition des patients¹ selon l'occupation principale et le sexe, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
En emploi	26,5	31,2	29,1
Étudiant/sans emploi	2,4	3,0	2,7
Retraité	59,3	47,2	52,7
À la maison	1,4*	5,6	3,7
Invalide/ congé de maladie	6,1	6,6	6,4
Autre	4,3	6,5	5,5

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

2.5.3 Perception de la situation économique

Cette variable économique est établie à partir de la question F7 : « *Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?* ». Elle permet de caractériser la perception que les personnes ont de leur situation économique par rapport aux gens de leur âge. Elle comprend trois catégories : se considère à l'aise, considère ses revenus suffisants, se considère pauvre ou très pauvre. Le tableau 2.9 présente, pour chacun des sexes, la répartition de la population visée dans chacune des situations.

2.5.4 Indice de défavorisation

Il s'agit d'un indicateur économique distinguant deux formes de défavorisation dans la population étudiée : l'une matérielle, l'autre sociale. L'indice regroupe certains indicateurs du recensement choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs liens avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par aire de diffusion. Ainsi, pour la dimension matérielle, les indicateurs calculés sur la base des unités territoriales (aires de diffusion) sont les suivants : la proportion de population sans certificat ou diplôme d'études secondaires, le ratio emploi/population et le revenu moyen. Cette dimension traduit principalement les variations dans la scolarité, l'emploi et le revenu. Pour la dimension sociale, les indicateurs sont : la proportion de la population vivant seule, la proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales. Cette dimension exprime les variations de la structure du ménage ou de la famille et de l'état matrimonial. La population est répartie en quintiles allant du plus favorisé (quintile 1) au moins favorisé (quintile 5). Cet indicateur est construit à partir du code postal des personnes. Les tableaux 2.10 et 2.11 montrent, pour chacun des sexes, la répartition de la population visée dans chacun des quintiles.

Tableau 2.9
Perception de la situation économique selon le sexe des patients¹, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
Se considère à l'aise	20,6	19,0	19,7
Considère ses revenus suffisants	62,2	62,6	62,5
Se considère pauvre ou très pauvre	17,2	18,3	17,8

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

Tableau 2.10
Indice de défavorisation/dimension matérielle selon le sexe des patients¹, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
1 (Très favorisé)	21,4	22,0	21,7
2	20,5	20,5	20,5
3	21,5	20,8	21,1
4	19,7	20,3	20,0
5 (Très défavorisé)	16,9	16,5	16,7

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

Tableau 2.11
Indice de défavorisation/dimension sociale selon
le sexe des patients¹, Québec, 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
1 (Très favorisé)	20,8	17,9	19,2
2	21,4	20,9	21,1
3	21,4	21,0	21,2
4	20,5	21,3	20,9
5 (Très défavorisé)	16,0	18,9	17,6

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

2.6 Caractéristique de santé

2.6.1 Perception de l'état de santé

Cet indicateur de santé est établi à partir de la question F1: « *Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre état de santé actuel est... excellent, très bon, bon, passable, mauvais?* ». Il permet de caractériser la perception que les personnes ont de leur propre état de santé général au moment de l'enquête par rapport aux personnes de leur âge. Il comprend cinq catégories, regroupées comme suit: excellent/très bon, bon, moyen/mauvais. Le tableau 2.12 rapporte la perception de l'état de santé de la population visée, selon le sexe.

Tableau 2.12
Perception de l'état de santé des patients¹ selon
le sexe, Québec, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
	%		
Excellent/très bon	49,8	46,9	48,2
Bon	32,0	34,5	33,4
Moyen/Mauvais	18,1	18,6	18,4

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant reçu au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2013*.

Des statistiques sur le Québec d'hier et d'aujourd'hui
pour le Québec de demain