

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

Comparaison entre
deux cycles d'enquête



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 978-2-550-71409-5 (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 :	Gaëtane Dubé Institut de la statistique du Québec
Collaborateurs :	Maxime Boucher, 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
Comité de lecture :	Patricia Caris et Robert Courtemanche Institut de la statistique du Québec France Paquette Ministère de la Santé et des Services sociaux Dominique Tremblay Université de Sherbrooke
Coordination :	Jasline Flores Institut de la statistique du Québec
Révision linguistique et édition :	Micheline Lampron à la révision linguistique Marie-Eve Cantin, Anne-Marie Roy et Gabrielle Tardif 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

DUBÉ, Gaétane (2014). *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013: Comparaison entre deux cycles d'enquête*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 89 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, Gaétane 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

15	Faits saillants
17	Introduction
19	Aspects méthodologiques
25	Chapitre 1 Comparaison entre 2010 et 2005-2006
25	1.1 Changements dans les services touchant à la maladie
30	1.2 Changements dans les services touchant à l'organisation des soins et des services
30	1.3 Autres aspects associés à l'expérience vécue
33	Chapitre 2 Les principaux temps d'attente
33	2.1 Délai associé à l'investigation
34	2.1.1 Délai associé à l'investigation : état de la situation en 2005-2006
35	2.1.2 Délai associé à l'investigation : selon le siège de cancer et le profil de traitement
36	2.1.3 Délai associé à l'investigation : comparaisons régionales
36	2.2 Délai associé au diagnostic
38	2.2.1 Délai associé au diagnostic : état de la situation en 2005-2006
38	2.2.2 Délai associé au diagnostic selon le siège de cancer et le profil de traitement
38	2.2.3 Délai associé au diagnostic : comparaisons régionales
41	2.3 Délai associé au traitement
43	2.3.1 Délai associé au traitement : état de la situation en 2005-2006
44	2.3.2 Délai associé au traitement selon le siège de cancer et le profil de traitement
48	2.3.3 Délai associé au traitement : comparaisons régionales
53	Chapitre 3 L'IPO et le <i>Passeport en oncologie</i>
54	3.1 L'assignation d'une infirmière pivot en oncologie
55	3.1.1 L'assignation d'une IPO : état de la situation en 2005-2006
56	3.1.2 L'assignation d'une IPO selon le siège de cancer et le profil de traitement
57	3.1.3 L'assignation d'une IPO : comparaisons régionales
59	3.2 La réception du <i>Passeport en oncologie</i>
59	3.2.1 La réception du passeport selon le siège de cancer et le profil de traitement
60	3.2.2 La réception du passeport : comparaisons régionales

61	Chapitre 4	Le suivi médical après la fin des traitements
61	4.1	Le suivi médical : état de la situation en 2005-2006
62	4.2	Le suivi médical selon le siège de cancer et le profil de traitement
63	4.3	Le suivi médical : comparaisons régionales
64	4.4	Le suivi médical par un médecin spécialiste selon le siège de cancer et le profil de traitement
65	4.5	Le suivi médical par un médecin de famille (généraliste) selon le siège de cancer et le profil de traitement
67	Chapitre 5	La promotion et l'adoption de saines habitudes de vie
68	5.1	L'adoption de saines habitudes de vie après le diagnostic
68	5.1.1	Adoption de saines habitudes de vie : état de la situation en 2005-2006
69	5.1.2	L'adoption de saines habitudes de vie selon le siège de cancer et le profil de traitement
71	5.2	La promotion des saines habitudes de vie
71	5.2.1	La promotion des saines habitudes de vie selon le siège de cancer et le profil de traitement
74	5.2.2	La promotion des saines habitudes de vie : comparaisons régionales
75	5.3	Les facteurs de changement
75	5.3.1	Le soutien d'un professionnel de la santé
78	5.3.2	Le patient en tant que facteur de changement
81	Conclusion	
85	Bibliographie	
87	Annexe	

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1

Répartition des patients selon le profil de traitement déclaré, Québec, 2008 et 2013 23

Tableau 2

Répartition des patients selon le sexe et le siège de cancer, Québec, 2008 et 2013. 24

Chapitre 1 Comparaison entre 2010 et 2005-2006

Tableau 1.1

Changements survenus entre 2005-2006 et 2010 relativement aux services touchant à la maladie des patients, Québec, 2008 et 2013 26

Tableau 1.2

Changements survenus entre 2005-2006 et 2010 dans les services touchant à l'organisation des soins et des services aux patients, Québec, 2008 et 2013 31

Chapitre 2 Les principaux temps d'attente

Tableau 2.1

Temps d'attente déclaré par les patients entre la consultation auprès d'un médecin de famille et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon le siège de cancer, Québec, 2008. 34

Tableau 2.2

Temps d'attente déclaré par les patients entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 35

Tableau 2.3

Temps d'attente déclaré par les patients entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 37

Tableau 2.4

Temps d'attente déclaré par les patients entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 39

Tableau 2.5

Temps d'attente déclaré par les patients entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 40

Tableau 2.6

Temps d'attente déclaré par les patients entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement subi pour soigner le cancer diagnostiqué selon le siège de cancer, Québec, 2008. 44

Tableau 2.7

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une chirurgie oncologique entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 . . . 45

Tableau 2.8

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une chimiothérapie entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 46

Tableau 2.9

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie (curiethérapie) selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 47

Tableau 2.10

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une chirurgie oncologique entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 49

Tableau 2.11

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une chimiothérapie entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 50

Tableau 2.12

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie (curiethérapie) selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 52

Chapitre 3 L'IPO et le *Passeport en oncologie*

Tableau 3.1

Moment de l'assignation de l'infirmière pivot en oncologie selon le profil de traitement des patients, Québec, 2013 54

Tableau 3.2

Professionnel de la santé ou membre du personnel administratif responsable d'organiser les rendez-vous et de transférer le dossier médical au besoin tel qu'identifié par les patients, Québec, 2008 et 2013 55

Tableau 3.3

Assignation d'une infirmière pivot en oncologie selon le siège de cancer et le profil de traitement des patients, Québec, 2013 56

Tableau 3.4

Assignation d'une infirmière pivot en oncologie selon la région sociosanitaire de résidence des patients, Québec, 2013 58

Tableau 3.5

Proportion de patients ayant reçu le *Passeport en oncologie* selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 59

Tableau 3.6

Proportion de patients ayant reçu un *Passeport en oncologie* selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 60

Chapitre 4 Le suivi médical après la fin des traitements

Tableau 4.1

Médecin principalement responsable du suivi médical au cours des 12 mois après la fin des traitements en oncologie, patients ayant terminé leurs traitements, Québec, 2008. 62

Tableau 4.2

Proportion de patients faisant l'objet d'un suivi médical établi une fois l'ensemble de leurs traitements achevés selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 62

Tableau 4.3

Proportion de patients faisant l'objet d'un suivi médical établi après la fin de leurs traitements selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 63

Tableau 4.4

Proportion de patients ayant terminé leurs traitements dont l'état de santé est suivi par un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 64

Tableau 4.5

Proportion de patients ayant terminé leurs traitements dont l'état de santé est surveillé par un médecin de famille ou un médecin généraliste après la fin des traitements selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 65

Chapitre 5 La promotion et l'adoption de saines habitudes de vie

Tableau 5.1

Proportion de patients ayant modifié leur comportement selon le sujet étudié et le siège de cancer, Québec, 2008 68

Tableau 5.2

Pour chacun des sujets étudiés, proportion de patients ayant modifié leur comportement comme le leur avait proposé un professionnel de la santé selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 70

Tableau 5.3

Proportion de patients à qui un professionnel de la santé a proposé de modifier son comportement selon le sujet étudié, Québec, 2013 71

Tableau 5.4

Pour chacun des sujets étudiés, proportion de patients à qui un professionnel de la santé a proposé de modifier son comportement selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 73

Tableau 5.5

Pour chacun des sujets étudiés, proportion de patients à qui un professionnel de la santé a proposé de modifier son comportement selon la région sociosanitaire de résidence, Québec, 2013 76

Tableau 5.6

Soutien d'un professionnel de la santé apporté aux patients pour les aider à modifier leurs habitudes de vie selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 77

Tableau 5.7

Conseil aux proches de modifier les habitudes de vie donné par les patients selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 78

Tableau 5.8

Conseil aux proches de passer des examens de dépistage donné par les patients selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 79

Annexe

Tableau A1

Classification des types de cancer répertoriés selon le siège de cancer, Québec, 2013 87

Tableau A.2

Répartition des patients selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013 88

Liste des figures

Chapitre 2 Les principaux temps d'attente

Figure 2.1

Temps d'attente déclaré par les patients entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre), Québec, 2013. 33

Figure 2.2

Temps d'attente déclaré par les patients entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic, Québec, 2013 36

Figure 2.3

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une chirurgie oncologique entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie, Québec, 2013. 42

Figure 2.4

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une chimiothérapie entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie, Québec, 2013. 42

Figure 2.5

Temps d'attente déclaré par les patients ayant subi une radiothérapie (ou une curiethérapie) entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie (ou de curiethérapie), Québec, 2013 43

FAITS SAILLANTS

Les changements entre 2005-2006 et 2010 en un clin d'œil

Changements positifs : en proportion, plus de patients...

- Estiment que l'on a tout fait pour contrôler leur douleur et leurs malaises
- Déclarent que leurs besoins en termes de ressources et d'équipement ont été pris en compte
- Estiment avoir été traité avec respect et dignité
- Estiment avoir reçu suffisamment d'information sur les changements pouvant survenir dans leur apparence physique
- Estiment avoir reçu suffisamment d'information sur les changements pouvant survenir dans leur sexualité
- Estiment avoir reçu suffisamment d'information sur les changements pouvant survenir dans leur vie de couple ou leur vie familiale
- Estiment avoir reçu suffisamment d'information sur les changements pouvant survenir dans leur travail et leurs activités courantes
- Ont reçu de l'information sur les ressources communautaires ou les groupes d'entraide
- Déclarent qu'un professionnel de la santé ou un membre du personnel administratif était responsable d'organiser leurs rendez-vous ou de transférer leur dossier au besoin
- Estiment que les professionnels de la santé étaient suffisamment renseignés sur les thérapies existantes
- Estiment que les professionnels de la santé qui les soignaient étaient au courant de leur dossier médical
- Déclarent qu'un professionnel de la santé ou un membre du personnel administratif a fait les démarches nécessaires pour prendre leurs rendez-vous ou transférer leur dossier vers d'autres établissements lorsque cela était requis
- Déclarent avoir bénéficié du soutien psychologique d'un professionnel de la santé et/ou d'un groupe d'entraide pour retrouver une meilleure qualité de vie après la fin de leurs traitements en oncologie
- Qualifient d'excellente ou très bonne la qualité des soins et des services reçus après l'annonce du diagnostic

Changements négatifs : en proportion, moins de patients...

- Ont reçu de l'information écrite sur leur maladie et son traitement
- Ont reçu des explications sur les différentes étapes que comporterait le traitement de leur maladie
- Se sont sentis à l'aise de discuter des thérapies non conventionnelles
- Ont reçu des explications sur comment gérer les effets secondaires de la chimiothérapie qu'ils ont subi
- Ont reçu des réponses compréhensibles aux questions qu'ils ont posées durant la période de traitement
- Déclarent n'avoir jamais reçu de renseignements portant à confusion ou contradictoires concernant leur état de santé
- Ont un suivi médical établi après la fin de leurs traitements
- Ont été informés des symptômes ou des signes à surveiller par rapport au cancer diagnostiqué une fois l'ensemble de leurs traitements en oncologie terminés

Les délais, chiffres en main

Temps écoulé entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre), déclaré par les patients ayant consulté un médecin de famille, un médecin généraliste ou s'étant présentés à l'urgence d'un hôpital	– 2 semaines + 2 semaines / – 1 mois + 1 mois / – 3 mois + 3 mois	34 % 31 % 21 % 13 %
Temps écoulé entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic, déclaré par les patients	– 2 semaines + 2 semaines / – 1 mois + 1 mois / – 3 mois + 3 mois	44 % 30 % 17 % 8 %
Temps écoulé entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie oncologique déclaré par les patients ayant subi une chirurgie (83 %)	– 1 mois + 1 mois / – 3 mois + 3 mois / – 6 mois + 6 mois	49 % 35 % 12 % 4,3 %
Temps écoulé entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie déclaré par les patients ayant subi une chimiothérapie (40 %)	– 1 mois + 1 mois / – 3 mois + 3 mois / – 6 mois + 6 mois	45 % 38 % 12 % 5 %
Temps écoulé entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie (curiethérapie) déclaré par les patients ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) (45 %)	– 1 mois + 1 mois / – 3 mois + 3 mois / – 6 mois + 6 mois	25 % 33 % 21 % 21 %

IPO et *Passeport en oncologie*

Assignation d'une infirmière pivot :	59 % des patients
Moment de l'assignation :	57 % au moment de débiter un type de traitement (chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie)
Réception du <i>Passeport en oncologie</i> :	L'ont reçu : 35 % Ne l'ont pas reçu : 47 % Ne se souviennent pas l'avoir reçu : 18 %
Utilisation du passeport par ceux qui l'ont reçu :	Tout à fait : 63 % En partie : 29 % Non : 8 %

Habitudes de vie

Ont reçu une recommandation	Ont modifié leur comportement, tel que proposé
De faire plus d'activités physiques : 55 %	42 % ont fait plus d'activités physiques
De perdre un surplus de poids : 40 %	28 % ont perdu un surplus de poids
D'augmenter sa consommation de fruits et de légumes : 51 %	46 % ont consommé plus de fruits et de légumes
De cesser de fumer : 70 %	11 % ont cessé de fumer
De réduire sa consommation d'alcool : 52 %	24 % ont réduit leur consommation d'alcool
De réduire son exposition aux rayons ultra-violets : 60 %	56 % ont réduit leur exposition aux rayons ultra-violets

INTRODUCTION

Contexte

Au Québec, le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC, MSSS, 1998) de même que le *Plan directeur – Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer* (MSSS, 2013a) constituent l'assise du Plan d'action en cancérologie 2013-2015 (MSSS, 2013b). Ce dernier détermine les priorités en cette matière tant au niveau de l'infrastructure du système de santé (développement du Réseau de cancérologie du Québec) que de celui du continuum de soins et de services offerts à la population (prévention et promotion de saines habitudes de vie ; dépistage précoce de certains types de cancer ; investigation et diagnostic, traitements, soutien et soins palliatifs). Le contexte historique de la réforme du système québécois de lutte contre le cancer est marqué, notamment, entre 2005 et 2009, par l'évaluation et la désignation des établissements et des équipes interdisciplinaires et le déploiement d'infirmières pivots en oncologie.

A ce stade-ci, certaines questions se posent. Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire et l'intervention des infirmières pivots en oncologie ont-ils changé l'expérience globale des personnes traitées pour un cancer ? Cette réforme dans le domaine de la cancérologie a-t-elle amené des changements observables dans le temps ? Plus précisément, l'expérience des patients traités cinq ans après l'adoption du fonctionnement en équipes interdisciplinaires et d'infirmières pivots en oncologie diffère-t-elle de celle des patients traités avant ?

Pour répondre à ces questions, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut de la statistique du Québec 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 (MSSS 2013a).

La première édition de l'*Enquête sur la qualité des services de lutte contre le cancer* (EQSLCC), menée en 2008 (Dubé, Côté et autres, 2010), 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 d'infirmières pivots spécialisées 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 spécifiques de déterminer les changements survenus entre 2005-2006 et 2010 et de dégager les éléments susceptibles d'améliorer la qualité des services. L'enquête de 2013 vise donc à fournir aux acteurs responsables de la lutte contre le cancer des données représentatives et fiables, tant au niveau de la province que de ses régions, sur lesquelles appuyer l'évaluation de la qualité des services offerts aux personnes atteintes de cancer.

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 préférences¹. Une autre rend compte de l'influence de l'infirmière pivot en oncologie sur l'expérience des patients. La présente publication rend compte des changements dans l'expérience des patients traités pour un cancer entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, lorsque comparée à celle des patients traités entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006.

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

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 aux patients. L'approche adoptée dans l'EQLCC est d'inviter le patient à se prononcer sur la production – ou non – d'événements spécifiques. Le concept d'expérience réfère donc 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.

Structure du rapport

La présente publication comprend cinq sections. La première rapporte les résultats de la comparaison temporelle de 35 indicateurs mesurés de la même manière lors de chacune des éditions de l'enquête. Les résultats sont regroupés de manière à documenter les changements survenus dans les services rendus en raison de la maladie du patient et ceux touchant l'organisation des soins et des services. Plus précisément, les services touchant à la maladie font référence à la résolution de problèmes d'ordre physique ou émotionnel du patient (7 questions), à l'information qui lui a été transmise tout au long de son parcours (13 questions), à sa participation dans la prise des décisions le concernant (1 question), à la prise en compte de ses besoins en termes de ressources et d'équipement ou pour réaliser ses activités quotidiennes (3 questions). En ce qui a trait aux services reliés à l'organisation des soins et des services, la comparaison est

faite à partir de neuf questions touchant la continuité et la coordination des services. Les deux derniers indicateurs s'intéressent à la satisfaction des patients (2 questions).

La deuxième section porte sur les principaux temps d'attente. On y traite des délais associés à l'investigation, au diagnostic et à la réception d'un traitement à la suite de l'annonce du diagnostic.

La section trois aborde les sujets mesurés pour la première fois dans l'enquête. On y trouve les résultats concernant l'assignation d'une infirmière pivot en oncologie (IPO²) et le moment où celle-ci s'est produite, puis ceux sur la réception et l'utilisation du *Passeport en oncologie* (MSSS, 2008).

La quatrième section jette un regard sur le suivi médical après la fin des traitements en oncologie. On y découvre quelle est la proportion de personnes dont le cancer diagnostiqué est surveillé par un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et la proportion de celles dont le cancer est surveillé par un médecin de famille ou un médecin généraliste.

La dernière section des résultats est consacrée à la promotion et à l'adoption de saines habitudes de vie après l'annonce du diagnostic. On y apprend la proportion estimée de patients à qui un professionnel de la santé a suggéré de faire plus d'activité physique, de perdre un surplus de poids, d'augmenter leur consommation de fruits et de légumes, de cesser de fumer, de réduire leur consommation d'alcool ou de réduire leur exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou de ceux des salons de bronzage. Puis, on découvre la proportion de patients qui, à la suite de cette proposition, ont modifié leur comportement.

Pour chacun des sujets traités dans les sections deux à cinq, un portrait statistique des résultats obtenus en 2013 est dressé en fonction du profil de traitement et du siège de cancer. Une analyse statistique régionale accompagne le sujet. L'état de la situation en 2005-2006 est rapporté pour tous ces sujets, à l'exception de ceux mesurés pour la première fois en 2013 (IPO et *Passeport en oncologie*). Une conclusion résumant et discutant les résultats marquants clôt le document.

2. Dans l'EQLCC 2008, l'assignation de l'IPO était mesurée de manière indirecte, à partir d'une série de questions. Dans l'EQLCC 2013, la nouvelle question porte directement sur l'assignation et le moment où celle-ci s'est produite.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre traite des principaux éléments méthodologiques de l'*Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013*¹. Ces éléments sont la population visée, la base de sondage utilisée, la taille de l'échantillon, la stratégie de collecte, l'instrument de mesure, les résultats de la collecte, le traitement statistique des données de même que les méthodes d'analyse retenues pour les publications de l'ISQ tirées de l'enquête. Le chapitre se termine par une section décrivant la population visée en fonction du profil de traitement et du siège de cancer déclarés.

Population visée

La population visée par l'enquête est constituée des personnes âgées de 18 ans et plus, résidant au Québec, ayant subi² une chirurgie, une chimiothérapie³ ou une radiothérapie (incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, pour soigner un cancer⁴. 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 déclarent être en phase terminale, ne pas avoir eu de traitement ou de cancer.

Base de sondage et taille de l'échantillon

Pour repérer dans la population les personnes remplissant toutes les conditions décrites plus haut, une base de sondage a été constituée à partir des données administratives provenant du fichier des séjours hospitaliers Med-Écho ainsi que de celui des services rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)⁵. La même procédure d'extraction qu'en 2008 a été appliquée. La base de sondage a été stratifiée selon la région sociosanitaire, le profil de traitement, l'âge et le sexe des personnes retenues. Un échantillon a été tiré aléatoirement dans chaque strate. La taille de la base de sondage est de 39 540 personnes. Au total, 15 316 personnes ont été sélectionnées pour participer à l'enquête. La taille de l'échantillon a été définie de façon à produire des estimations tant à l'échelle provinciale que régionale. Elle vise à obtenir des estimations régionales de l'ordre de 7 % avec un coefficient de variation (CV) d'au plus 15 %.

-
1. Les éléments présentés sont extraits du rapport méthodologique de l'enquête disponible sur le site Web de l'Institut, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/index.html].
 2. Précisons que, pour être sélectionnées, les personnes devaient avoir reçu au moins l'un des traitements visés par l'enquête, au Québec.
 3. Le traitement de chimiothérapie retenu aux fins de la présente enquête est celui qu'on administre par voie intraveineuse.
 4. 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 et C945. Cela correspond aux codes 140 à 208 de la CIM-9, soit la classification qui était employée au moment du premier cycle de l'enquête.
 5. Lors des travaux préparatoires à l'EQLCC 2013, aucune banque de données administrative, outre celle de la RAMQ, ne permettait d'identifier les personnes qui, selon toute vraisemblance, avaient (1) 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 (2) de reproduire la procédure suivie au premier cycle de l'enquête, afin d'assurer la comparabilité des données du nouveau cycle avec celles du cycle précédent. Le Registre québécois du cancer, par exemple, n'offrait pas à ce moment-là cette possibilité non plus.

Stratégie de collecte et instrument de mesure

La collecte des données a été effectuée du 30 janvier au 31 mai 2013 au moyen d'un questionnaire autoadministré (81 % des répondants) et d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) (19 % des répondants).

Le questionnaire de l'enquête 2013 s'inspire fortement de celui de l'édition précédente. Il est structuré selon une logique chronologique⁶ des événements vécus par les personnes traitées pour un cancer. Il comporte cinq sections thématiques : (A) le type de cancer et l'historique de la maladie ; (B) la période précédant les traitements ; (C) la période des traitements ; (D) le suivi après la fin des traitements ; (E) les changements dans les habitudes de vie. Enfin, une série de questions d'ordre sociodémographique (F) permettent, entre autres, de décrire les principales caractéristiques des personnes visées par l'enquête.

Les changements apportés au questionnaire ont été réduits au minimum afin de préserver la comparaison temporelle des indicateurs mesurés en 2008. Ainsi, 37 variables de l'enquête menée en 2013 peuvent être comparées à celles de l'enquête de 2008, en raison de leurs similarités structurelles et conceptuelles. Pour améliorer la compréhension des questions ou pour réduire le biais de mémoire, certaines questions ou certains choix de réponses ont dû être modifiés, voire supprimés. Des questions de l'*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* (AOPSS)⁷, menée dans divers établissements hospitaliers canadiens par NRC Picker Canada⁸, ont été ajoutées et adaptées aux besoins de l'enquête. Quatre questions ont aussi été intégrées pour documenter l'assignation proprement dite de l'infirmière pivot, le moment de cette assignation dans le parcours du patient, la réception du *Passeport en oncologie* (MSSS, 2008) et son utilisation.

Résultats de collecte et taux de réponse

Parmi les 15 316 personnes sélectionnées, 9 175 ont répondu à l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse provincial pondéré de 68 %. Au niveau régional, le taux varie entre 62 % et 74 %. Comme il était prévu, certaines personnes sélectionnées se sont déclarées inadmissibles à l'enquête, soit 8 %, un taux légèrement plus élevé que celui qui était attendu. On relève également une proportion de 5 % de personnes décédées ou en phase terminale. Sur 9 175 questionnaires ou entrevues téléphoniques, seulement 139 ont été réalisés par une tierce personne⁹. Comme cela ne compte que pour 1,5 % des entrevues, le biais engendré par la non-réponse des répondants par procuration peut être considéré comme étant négligeable lors de la production des estimations.

Pour estimer des prévalences régionales, un nombre de 600 répondants par région était attendu. Dans quatre régions – Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et du Nord-du-Québec – il a été impossible d'atteindre le nombre désiré de répondants puisque la taille de la population concernée par l'enquête était inférieure à ce nombre. Dans ces régions, on a procédé à un recensement. Par conséquent, pour les régions Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le nombre de répondants attendu permet d'estimer des prévalences supérieures à 20 % avec un coefficient de variation (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. 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 950, respectivement.

6. La logique chronologique veut que l'on propose un traitement à la personne malade une fois le diagnostic de cancer 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.
7. Ce questionnaire est passé aux patients ayant subi une chimiothérapie ou une radiothérapie en consultation externe ainsi qu'aux patients suivis sur une base ambulatoire.
8. 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, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/index.html].
9. En raison de l'incapacité de la personne sélectionnée à le faire elle-même (parce que, par exemple, elle ne parle ni le français ni l'anglais ou quelle est aveugle).

Traitement statistique des données

Toutes les estimations présentées dans cette publication, comme dans toutes les publications de l'ISQ, ont été pondérées. La stratégie de pondération mise au point pour cette enquête tient compte, entre autres choses, de la probabilité de chaque personne d'être sélectionnée dans la base de sondage et des personnes inadmissibles. Elle comprend également un ajustement de la non-réponse totale, de même qu'un ajustement aux totaux de population par région sociosanitaire, par profil de traitement reçu, par groupe d'âge et par sexe. Afin de prendre en considération le plan de sondage, des poids d'autoamorçage (*bootstrap*) ont été utilisés dans la production des estimations de précision des tests statistiques. La mesure de précision utilisée est le coefficient de variation (CV).

Par ailleurs, tous les résultats présentés ici s'appuient essentiellement sur des analyses bivariées. Dans ces situations, un test global du khi-deux (test d'indépendance) a été effectué pour vérifier l'association entre l'indicateur analysé (par exemple, la réception du *Passeport en oncologie*) et une propriété des patients (le profil de traitement, le siège de cancer et la 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 réalisés afin de déterminer les écarts les plus importants. Les croisements présentés doivent toujours être considérés comme significatifs, à moins qu'une note n'indique le contraire.

Aux fins des analyses régionales, les 16 régions socio-sanitaires de résidence¹⁰ 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 ; 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 chacune des régions 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. Ainsi, ce découpage territorial permet de faire ressortir les différences significatives entre la région examinée et le regroupement de régions excluant la région examinée.

Découpage territorial

Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	Capitale-Nationale Montréal Montréal
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.

10. 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.

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. Ainsi, pour chaque région, la répartition des poids des répondants selon l'âge et le sexe 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 correspondante est significativement plus élevée (+) ou plus faible (–) que la proportion standardisée de l'ensemble du regroupement auquel appartient la région examinée. On notera également que les estimations rapportées dans les textes, les tableaux et les figures, sont les estimations non standardisées.

Présentation des résultats

Les statistiques présentées ici sont basées sur un échantillon et ne correspondent donc pas à des valeurs exactes. Par ailleurs, 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 les 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 déceler les estimations ayant une moins bonne précision. Ainsi, les estimations accompagnées d'un astérisque (*) ont un coefficient de variation (CV) entre 15 % et 25 % et doivent être interprétées avec prudence. Celles accompagnées de deux astérisques (**) ont un coefficient de variation (CV) supérieur à 25 % ; elles sont imprécises et sont présentées à titre indicatif seulement.

Seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont mentionnés 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, lorsqu'il était possible de le faire, on s'en est surtout tenu à la description des catégories de variables 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.

Non-réponse partielle

Dans la présente édition de l'enquête, sept questions ont un taux de non-réponse supérieur à 5 %. Pour cinq d'entre elles, le biais détecté a une incidence négligeable sur les estimations obtenues. On retiendra que chez les personnes n'ayant pas ressenti de symptômes ou détecté de signes particuliers par rapport au cancer déclaré, un taux de non-réponse partielle de 7,1 % est associé à la question portant sur la mesure du temps s'étant écoulé entre la visite chez le médecin de famille ou un médecin généraliste et la première visite chez un médecin spécialiste (question B8). L'analyse révèle que les personnes qui présentent un cancer du sein, un lymphome ou une leucémie et celles ayant subi une combinaison de traitements ont eu tendance à ne pas répondre à cette question. Elle montre également que, dans ce groupe de personnes, les femmes atteintes d'un cancer du sein et les personnes ayant subi une combinaison de traitements ont eu tendance à déclarer un délai plus court. Par conséquent, l'indicateur portant sur le délai associé à l'investigation (lequel inclut la question B8) pourrait être légèrement surestimé.

Il en est de même des réponses des personnes n'ayant pas ressenti de symptômes ni détecté de signes particuliers par rapport au cancer déclaré à la question portant sur le temps s'étant écoulé entre leur première consultation auprès d'un médecin spécialiste, ou la mammographie, et l'annonce du diagnostic (question B9). Un taux de non-réponse partielle de 7,3 % est associé à cette question. L'analyse du biais potentiel révèle que les personnes présentant un cancer du poumon, un lymphome, une leucémie, un mélanome ou un carcinome et celles ayant subi une chirurgie en combinaison avec une chimiothérapie, ont eu tendance à ne pas répondre à cette question. Il ressort donc que l'indicateur portant sur le délai associé au diagnostic (lequel inclut la question B9) pourrait être légèrement surestimé.

Description de la population

On trouvera au tableau ci-après la répartition de la population visée dans les sept profils de traitement possibles, comme établie d'après leur déclaration. L'enquête montre que plus de huit personnes sur dix traitées en 2010, soit 83 %, ont été opérées pour retirer une ou plusieurs tumeurs liées à un cancer. Pour 37 % de ces personnes, la chirurgie curative a été le seul type de traitement utilisé une fois le diagnostic de cancer clairement posé. Dans 13 % des cas, l'acte chirurgical a été complété par une chimiothérapie et dans 17 % des cas, par une radiothérapie (ou une curiethérapie). Les trois modalités de traitement des cancers ont été appliquées dans 17 % des cas.

Le cancer de 40 % des personnes visées par l'enquête a été traité par des agents anticancéreux administrés par voie intraveineuse¹¹. Dans 6 % de ces cas, la chimiothérapie a été l'uniquement traitement utilisé pour soigner le cancer diagnostiqué. Environ 45 % des personnes traitées en 2010 ont subi une radiothérapie (ou une curiethérapie). Pour 6 % de ces personnes, cela a constitué la seule forme de traitement administré pour soigner le cancer diagnostiqué. Une moindre part, soit environ 4,5 % des personnes traitées en 2010, ont subi une chimiothérapie en combinaison avec une radiothérapie (ou une curiethérapie).

Tableau 1

Répartition des patients¹ selon le profil de traitement déclaré, Québec, 2008 et 2013

	Enquête 2013	Enquête 2008
	%	
Chirurgie seulement	36,6	34,1
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	6,2	7,9
Chimiothérapie seulement	5,9	5,6
Chirurgie et chimiothérapie	13,0	12,6
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	16,8	17,4
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	4,5	4,7
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	17,1	17,6
Ensemble Chirurgie	83,5	81,7
Ensemble Chimiothérapie	40,5	40,5
Ensemble Radiothérapie (incluant curiethérapie)	44,6	47,6

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 (EQSLCC, 2008) ou entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 (EQSLCC, 2013).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008 et 2013*.

11. Une faible proportion (environ 4,1 %) des personnes qui participent aux analyses ont subi une chimiothérapie à la fois par voie intraveineuse et par voie orale ou cutanée.

Le tableau ci-dessous présente la proportion d'hommes et de femmes traités en 2010 pour chacun des sièges de cancer répertoriés^{12, 13}. La population étudiée est composée¹⁴ de 31 % d'hommes atteints du cancer de la prostate et de 43 % de femmes atteintes du cancer du sein (dont une proportion infime d'hommes sont également atteints, soit 0,4 %^{**}). On y trouve aussi, 10 % de femmes atteintes d'un cancer génital féminin; une proportion plus élevée d'hommes que de femmes atteints d'un cancer

colorectal (16 % c. 10 %), d'un cancer hématopoïétique (10 % c. 7 %), ou d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (30 % c. 17 %). Enfin, dans des proportions équivalentes d'hommes et de femmes, on a des personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (respectivement 6 % et 5 %) ou d'un cancer situé à la tête ou au cou (ORL) (respectivement 8 % et 7 %).

Tableau 2

Répartition des patients¹ selon le sexe et le siège de cancer, Québec, 2008 et 2013

	Hommes	Femmes	Enquête 2013	Enquête 2008
	%			
Colorectal	15,6	10,2	12,6	11,8
Génital féminin	...	10,1	5,6	5,5
Prostate	31,1	...	14,0	15,9
Hématopoïétique	9,7	7,3	8,4	8,0
Sein	0,4 **	43,2	23,9	26,5
Tête et cou	7,9	7,0	7,4	6,3
Broncho-pulmonaire	5,8	5,5	5,6	5,7
Autres types de cancer	29,6	16,8	22,5	20,3

... 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 subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 (Enquête, 2008) ou entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 (Enquête, 2013).

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008 et 2013*.

12. Les types de cancer qui ont été regroupés sous l'un ou l'autre des huit sièges de cancer sont ceux déclarés par la population visée. Pour plus de détails sur le classement des types de cancer répertoriés, voir le tableau A1 joint en annexe de la publication.
13. Pour plus de détails sur le profil de traitement subi en fonction du siège de cancer, voir le tableau A2 joint en annexe de la publication.
14. Il est important de se rappeler que les personnes qui ont participé à l'enquête ont été sélectionnées en raison du type de traitement qu'elles ont subi au cours de l'année 2010 et non en raison du type de cancer dont elles étaient atteintes. Par ailleurs, le type de traitement subi étant étroitement lié au type de cancer soigné, connaître le type de cancer du répondant et analyser les données en fonction de celui-ci s'avère incontournable.

1

COMPARAISON ENTRE 2010 ET 2005-2006

En quoi l'expérience des personnes traitées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 diffère-t-elle de celle des personnes traitées entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006? Pour le savoir, les estimations obtenues à partir de 35 questions mesurées de la même façon lors de chacune des éditions de l'*Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer* (2008 et 2013) ont été comparées. Les résultats présentés ici portent uniquement sur les services pour lesquels la proportion de patients a augmenté (expérience vécue améliorée) ou diminué (expérience vécue détériorée) par rapport à la proportion à laquelle elle est comparée. De cet examen, sont exclues les personnes pour qui le service étudié n'était pas requis ou qui ont affirmé ne pas en avoir besoin.

1.1 Changements dans les services touchant à la maladie

Vivre avec le cancer diffère pour chacun. Dans les premiers jours qui suivent le diagnostic, certaines personnes chercheront à en apprendre davantage sur la maladie et collaboreront avec leur équipe soignante afin de convenir d'un plan de traitement. L'équipe interdisciplinaire veillera, entre autres, à renseigner le patient et sa famille sur le cancer et à leur apporter un soutien affectif. En plus de lui prodiguer tous les soins médicaux requis par sa condition, l'équipe aidera aussi le patient à s'y retrouver dans le système de soins de santé. Elle

le dirigera vers des services offerts dans sa collectivité, qui lui apporteront une aide pratique (hébergement, aide financière, équipements, et autres) ou un soutien affectif (accompagnement, soutien psychosocial, soutien psychologique, et autres). Si certaines personnes passent à travers la maladie sans trop de bouleversements, d'autres verront leur vie complètement chamboulée : réactions de stress, changements dans l'apparence physique, les relations (au travail, les proches et les amis), la sexualité, l'alimentation, la situation financière, la spiritualité, les plans d'avenir et ainsi de suite. La plupart des gens touchés par le cancer doivent trouver comment faire face aux questions pratiques et autres changements que le cancer apporte. Chacun le fait à sa façon, avec l'aide et le soutien de professionnels en oncologie¹.

Les comparaisons présentées au tableau 1.1 font référence à des services reçus par les patients en raison de la maladie, pour répondre, par exemple, à des besoins d'ordre physique ou émotionnel (7 questions), au besoin d'être informé sur la maladie et son traitement tout au long de leur cheminement dans la maladie (13 questions), d'être partie prenante du processus décisionnel (1 question), puis, chez les personnes pour qui cela était nécessaire, d'être aidé pour accomplir les activités quotidiennes (2 questions) et de disposer des ressources et de l'équipement appropriés à leur état (1 question). Des 24 situations examinées, huit se sont améliorées, cinq se sont détériorées, trois se sont « en partie » améliorées ou détériorées et huit n'ont pas changé.

1. Sources de l'information: Société canadienne du cancer [www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-journey/your-healthcare-team/?region=qc] et Fondation québécoise du cancer [<https://fqc.qc.ca/services-soutien-cancer>].

Tableau 1.1

Changements survenus entre 2005-2006 et 2010 relativement aux services touchant à la maladie des patients¹, Québec, 2008 et 2013

	Oui/ Oui, tout à fait/ Toujours	Oui, en partie/ La plupart du temps/ À l'occasion	Non/ Jamais
	%		
Est-ce que les professionnels de la santé vous ont expliqué d'une manière facile à comprendre les raisons pour lesquelles vous deviez passer des examens ^a			
2005-2006 (B7)	83,8	11,4	4,8
2010 (B10)	84,4	11,6	4,0
Au moment de l'annonce du diagnostic, vous a-t-on remis de l'information écrite sur votre maladie et son traitement			
2005-2006 (B12)	61,4	...	38,6
2010 (B14)	51,0(−)	...	49,0(+)
Vous a-t-on expliqué les différentes étapes que comporterait le traitement du cancer déclaré à la question A1			
2005-2006 (B16)	81,5	12,8	5,7
2010 (B21)	77,6(−)	14,1(+)	8,3(+)
Avez-vous été impliqué dans les décisions à prendre concernant les traitements pour le cancer déclaré à la question A1 autant que vous l'auriez souhaité			
2005-2006 (B15)	71,9	15,7	12,4
2010 (B23)	70,5	15,5	14,0(+)
Dans la planification des traitements, les professionnels de la santé ont-ils tenu compte de votre situation familiale ou de votre mode de vie			
2005-2006 (B18)	57,6	14,9	27,4
2010 (B26)	56,9	19,9(+)	23,2(−)
Vous sentiez-vous à l'aise de discuter avec les professionnels de la santé de thérapies complémentaires, alternatives ou non conventionnelles (par exemple : massage, acupuncture, homéopathie ou autres)			
2005-2006 (B20)	70,0	16,4	13,6
2010 (B28)	62,2(−)	17,5	20,3(+)
Après l'intervention chirurgicale (opération) subie pour le cancer déclaré à la question A1, le médecin vous a-t-il informé des résultats de cette intervention ^a			
2005-2006 (C7)	95,7	...	4,3
2010 (C5)	95,8	...	4,2
Est-ce que les résultats de l'intervention chirurgicale (opération) subie pour le cancer déclaré à la question A1 vous ont été expliqués d'une manière facile à comprendre ^a			
2005-2006 (C8)	86,6	12,0	1,4
2010 (C6)	87,6	11,1	1,2
Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a expliqué comment gérer les effets secondaires de la chimiothérapie reçue pour le cancer déclaré à la question A1			
2005-2006 (C16)	86,1	10,9	3,0
2010 (C13)	82,5(−)	13,9(+)	3,6
Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a expliqué comment gérer les effets secondaires de la radiothérapie (ou de la curiethérapie) reçue pour le cancer déclaré à la question A1			
2005-2006 (C22)	77,7	14,9	7,4
2010 (C21)	79,7	15,0	5,3(−)

Tableau 1.1 (suite)

Changements survenus entre 2005-2006 et 2010 relativement aux services touchant à la maladie des patients¹, Québec, 2008 et 2013

	Oui/ Oui, tout à fait/ Toujours	Oui, en partie/ La plupart du temps/ À l'occasion	Non/ Jamais
	%		
Durant la période de traitement, croyez-vous que les professionnels de la santé ont fait tout ce qu'ils pouvaient pour contrôler votre douleur et vos malaises			
2005-2006 (C24)	80,2	15,5	4,3
2010 (C23)	86,7(+)	11,1(-)	2,1(-)
Durant la période de traitement, est-ce que les professionnels de la santé ont évalué la capacité de vos proches à vous aider dans vos activités quotidiennes (par exemple : faire les repas, votre toilette) ^a			
2005-2006 (C25)	62,6	...	37,4
2010 (C25)	60,8	...	39,2
Durant la période de traitement, est-ce que les professionnels de la santé se sont assurés que vous disposiez des ressources et de l'équipement nécessaire (par exemple : soins à domicile, fauteuil roulant, bain de siège) pour vous aider à réaliser vos activités quotidiennes			
2005-2006 (C26)	67,0	...	33,0
2010 (C26)	72,8(+)	...	27,2(-)
Durant la période de traitement, est-ce que les professionnels de la santé vous ont clairement expliqué l'utilité des médicaments que vous deviez prendre une fois rendu à la maison ^a			
2005-2006 (C27)	88,3	9,0	2,7
2010 (C27)	88,4	9,0	2,6
Durant la période de traitement, considérez-vous que vous avez été traité avec respect et dignité par les professionnels de la santé			
2005-2006 (C29)	87,3	11,8	0,9
2010 (C29)	92,2(+)	7,0(-)	0,8*
Durant la période de traitement, lorsque vous aviez des questions importantes à poser à un professionnel de la santé, à quelle fréquence obteniez-vous des réponses que vous pouviez comprendre			
2005-2006 (C40)	71,9	26,3	1,8
2010 (C39)	65,5(-)	33,6(+)	0,9(-)
Durant la période de traitement, avez-vous reçu suffisamment d'information sur les changements possibles en ce qui concerne votre apparence physique			
2005-2006 (C43a)	65,6	14,5	19,9
2010 (C41)	70,1(+)	17,6(+)	12,4(-)
Durant la période de traitement, avez-vous reçu suffisamment d'information sur les changements possibles en ce qui concerne votre sexualité			
2005-2006 (C43b)	50,5	14,4	35,1
2010 (C42)	54,1(+)	17,8(+)	28,0(-)
Durant la période de traitement, avez-vous reçu suffisamment d'information sur les changements possibles en ce qui concerne vos émotions			
2005-2006 (C43c)	45,5	20,7	33,8
2010 (C43)	44,9	24,0(+)	31,2(-)
Durant la période de traitement, avez-vous reçu suffisamment d'information sur les changements possibles en ce qui concerne votre relation de couple et votre vie de famille			
2005-2006 (C43d)	43,2	16,6	40,1
2010 (C44)	45,4(+)	19,3(+)	35,2(-)

Tableau 1.1 (suite)

Changements survenus entre 2005-2006 et 2010 relativement aux services touchant à la maladie des patients¹, Québec, 2008 et 2013

	Oui/ Oui, tout à fait/ Toujours	Oui, en partie/ La plupart du temps/ À l'occasion	Non/ Jamais
	%		
Durant la période de traitement, avez-vous reçu suffisamment d'information sur les changements possibles en ce qui concerne vos besoins nutritionnels			
2005-2006 (C43e)	57,4	17,8	24,8
2010 (C45)	58,5	20,9(+)	20,6(-)
Durant la période de traitement, avez-vous reçu suffisamment d'information sur les changements possibles en ce qui concerne votre travail et vos activités courantes			
2005-2006 (C43f)	56,4	20,0	23,6
2010 (C46)	59,6(+)	22,5(+)	17,9(-)
Durant la période de traitement, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a donné de l'information sur des ressources communautaires ou des groupes d'entraide pour les personnes atteintes du cancer			
2005-2006 (C44)	61,6	...	38,4
2010 (C48)	70,6(+)	...	29,4(-)
Durant la période de traitement, lorsque vos proches voulaient parler de votre état de santé à un professionnel de la santé, pouvaient-ils le faire facilement ^a			
2005-2006 (C41)	74,7	19,2	6,1
2010 (C40)	74,4	19,8	5,7

... N'ayant pas lieu de figurer.

(+) (-) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle du cycle précédent, au seuil de 5%.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 (EQSLCC, 2008) ou entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 (EQSLCC, 2013).

a Le test global du khi-deux entre la variable étudiée et la variable « cycle de l'enquête » est non significatif au seuil de 5%.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008 et 2013*.

Plus précisément, les données apparaissant au tableau 1.1 montrent que l'expérience vécue par les personnes traitées en 2010 s'est améliorée sur plusieurs aspects par rapport à l'expérience vécue par les personnes traitées en 2005-2006. On remarque ainsi que la proportion de personnes concernées par les services suivants a augmenté :

- soulagement de la douleur et des malaises (87 %, en 2010 c. 80 %, en 2005-2006);
- prise en compte des ressources et équipements (73 %, en 2010 c. 67 %, en 2005-2006);
- information sur les changements pouvant survenir dans l'apparence physique (70 %, en 2010 c. 66 %, en 2005-2006);
- information sur les changements possibles sur le plan de la sexualité (54 %, en 2010 c. 50 %, en 2005-2006);
- information sur les changements pouvant se produire dans la relation de couple ou de la vie familiale (45 %, en 2010 c. 43 %, en 2005-2006);
- information sur les changements possibles sur le plan du travail ou des activités courantes (60 %, en 2010 c. 56 %, en 2005-2006);
- information sur les ressources communautaires ou les groupes d'entraide pouvant venir en aide aux personnes atteintes du cancer (71 %, en 2010 c. 62 %, en 2005-2006).

On remarque également que proportionnellement plus de personnes traitées en 2010 qu'en 2005-2006 déclarent :

- avoir été traitées avec respect et dignité (92 %, en 2010 c. 87 %, en 2005-2006).

À l'opposé, les données rapportées au tableau 1.1 révèlent une diminution de l'information communiquée aux patients. En proportion, moins de personnes traitées en 2010, comparativement à celles traitées en 2005-2006, ont :

- reçu de l'information écrite sur leur maladie et son traitement (51 %, en 2010 c. 61 %, en 2005-2006);
- reçu des explications sur les différentes étapes que comporterait le traitement de leur cancer (78 %, en 2010 c. 82 %, en 2005-2006);
- reçu des explications sur comment gérer les effets secondaires de la chimiothérapie (chez les personnes ayant subi une chimiothérapie) (82 %, en 2010 c. 86 %, en 2005-2006).

On enregistre aussi une nette détérioration de l'expérience vécue sur des aspects ayant trait aux échanges entre les professionnels et les patients. En effet, moins de personnes, en proportion, traitées en 2010, comparativement à 2005-2006 :

- se sont senties à l'aise de discuter de thérapies complémentaires, alternatives ou non conventionnelles avec les professionnels de la santé (62 %, en 2010 c. 70 %, en 2005-2006);
- estiment avoir toujours reçu des réponses compréhensibles aux questions qu'elles ont posées durant la période de traitement (66 %, en 2010 c. 72 %, en 2005-2006).

Par ailleurs, les résultats montrent que les situations rapportées ci-dessous se sont améliorées « en partie », « la plupart du temps » ou « à l'occasion » :

- tenir compte de la situation familiale ou du mode de vie lors de la planification des traitements (20 % en 2010 c. 15 % en 2005-2006);
- informer le patient sur les changements possibles en ce qui concerne les émotions (24 % en 2010 c. 21 % en 2005-2006);
- informer le patient sur les changements possibles en ce qui concerne les besoins nutritionnels (21 % en 2010 c. 18 % en 2005-2006).

Enfin, la très légère augmentation de la proportion de personnes qui déclarent qu'elles n'ont pas été impliquées autant qu'elles le souhaitent dans les décisions à prendre concernant le plan de traitement (14 % en 2010 c. 12 % en 2005-2006) laisse entendre qu'il s'agit là d'un élément à surveiller.

1.2 Changements dans les services touchant à l'organisation des soins et des services

Les comparaisons présentées au tableau 1.2 portent sur des services touchant à l'organisation des soins et services. Les éléments étudiés font référence à la continuité et à la coordination des soins et des services (6 questions) ainsi qu'au suivi médical établi après la fin des traitements (3 questions). Des neuf situations examinées, six se sont améliorées, deux se sont détériorées et une est demeurée inchangée.

Sur le plan de l'organisation des soins et des services, les résultats rapportés dans le tableau 1.2 démontrent que l'expérience des patients s'est améliorée sur plusieurs aspects. Ainsi, en proportion, plus de personnes traitées en 2010, comparativement à celles traitées en 2005-2006, déclarent :

- qu'un professionnel ou un membre du personnel administratif était responsable d'organiser les rendez-vous ou le transfert du dossier vers d'autres établissements au besoin (85 %, en 2010 c. 78 %, en 2005-2006) ;
- que les professionnels de la santé rencontrés étaient suffisamment renseignés sur les thérapies existantes (93 %, en 2010 c. 90 %, en 2005-2006) ;
- que le personnel soignant était toujours au courant de leur dossier médical (78 %, en 2010 c. 70 %, en 2005-2006).
- qu'un professionnel de la santé ou un membre du personnel administratif a effectué les démarches requises auprès des autres établissements lorsque cela était requis (78 %, en 2010 c. 73 %, en 2005-2006) ;
- avoir bénéficié d'un soutien psychologique d'un professionnel de la santé et/ou d'un groupe d'entraide pour retrouver une meilleure qualité de vie après la fin de leurs traitements en oncologie (52 %, en 2010 c. 48 %, en 2005-2006).

Comparée à celle des personnes traitées en 2005-2006, l'expérience vécue par les patients traités en 2010 semble avoir été moins bonne sur le plan de la cohérence des

renseignements fournis quant à l'état de santé du patient ou des traitements. En effet, plus de personnes, en proportion, déclarent avoir « toujours » reçu des renseignements portant à confusion ou contradictoires concernant leur état de santé ou leurs traitements (7 % en 2010 c. 0,8 % en 2005-2006) et moins de personnes, en proportion, affirment n'avoir « jamais » fait face à une telle situation (76 %, en 2010 c. 90 %, en 2005-2006).

Enfin, le suivi médical après la fin des traitements semble avoir besoin d'être amélioré puisque l'on constate une diminution significative de la proportion de personnes qui déclarent :

- avoir eu un suivi médical d'établi une fois l'ensemble de leurs traitements terminés (95 %, en 2010 c. 98 %, en 2005-2006) ;
- avoir été informées des symptômes à surveiller une fois l'ensemble de leurs traitements terminés (50 %, en 2010 c. 54 %, en 2005-2006).

1.3 Autres aspects associés à l'expérience vécue

Faire en sorte que la personne atteinte du cancer se sente aidée, encouragée, protégée, soutenue, supportée moralement et matériellement exige un réseau de cancérologie et des professionnels de qualité (MSSS, 2013b)

Parmi les 35 items à partir desquels on a comparé l'expérience vécue en 2010 à celle vécue en 2005-2006, deux abordent la satisfaction du patient à l'égard des soins et des services reçus tout au long de leur cheminement dans la maladie.

L'enquête montre qu'une proportion plus importante de personnes traitées en 2010 auraient su comment porter plainte en cas d'insatisfaction (53 %, en 2010 c. 48 %, en 2005-2006) (données non illustrées).

Par rapport à l'appréciation globale des soins et des services reçus depuis l'annonce du diagnostic, on constate une nette amélioration : en effet, la proportion de personnes qui qualifient ces derniers d'excellents ou très bons est passée de 86 % (2005-2006) à 90 % (2010) (données non illustrées).

Tableau 1.2

Changements survenus entre 2005-2006 et 2010 dans les services touchant à l'organisation des soins et des services aux patients¹, Québec, 2008 et 2013

	Oui/ Oui, tout à fait/ Toujours	Oui, en partie/ La plupart du temps/ À l'occasion	Non/ Jamais
	%		
Est-ce qu'un professionnel de la santé ou un membre du personnel administratif était responsable d'organiser vos rendez-vous (pour des traitements, des examens) et de transférer votre dossier au besoin			
2005-2006 (B19)	78,3	...	21,7
2010 (B27)	85,4 (+)	...	14,6 (–)
Durant la période de traitement, croyez-vous que les professionnels de la santé étaient suffisamment renseignés sur les thérapies pour traiter le cancer			
2005-2006 (C33)	89,9	8,6	1,5
2010 (C31)	92,9 (+)	6,3 (–)	0,8 (–)
Durant la période de traitement, à quelle fréquence les professionnels de la santé qui vous soignaient étaient-ils au courant de votre dossier médical			
2005-2006 (C35)	70,1	27,9	2,0
2010 (C34)	78,3 (+)	20,5 (–)	1,1 (–)
Durant la période de traitement, à quelle fréquence vous a-t-on donné des renseignements qui portaient à confusion ou qui étaient contradictoires concernant votre état de santé ou vos traitements			
2005-2006 (C38)	0,8	9,7	89,5
2010 (C37)	7,1 (+)	16,8 (+)	76,1 (–)
Durant la période de traitement, est-ce qu'un professionnel de la santé ou un membre du personnel a fait les démarches nécessaires pour prendre vos rendez-vous ou transférer votre dossier vers d'autres établissements de santé (par exemple : un hôpital d'une autre région, un CLSC), lorsque cela était requis			
2005-2006 (C39)	73,2	10,4	16,5
2010 (C38)	77,7 (+)	10,9	11,4 (–)
Durant la période de traitement, avez-vous eu l'impression que les professionnels de la santé impliqués dans vos soins et vos traitements travaillaient en équipe ^a			
2005-2006 (C42)	83,7	13,6	2,7
2010 (C51)	84,4	12,8	2,8
Une fois l'ensemble de vos traitements terminés pour le cancer déclaré à la question A1, un suivi médical a-t-il été établi			
2005-2006 (D1)	98,0	...	2,0
2010 (D1)	95,1 (–)	...	4,9 (+)
Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a expliqué les signaux d'alarme et/ou les symptômes à surveiller concernant le cancer déclaré à la question A1 ou une éventuelle récurrence			
2005-2006 (D7)	54,5	17,9	27,6
2010 (D4)	50,4 (–)	18,5	31,1 (+)
Une fois l'ensemble de vos traitements terminés, avez-vous bénéficié du soutien psychologique d'un professionnel de la santé et/ou d'un groupe d'entraide pour retrouver une meilleure qualité de vie			
2005-2006 (D8)	47,8	...	52,2
2010 (D5)	52,2 (+)	...	47,8 (–)

... N'ayant pas lieu de figurer.

(+) (-) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle du cycle précédent, au seuil de 5%.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 (EQSLCC, 2008) ou entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 (EQSLCC, 2013).

a Le test global du khi-deux entre la variable étudiée et la variable « cycle d'enquête » est non significatif au seuil de 5%.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008 et 2013*.

2

LES PRINCIPAUX TEMPS D'ATTENTE

Un accès rapide aux traitements pour les patients atteints de cancer est une priorité en soins de santé et est considéré comme l'un des éléments clés d'un système de qualité dans la lutte contre le cancer. À l'heure actuelle, l'accès à l'expertise des praticiens et à une investigation complète et rapide est devenu incontournable dans la lutte contre le cancer. Dans ses activités de coordination en cancérologie, la Direction québécoise de cancérologie soutient les efforts des établissements pour réduire les délais dans l'accès à l'investigation et aux traitements en exerçant, par exemple, une surveillance des temps d'attente en chirurgie oncologique et en radio-oncologie (MSSS, 2013a et 2013b). Comment les patients perçoivent-ils ces efforts? Quel souvenir ont-ils conservé du temps s'étant écoulé entre les événements qu'ils ont vécus?

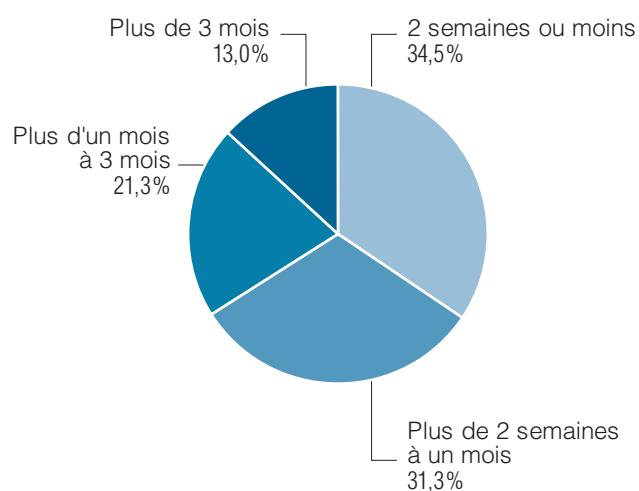
Dans l'enquête menée en 2008, le temps écoulé correspondait au nombre de jours séparant les deux dates de calendrier déclarées par les patients entre l'événement A (première visite chez le médecin de famille, par exemple) et l'événement B (première consultation auprès d'un médecin spécialiste, du cancer ou autre, par exemple). Dans les analyses, le nombre de jours était rapporté en quatre intervalles de temps : 2 semaines ou moins, plus de 2 semaines à un mois, plus d'un mois à 3 mois et plus de 3 mois. Afin de limiter les biais de mémoire engendrés par cette façon de faire, dans la présente enquête, le temps écoulé est établi à l'aide d'une question portant directement sur le sujet mesuré (*Combien de temps s'est écoulé entre... et ... ?*) et on propose, comme choix de réponse, les quatre intervalles de temps les plus fréquemment rencontrés mentionnés précédemment.

2.1 Délai associé à l'investigation

Une personne sur trois touchée par le cancer a pu consulter un médecin spécialiste (du cancer ou autre) en deux semaines ou moins après avoir consulté un médecin de famille ou un médecin généraliste, ou après s'être présentée à l'urgence d'un hôpital

Qu'elles aient ou non ressenti des symptômes, un peu plus du tiers (34 %) des personnes traitées en 2010 qui ont consulté un médecin de famille ou un médecin généraliste, ou qui se sont présentées à l'urgence d'un hôpital déclarent avoir obtenu une première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) deux semaines ou moins après le premier événement. Pour 31 %, le temps écoulé a été de plus de deux semaines à moins d'un mois (figure 2.1).

Figure 2.1
Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre), Québec, 2013



1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

Environ une personne sur cinq (21 %) a consulté un médecin spécialiste (du cancer ou autre) plus d'un mois à moins de trois mois après sa première consultation auprès de son médecin de famille ou un médecin généraliste, ou après sa visite à l'urgence d'un hôpital. Enfin, pour environ une personne sur dix (13 %), cette première consultation auprès d'un médecin spécialiste s'est produite plus de trois mois après la première consultation auprès d'un médecin de famille ou un médecin généraliste, ou la visite à l'urgence d'un hôpital.

2.1.1 Délai associé à l'investigation : état de la situation en 2005-2006

Les résultats apparaissant au tableau 2.1 rappellent l'expérience vécue par les personnes traitées entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 en ce qui a trait au temps s'étant écoulé entre la première visite faite au médecin de famille et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre). On note qu'en 2005-2006, près des trois quarts (74 %) des personnes traitées ont obtenu une première consultation auprès d'un médecin spécialiste à l'intérieur d'un mois ; dont 50 % dans un délai relativement court, soit deux semaines ou moins¹. La situation paraît meilleure en 2005-2006 qu'en 2010 puisque les deux tiers (66 %) des personnes traitées en 2010 déclarent avoir consulté un médecin spécialiste en moins d'un mois, dont 34 % à l'intérieur de deux semaines. Il est cependant nécessaire d'interpréter les résultats avec circonspection puisque la manière de mesurer les délais dans chacune des enquêtes était différente.

Tableau 2.1

Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre la consultation auprès d'un médecin de famille et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon le siège de cancer, Québec, 2008

	2 semaines ou moins	Plus de 2 semaines à un mois	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois
	%			
Colorectal	57,2	19,1	13,4	10,3
Génital féminin	48,7	29,7	17,9	3,7**
Prostate	27,5	32,2	32,2	8,1
Hématopoïétique	62,5	17,7	13,4	6,5*
Sein	58,6	22,9	12,6	5,8
Tête et cou	39,4	24,7	25,5	10,4*
Broncho-pulmonaire	58,4	21,7	14,2*	5,7**
Autres types de cancer	49,8	24,5	15,9	9,8
Ensemble	50,1	24,1	17,9	7,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** 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 subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} mars 2005 et le 31 avril 2006.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008*.

1. Il est à noter qu'un taux de non-réponse partielle élevé (16 %) est associé à cette mesure et que l'analyse de celle-ci révèle que les personnes de sexe masculin, de 65 ans et plus, soignées pour un cancer de la prostate ou pour un cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer », ayant subi une chirurgie uniquement ou de la radiothérapie uniquement, ont eu tendance à ne pas répondre à cette question. L'analyse montre également que ce biais a une incidence négligeable sur les estimations obtenues en 2008 relativement à ce délai (Dubé et autres, 2010, p. 45).

2.1.2 Délai associé à l'investigation : selon le siège de cancer et le profil de traitement

L'enquête montre qu'aucune des proportions de personnes traitées en 2010 qui ont obtenu une première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) dans un délai de deux semaines ou moins après avoir consulté un médecin de famille ou un médecin généraliste, ou s'être présentées à l'urgence d'un hôpital ne se distingue de manière significative de toutes les autres. On remarque toutefois que la proportion de personnes dans cette situation est moins élevée parmi les groupes suivants (tableau 2.2) :

- les hommes atteints du cancer de la prostate (20 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (29 %);
- les personnes ayant subi une radiothérapie seulement (24 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie et une radiothérapie (29 %).

Les hommes atteints du cancer de la prostate présentent des temps d'attente plus longs : 38 %² ont obtenu un rendez-vous plus de deux semaines à moins d'un mois après leur première consultation et 31 % ont eu celui-ci plus d'un mois à moins de trois mois après. Cette situation pourrait s'expliquer par la nature et la progression plutôt lente de ce cancer.

Tableau 2.2

Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	2 semaines ou moins	Plus de 2 semaines à 1 mois	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois
	%			
Siège de cancer				
Colorectal	41,9	27,6	16,9	13,7
Génital féminin	35,4	30,4	19,8	14,4
Prostate	19,9	38,5	30,5	11,1
Hématopoïétique	45,4	26,1	17,4	11,2
Sein	36,6	33,5	20,3	9,6
Tête et cou	32,3	28,3	23,4	16,1
Broncho-pulmonaire	41,4	37,1	14,2	7,3*
Autres types de cancer	31,2	29,7	22,1	17,0
Profil de traitement				
Chirurgie seulement	29,1	32,1	24,0	14,7
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	23,9	36,6	27,4	12,1*
Chimiothérapie seulement	47,8	24,1	16,8	11,4*
Chirurgie et chimiothérapie	42,5	27,2	18,2	12,1
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	28,9	33,2	25,6	12,3
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	41,9	32,8	13,6	11,7*
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	39,8	31,9	16,5	11,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (37 %).

2.1.3 Délai associé à l'investigation : comparaisons régionales

Dans le regroupement des régions de moins de 500 000 habitants avec centre de radiothérapie, la proportion estimée de personnes ayant attendu deux semaines ou moins entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) est plus élevée que celle observée pour l'ensemble du regroupement auquel elle est comparée dans la région suivante (tableau 2.3) :

- Saguenay–Lac-Saint-Jean (41 % pour la région c. 34 % pour le regroupement).

Par contre, cette proportion est inférieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement dans la région suivante :

- Estrie (29 % pour la région c. 34 % pour le regroupement).

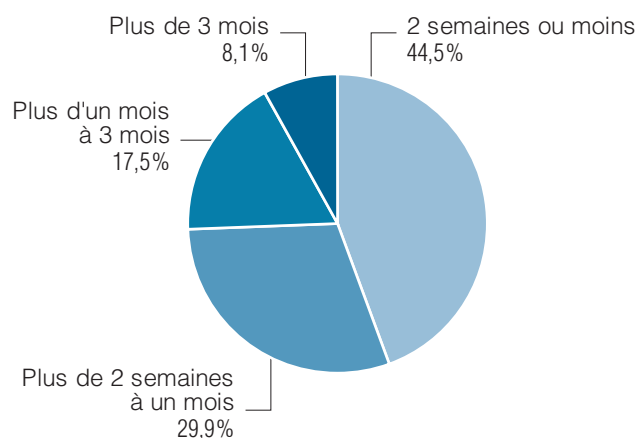
En ce qui concerne la région de l'Estrie, l'enquête montre que l'expérience vécue y est moins favorable qu'ailleurs puisque la proportion estimée de personnes ayant attendu plus d'un mois à trois mois y est plus élevée que celle que l'on observe pour le regroupement (25 % pour la région c. 20 % pour le regroupement).

2.2 Délai associé au diagnostic

Un peu plus de deux personnes sur cinq ont obtenu un diagnostic de cancer moins de deux semaines après avoir consulté un médecin spécialiste (du cancer ou autre)

En 2010, près des trois quarts (74 %) des personnes traitées pour un cancer ont reçu leur diagnostic un mois ou moins après leur première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) : 44 % l'ont obtenu deux semaines ou moins après cette première visite et 30 %, plus de deux semaines à un mois après celle-ci (figure 2.2). Pour environ 17 % des personnes traitées, le diagnostic a pu être établi plus d'un mois à trois mois après la première visite et pour 8 %, plus de trois mois après celle-ci.

Figure 2.2
Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic, Québec, 2013



1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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 2.3

Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon la région sociosanitaire de résidence², Québec, 2013

	2 semaines ou moins	Plus de 2 semaines à un mois	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois
	%			
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie^a	34,3	30,4	21,8	13,5
Capitale-Nationale	31,5	33,3	21,6	13,7
Montréal	37,0	29,9	20,5	12,5
Montréal	32,9	29,5	23,3	14,4
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	34,3	32,2	20,3	13,3
Bas-Saint-Laurent	31,6	37,3	18,3	12,8
Saguenay-Lac-Saint-Jean	41,3 (+)	29,8	18,2	10,7
Mauricie et Centre-du-Québec	36,4	33,7	19,5	10,4
Estrie	29,2 (-)	29,6	25,3 (+)	15,9
Outaouais	32,4	28,2	23,3	16,0
Laval	34,3	34,6	16,3	14,7
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie^a	34,9	32,5	21,0	11,6
Chaudière-Appalaches	30,2	33,9	23,2	12,7
Lanaudière	39,4	31,8	20,2	8,7 *
Laurentides	35,1	32,0	19,8	13,1
Régions éloignées^a	35,6	30,0	22,8	11,6
Abitibi-Témiscamingue	39,9	30,9	17,7	11,6 *
Côte-Nord et Nord-du-Québec	31,1	30,3	27,9	10,6 *
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	34,6	28,5	24,1	12,7 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

(+) (-) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle observée pour le reste du regroupement, au seuil de 5 %.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Temps d'attente entre la première consultation auprès d'un médecin de famille, d'un médecin généraliste ou à l'urgence d'un hôpital et la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) » et les variables « Régions de plus de 500 000 habitants », « Régions périurbaines » et « Régions éloignées » sont non significatifs au seuil de 5 %.

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

2.2.1 Délai associé au diagnostic : état de la situation en 2005-2006

Un taux de non-réponse partielle très élevé (23 %) étant associé à la mesure de ce délai dans l'enquête menée en 2008, l'état de la situation en 2005-2006 n'a pas pu être établi.

2.2.2 Délai associé au diagnostic selon le siège de cancer et le profil de traitement

La proportion de personnes ayant obtenu un diagnostic rapidement, soit deux semaines ou moins après la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre), est plus élevée parmi les groupes suivants (tableau 2.4) :

- les personnes atteintes d'un cancer colorectal (60 %);
- les personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (55 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie seulement (59 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie et une chimiothérapie (53 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (ou curiethérapie) (52 %);
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (51 %).

Cette proportion est, au contraire, moins élevée chez :

- les hommes atteints du cancer de la prostate (23 %);
- les personnes ayant subi une radiothérapie seulement (32 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie et une radiothérapie (36 %).

Encore une fois, on constate que, comparés aux autres sièges de cancer, les hommes atteints du cancer de la prostate présentent des temps d'attente plus longs : 37 %³ ont obtenu leur diagnostic plus de deux semaines à moins d'un mois après avoir consulté un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et 27 %, plus d'un mois à moins de trois mois après.

2.2.3 Délai associé au diagnostic : comparaisons régionales

Dans le regroupement des régions périurbaines sans centre de radiothérapie, la proportion de personnes ayant attendu deux semaines ou moins entre la première visite chez le médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic est supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement dans la région suivante (tableau 2.5) :

- Chaudière-Appalaches (48 % pour la région c. 43 % pour le regroupement).

Par contre, la région ci-dessous affiche une proportion inférieure à celle observée pour l'ensemble de ce regroupement :

- Lanaudière (39 % pour la région c. 43 % pour le regroupement).

3. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des femmes atteintes d'un cancer génital (33 %).

Tableau 2.4

Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	2 semaines ou moins	Plus de 2 semaines à un mois	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois
%				
Siège de cancer				
Colorectal	60,2	23,9	10,6	5,3 *
Génital féminin	43,5	32,6	15,2	8,8 *
Prostate	23,2	37,4	26,9	12,6
Hématopoïétique	55,2	27,3	12,1	5,4 *
Sein	43,3	32,6	18,3	5,8
Tête et cou	38,9	27,9	17,5	15,8
Broncho-pulmonaire	46,0	30,5	16,2	7,3 *
Autres types de cancer	47,7	26,8	17,6	7,9
Profil de traitement				
Chirurgie seulement	41,5	29,4	19,5	9,6
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	32,1	33,7	22,5	11,6
Chimiothérapie seulement	59,3	21,0	13,6	6,1 *
Chirurgie et chimiothérapie	52,5	29,2	12,2	6,1
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	35,7	34,4	20,7	9,2
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	52,3	30,1	12,0	5,7 *
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	50,6	28,8	15,0	5,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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 2.5

Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic selon la région sociosanitaire de résidence², Québec, 2013

	2 semaines ou moins	Plus de 2 semaines à un mois	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois
	%			
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie^a	44,9	29,3	17,6	8,3
Capitale-Nationale	45,4	29,5	17,5	7,6 *
Montréal	45,1	29,3	18,1	7,4
Montréal	44,3	29,0	17,1	9,6
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie^a	44,9	30,6	16,7	7,8
Bas-Saint-Laurent	47,5	28,0	16,0	8,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	45,1	30,3	16,4	8,2
Mauricie et Centre-du-Québec	47,0	29,5	17,0	6,5 *
Estrie	44,3	30,2	15,7	9,8
Outaouais	44,0	32,9	16,3	6,7 *
Laval	41,4	32,2	18,4	7,9
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie	43,2	30,7	18,4	7,7
Chaudière-Appalaches	48,2 (+)	30,4	15,8	5,5 * (-)
Lanaudière	38,5 (-)	33,3	19,2	9,0
Laurentides	43,2	28,7	19,8	8,3
Régions éloignées^a	43,2	29,8	16,8	10,3
Abitibi-Témiscamingue	45,9	29,0	14,0	11,1
Côte-Nord et Nord-du-Québec	43,7	28,5	20,5	7,4 *
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	39,4	32,0	16,5	12,0 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

(+) (-) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle observée pour le reste du regroupement, au seuil de 5 %.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Temps d'attente entre la première consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et l'annonce du diagnostic » et les variables « Régions de plus de 500 000 habitants », « Régions de moins de 500 000 habitants » et « Régions éloignées » sont non significatifs au seuil de 5 %.

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

2.3 Délai associé au traitement

Les trois principaux types de traitement du cancer sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Pour chaque personne atteinte du cancer, on établit un plan de traitement qui prend en considération le type de cancer, les caractéristiques du cancer, le stade de la maladie ainsi que la situation et la volonté de la personne. Il arrive parfois qu'un seul type de traitement ne soit pas suffisamment efficace et qu'on ait recours à une association de traitements afin de mieux maîtriser et traiter le cancer⁴.

En 2006, la Direction québécoise de cancérologie a déterminé que chaque établissement où se pratiquent des chirurgies oncologiques doit organiser ses activités de manière à ce que 90 % des personnes requérant une telle chirurgie pour un cancer suspecté ou confirmé soient opérées dans un délai de 28 jours ou moins (jours civils) et que 100 % de cette clientèle soit opérée dans un délai de 56 jours ou moins (civils)⁵. La signature de la requête opératoire par le chirurgien marque le point de départ pour l'évaluation du temps d'attente.

Les centres de radio-oncologie doivent, pour leur part, organiser leurs activités de manière à ce que 90 % de la clientèle requérant des traitements de radio-oncologie soit traitée à l'intérieur d'un délai de quatre semaines suivant la date où elle est déclarée médicalement prête et que 100 % de cette clientèle soit traitée à l'intérieur d'un délai de huit semaines suivant la date où elle est déclarée médicalement prête. Cette date est fixée de façon individuelle, pour chaque patient⁶.

Quant à la chimiothérapie, elle peut être administrée avant ou après une chirurgie ou en concomitance avec une radiothérapie. Ce traitement consiste à administrer

des médicaments pour détruire des cellules particulières (comme des cellules cancéreuses), des virus, des bactéries ou d'autres micro-organismes. Chez les femmes atteintes du cancer du sein, par exemple, la chimiothérapie a pour objet de détruire les cellules cancéreuses qui pourraient s'être propagées du sein vers d'autres parties du corps. Elle vise ainsi à réduire le risque de récurrence. Chez les hommes, par exemple, on a recours à la chimiothérapie dans le traitement du cancer de la prostate hormono-résistant⁷.

Les résultats présentés dans cette section portent sur le temps écoulé entre l'annonce du diagnostic et la réception d'un type de traitement donné (la première chirurgie, le premier traitement de chimiothérapie, le premier traitement de radiothérapie). Rappelons que l'évaluation du temps écoulé fait appel à la mémoire du patient ayant subi le type de traitement en cause et qu'elle repose sur l'intervalle de temps sélectionné par ce dernier.

À titre indicatif, dans les établissements, le point de départ du temps d'attente entre l'annonce du diagnostic et la réception du premier traitement prévu au plan de traitement est un acte médical ou l'état de santé du patient. Le délai est calculé en termes de jours s'étant écoulés entre les événements. Il est également utile de noter que les temps d'attente enregistrés auprès du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS⁸) quant à l'accès en chirurgie oncologique et à l'accès en radiothérapie, ont pour dénominateur les personnes en attente du traitement.

4. Source de l'information : Société canadienne du cancer, [En ligne]. [www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/treatment/?region=qc].
5. Source de l'information : ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/1ac610ca8f56b7d985257acd0065b321?OpenDocument>].
6. Source de l'information : ministère de la Santé et des Services sociaux [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=40c2b1eaa51a8d1217067dc335e7ee1b]
7. Sources de l'information : Vue sur le cancer.ca du Partenariat canadien contre le cancer, Société canadienne du cancer [www.cancerview.ca/cv/portal/Home/TreatmentAndSupport/TSPProfessionals/TSPSupportiveCare/PersonCentredCareToolkit?_afLoop=730043788294000&lang=fr&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=5pa63xc4d_4] et Fondation canadienne du cancer du sein [www.cbcb.org/fr-fr/central/AboutBreastCancerMain/Treatment/Chemo/Pages/default.aspx].
8. Banque de données du MSSS qui contient des renseignements personnels sur les patients qui sont en attente d'une intervention chirurgicale ou en radio-oncologie dans un centre hospitalier du Québec. La banque de données sert à des fins de gestion similaire à celle des listes d'attente dans tous les établissements afin d'offrir des soins de qualité et en temps opportun aux patients en attente d'une intervention chirurgicale oncologique ou en radio-oncologie. L'outil informatique SIMASS permet de suivre les indicateurs conçus pour analyser la performance de chaque centre par rapport à l'atteinte des cibles ministérielles d'accès en chirurgie oncologique et en radio-oncologie [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=ahWrUSSTSPs=&Source=/dlVmYIVYBQ=]. Cette banque ne tient pas compte des décès survenus durant l'attente ou après les traitements.

La proportion estimée de personnes ayant subi l'un ou l'autre des types de traitement un mois ou moins après l'annonce du diagnostic, par exemple, rapportée ainsi sur l'ensemble des personnes traitées, permet d'apprécier l'ampleur du phénomène⁹:

1. sur une période de 12 mois;
2. à l'égard de chacun des types de traitement;
3. selon le profil de traitement reçu;
4. selon le cancer diagnostiqué;
5. au niveau de la province ou d'une région donnée.

Chirurgie oncologique

En 2010, près d'une personne sur deux ayant subi une intervention chirurgicale en raison d'un cancer a été opérée au cours du mois suivant l'annonce du diagnostic

Parmi les personnes ayant subi une chirurgie curative pour retirer une ou plusieurs tumeurs liées à un cancer, tout près d'une sur deux (49 %) a été opérée un mois ou moins après l'établissement du diagnostic¹⁰ (figure 2.3). Un peu plus du tiers (35 %) l'ont été plus d'un mois à moins de trois mois après l'annonce de celui-ci. Environ 12 % des patients ont été opérés plus de trois mois à moins de six mois après le diagnostic et, enfin, 4,3 %, l'ont été plus de six mois plus tard.

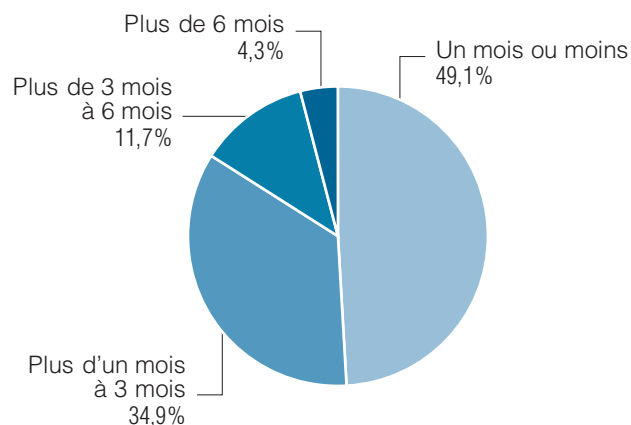
Chimiothérapie

En 2010, environ huit personnes sur dix ayant subi une chimiothérapie en raison d'un cancer ont débuté ce type de traitement dans les trois mois suivant l'annonce du diagnostic

Parmi les personnes ayant subi une chimiothérapie, 45 % ont reçu leur premier traitement un mois ou moins suivant l'annonce du diagnostic et 38 %, plus d'un mois à moins de trois mois après ce dernier. Des proportions moindres de patients déclarent avoir reçu leurs premiers traitements de chimiothérapie plus de trois mois à moins de six mois après le diagnostic (12 % des cas), ou plus de six mois plus tard (5 % des cas) (figure 2.4).

Figure 2.3

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une chirurgie oncologique entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie, Québec, 2013

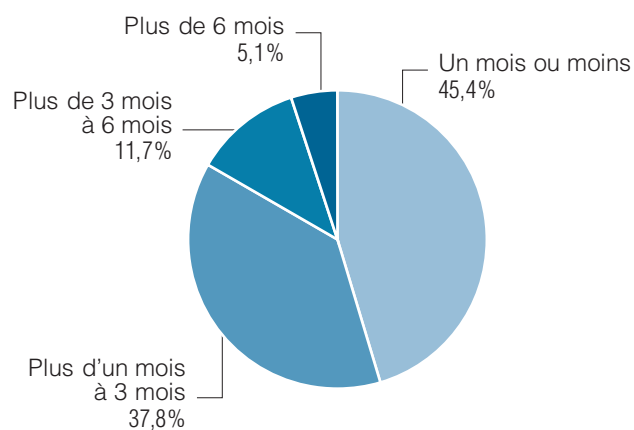


1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

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

Figure 2.4

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une chimiothérapie entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie, Québec, 2013



1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

9. À l'exclusion des personnes décédées.

10. Le délai, tel que mesuré, ne prend pas en compte le temps s'étant écoulé dans la situation inverse, c'est-à-dire lorsque le diagnostic est annoncé au patient après que ce dernier ait subi une chirurgie pour enlever une ou des tumeurs liées au cancer.

Radiothérapie

En 2010, près de trois personnes sur cinq ayant subi une radiothérapie en raison du cancer ont commencé ce type de traitement dans les trois mois suivant l'annonce du diagnostic

D'après l'enquête, au-delà de la majorité des personnes ayant subi une radiothérapie (ou une curiethérapie) en 2010 ont commencé leur traitement dans les trois mois suivant l'annonce du diagnostic (58 %) (figure 2.5). Plus précisément, environ 25 % l'ont amorcé un mois ou moins après leur diagnostic et 33 %, plus d'un mois à moins de trois mois après celui-ci. Pour environ une personne sur cinq ce type de traitement a commencé soit plus de trois mois à moins de six mois après le diagnostic, soit plus de six mois après celui-ci (21 %, respectivement).

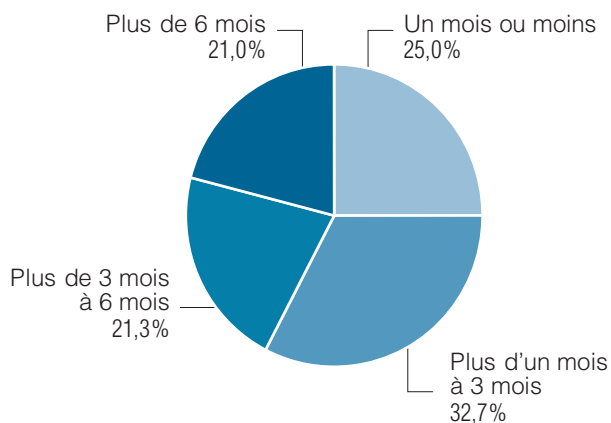
2.3.1 Délai associé au traitement : état de la situation en 2005-2006

Environ 31 %¹¹ des personnes traitées entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 ont entrepris leur premier traitement un mois ou moins après l'annonce du diagnostic (tableau 2.6). Cette intervention pouvait tout aussi bien être une chirurgie qu'une chimiothérapie ou une radiothérapie (curiethérapie). Il est entendu que les plans de traitement pour soigner un cancer sont multiples et que le plan proposé à un patient dépend étroitement du type de cancer et de son stade de progression.

Parce que la chirurgie oncologique est le type de traitement auquel on a le plus fréquemment recours pour soigner un cancer, on pourrait croire que la situation s'est améliorée entre les cycles de l'enquête. En effet, en 2010, environ 49 % des patients ont subi une chirurgie oncologique un mois ou moins après l'annonce du diagnostic. Toutefois, à l'exemple de tous les résultats concernant les délais, il est nécessaire d'interpréter la situation avec précaution puisque la façon d'évaluer l'expérience vécue en 2005-2006 diffère de celle utilisée pour évaluer l'expérience vécue en 2010¹².

Figure 2.5

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une radiothérapie (ou une curiethérapie) entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie (ou de curiethérapie), Québec, 2013



1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

11. Précisons qu'un taux de non-réponse partielle élevé (17 %) est associé à cette mesure et que l'analyse de celle-ci révèle que les personnes visées par cette enquête de sexe masculin, de 65 ans et plus, soignée pour un cancer de la prostate ou un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer », ayant subi une chirurgie ou une radiothérapie, ont eu tendance à ne pas répondre à cette question. L'analyse indique cependant que ce biais a une incidence négligeable sur les estimations obtenues (Dubé, Côté et autres, 2010, p. 61).

12. Rappelons qu'en 2008, le patient devait fournir la date de l'événement et qu'en 2013, le patient devait choisir l'intervalle de temps correspondant le mieux à l'expérience vécue.

Tableau 2.6

Temps d'attente déclaré par les patients¹ entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement subi pour soigner le cancer diagnostiqué selon le siège de cancer, Québec, 2008

	Un mois ou moins	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois à 6 mois	Plus de 6 mois
	%			
Colorectal	42,7	45,2	9,7	2,3**
Génital féminin	38,3	47,9	10,0*	3,8**
Prostate	11,0	34,9	34,2	19,8
Hématopoiétique	45,2	35,0	10,2	9,7*
Sein	30,6	54,0	10,2	5,3*
Tête et cou	31,6	44,3	19,0	5,1**
Broncho-pulmonaire	18,4	52,3	21,4	7,9*
Autres types de cancer	36,3	40,9	14,0	8,8*
Ensemble	31,2	45,0	15,6	8,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** 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 subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} mars 2005 et le 31 avril 2006.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008*.

2.3.2 Délai associé au traitement selon le siège de cancer et le profil de traitement

Chirurgie oncologique

Chez les personnes ayant subi une chirurgie, la proportion de celles opérées dans un court laps de temps après l'annonce du diagnostic, soit un mois ou moins, est plus élevée dans les groupes suivants (tableau 2.7) :

- les personnes atteintes d'un cancer colorectal (59 %) ;
- les personnes atteintes d'un cancer hématopoiétique (75 %) ;
- les personnes ayant subi une chirurgie et une chimiothérapie (63 %).

À l'opposé, cette proportion est moins élevée au dans les groupes suivants :

- les hommes atteints du cancer de la prostate (27 %) ;
- les personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (40 %) ;
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (45 %) ;
- les personnes ayant subi une chirurgie et une radiothérapie (ou curiethérapie) (45 %).

Les hommes atteints du cancer de la prostate sont plus nombreux, en proportion, à avoir subi leur chirurgie dans un délai plus long : 46 %¹³ l'ont subie plus d'un mois à moins de trois mois après le diagnostic et 21 %, plus de trois mois à moins de six mois après celui-ci. Une situation sans doute justifiée par la nature et la progression plutôt lente de ce cancer.

13. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (41 %).

Tableau 2.7

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une chirurgie oncologique entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	Un mois ou moins	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois à 6 mois	Plus de 6 mois
	%			
Siège de cancer				
Colorectal	59,3	25,3	12,3	3,0*
Génital féminin	50,2	36,3	12,2 *	1,4**
Prostate	27,0	45,8	20,6	6,6
Hématopoïétique	74,8	17,7 *	4,0 **	3,5
Sein	51,7	34,0	9,6	4,8
Tête et cou	48,8	33,3	11,2	6,7*
Broncho-pulmonaire	39,6	40,7	14,8	4,9*
Autres types de cancer	48,3	38,0	10,1	3,6
Profil de traitement				
Chirurgie seulement	45,1	38,9	12,0	4,0
Chirurgie et chimiothérapie	62,6	25,6	7,7	4,0*
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	45,1	40,9	11,3	2,7*
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	51,3	27,5	14,3	6,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** 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 subi 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.

Chimiothérapie

Chez les personnes ayant subi une chimiothérapie, la proportion de celles ayant commencé leur traitement dans un court intervalle de temps après l'annonce du diagnostic (soit un mois ou moins) est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 2.8) :

- les personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (72 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie seulement (73 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (68 %).

Par contre, la proportion de personnes traitées dans ce court intervalle de temps est moins élevée parmi les groupes suivants :

- les femmes atteintes du cancer du sein (31 %) ¹⁴;
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitements (33 %).

Les femmes atteintes du cancer du sein et les personnes atteintes d'un cancer colorectal sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi leur premier traitement de chimiothérapie plus d'un mois à moins de trois mois après l'annonce du diagnostic (48 %, femmes atteintes du cancer du sein et 47 % ¹⁵, personnes atteintes d'un cancer colorectal) (tableau 2.8). Une situation sans doute justifiée par les protocoles utilisés pour traiter ces types de cancer.

Tableau 2.8

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une chimiothérapie entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	Un mois ou moins	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois à 6 mois	Plus de 6 mois
%				
Siège de cancer				
Colorectal	35,8	47,4	13,5	3,3 *
Génital féminin	55,5	36,7	x	x
Prostate	50,2	24,0 *	11,7 **	14,1 **
Hématopoïétique	71,8	17,0	5,0 *	6,2 *
Sein	31,4	48,2	16,7	3,8 *
Tête et cou	41,3	42,1	7,2 **	9,4 **
Broncho-pulmonaire	49,9	31,7	13,9 *	4,5 **
Autres types de cancer	49,4	32,8	10,4 *	7,4 *
Profil de traitement				
Chimiothérapie seulement	73,3	15,6	5,4 *	5,7 *
Chirurgie et chimiothérapie	42,3	40,1	12,4	5,2
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	67,6	25,8	3,5 *	3,0 **
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	32,5	40,7	15,5	5,3

x Données confidentielles

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** 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 subi 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*.

14. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un cancer colorectal (36 %).

15. Ces proportions se distinguent de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un cancer situé à la tête ou au cou (42 %).

Radiothérapie

Chez les personnes ayant subi une radiothérapie (curiethérapie), la proportion de celles ayant commencé ce type de traitement un mois ou moins après l'annonce du diagnostic est plus élevée parmi les groupes suivants (tableau 2.9) :

- les personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (51 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (47 %).

À l'opposé, elle est moins élevée au sein des groupes suivants :

- les femmes atteintes du cancer du sein (13 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie et une radiothérapie (21 %);
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (19 %).

Cette fois encore, l'enquête montre que les femmes atteintes du cancer du sein figurent parmi les groupes de personnes ayant commencé leur radiothérapie (curiethérapie) dans des délais plus longs, soit plus de trois mois à moins de six mois après l'annonce du diagnostic (28 %¹⁶) ou plus de six mois après (31 %). Rappelons à cet égard que les plans de traitement sont conçus de façon à répondre aux besoins uniques de chaque personne et que le traitement de certains types de cancer, comme celui du sein, sont généralement précédés d'une chirurgie et dans certains cas, d'une chimiothérapie.

Tableau 2.9

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie (curiethérapie) selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	Un mois ou moins	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois à 6 mois	Plus de 6 mois
	%			
Siège de cancer				
Colorectal	35,8	41,3	15,3 *	7,6 *
Génital féminin	29,5	40,9	14,9 *	14,6 *
Prostate	28,9	37,8	16,4	16,9
Hématopoïétique	36,8	24,6	20,4 *	18,2 *
Sein	13,2	28,4	27,6	30,8
Tête et cou	35,2	39,5	15,7	9,6 *
Broncho-pulmonaire	51,2	27,9	14,4 *	6,5 **
Autres types de cancer	38,6	33,0	15,5 *	12,9 *
Profil de traitement				
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	38,6	40,0	16,4	5,0 *
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	20,5	42,3	25,1	12,1
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	47,5	27,4	13,6	11,5 *
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	18,8	22,0	21,3	37,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** 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 subi 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*.

16. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (20 %).

2.3.3 Délai associé au traitement : comparaisons régionales

Chirurgie oncologique

Parmi les régions comptant plus de 500 000 habitants, celle de la Capitale-Nationale affiche la proportion la plus élevée de personnes opérées un mois ou moins après l'annonce du diagnostic et celle de Montréal, la proportion la moins élevée

Dans le regroupement de régions de 500 000 habitants ou plus avec centre de radiothérapie, la proportion estimée de personnes opérées un mois ou moins après le diagnostic est plus élevée que celle observée pour l'ensemble du regroupement dans la région suivante (tableau 2.10) :

- Capitale-Nationale (52 % pour la région c. 45 % pour le regroupement).

Cette proportion est par contre moins élevée que celle observée pour l'ensemble du regroupement dans la région suivante :

- Montréal (38 % pour la région c. 45 % pour le regroupement).

En ce qui concerne l'expérience des résidents de la région de Montréal, l'enquête montre qu'ils vivent une situation légèrement moins favorable que ceux des autres régions puisque la proportion de personnes ayant subi une chirurgie oncologique plus d'un mois à moins de trois mois après le diagnostic y est plus élevée que celle observée pour l'ensemble du regroupement auquel elle appartient (40 % pour la région c. 37 % pour le regroupement). Le même constat s'applique à l'égard des personnes ayant subi une chirurgie oncologique plus de trois mois à moins six mois après le diagnostic (16 % pour la région c. 14 % pour le regroupement).

Dans le regroupement des régions de moins de 500 000 habitants avec centre de radiothérapie, la proportion estimée de personnes opérées dans un court intervalle de temps, soit un mois ou moins après le diagnostic, est supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement dans les régions suivantes (tableau 2.14) :

- Saguenay-Lac-St-Jean (62 % pour la région c. 55 % pour le regroupement) ;
- Mauricie et du Centre-du-Québec (62 % pour la région c. 55 % pour le regroupement).

À l'opposé, la région ci-dessous affiche une proportion de personnes opérées un mois ou moins après le diagnostic inférieure à celle du regroupement auquel elle est comparée :

- Estrie (48 % pour la région c. 55 % pour le regroupement).

À l'égard de la région de l'Estrie, l'enquête montre par ailleurs que la proportion de ses résidents opérés plus de trois mois à moins de six mois après le diagnostic est plus élevée que la proportion observée pour l'ensemble du regroupement (12 % pour la région c. 9 % pour le regroupement).

Chimiothérapie

Parmi les régions de 500 000 habitants ou moins, celle de l'Outaouais affiche la proportion la moins élevée de personnes ayant reçu leur premier traitement de chimiothérapie un mois ou moins après l'annonce du diagnostic

Dans le regroupement des régions de moins de 500 000 habitants avec centre de radiothérapie, on note que la proportion de personnes ayant subi leur premier traitement de chimiothérapie un mois ou moins après l'annonce du diagnostic est plus élevée que celle observée pour l'ensemble du regroupement dans la région suivante (tableau 2.11) :

- Mauricie et Centre-du-Québec (56 % pour la région c. 49 % pour le regroupement).

Cette proportion est toutefois moins élevée que celle du regroupement dans la région suivante :

- Outaouais (36 % pour la région c. 49 % pour le regroupement).

Dans la région de l'Outaouais¹⁷, une proportion de personnes supérieure à celle du regroupement ont subi leur premier traitement de chimiothérapie dans un délai de plus de trois mois à moins de six mois après l'annonce du diagnostic (16 % pour la région c. 10 % pour le regroupement).

17. Rappelons que l'enquête ne prend pas en compte les soins et les services reçus en dehors du Québec.

Tableau 2.10

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une chirurgie oncologique entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie selon la région sociosanitaire de résidence², Québec, 2013

	Un mois ou moins	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois à 6 mois	Plus de 6 mois
	%			
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	44,6	36,7	13,8	4,9
Capitale-Nationale	52,1 (+)	36,0	7,8 (–)	4,1 *
Montréal	38,3 (–)	39,7 (+)	16,4 (+)	5,6
Montréal	47,7	33,8	14,0	4,5 *
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	54,7	32,9	8,7	3,8
Bas-Saint-Laurent	51,9	34,8	10,3	3,1 **
Saguenay–Lac-Saint-Jean	61,9 (+)	27,7 (–)	6,8 *	3,5 *
Mauricie et Centre-du-Québec	61,6 (+)	29,3 (–)	6,9 *	2,2 ** (–)
Estrie	47,5 (–)	36,2	11,5 (+)	4,9 *
Outaouais	51,9	34,0	8,5 *	5,6 *
Laval	50,2	36,6	9,2	4,1 *
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie^a	52,1	33,1	10,8	4,0
Chaudière-Appalaches	53,3	35,6	8,9 *	2,3 **
Lanaudière	51,5	30,7	12,6	5,2 *
Laurentides	51,7	33,2	10,7	4,4 *
Régions éloignées^a	54,1	34,3	8,9	2,6 *
Abitibi-Témiscamingue	58,6	31,1	7,1 *	3,2 **
Côte-Nord et Nord-du-Québec	50,0	37,3	10,3 *	2,4 **
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	52,6	35,4	9,9 *	2,1 **

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

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

(+) (–) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle observée pour le reste du regroupement, au seuil de 5 %.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Temps d'attente entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie oncologique » et les variables « Régions périurbaines » et « Régions éloignées » sont non significatifs au seuil de 5 %.

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

Tableau 2.11

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une chimiothérapie entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie selon la région sociosanitaire de résidence², Québec, 2013

	Un mois ou moins	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois à 6 mois	Plus de 6 mois
	%			
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie^a	45,2	36,7	12,3	5,8
Capitale-Nationale	47,6	38,5	9,4 *	4,5 **
Montréal	43,6	34,9	14,2	7,3 *
Montréal	45,9	37,8	11,5	4,8 *
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	48,7	36,9	10,4	4,0
Bas-Saint-Laurent	49,6	40,1	8,1 *	2,2 **
Saguenay-Lac-Saint-Jean	47,6	39,8	9,4 *	3,2 **
Mauricie et Centre-du-Québec	56,3 (+)	30,4 (–)	8,6 *	4,7 **
Estrie	53,3	35,5	8,7 *	2,5 **
Outaouais	35,7 (–)	42,6	16,1 (+)	5,6 **
Laval	47,1	36,6	11,2 *	5,0 **
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie^a	42,3	40,2	12,8	4,7 *
Chaudière-Appalaches	44,4	35,4	15,8	4,4 **
Lanaudière	44,7	40,6	10,5 *	4,3 **
Laurentides	38,2	43,8	12,6 *	5,4 **
Régions éloignées^a	41,9	45,9	8,5 *	3,7 *
Abitibi-Témiscamingue	37,7	52,5	6,8 **	3,0 **
Côte-Nord et Nord-du-Québec	45,6	40,9	8,3 **	5,1 **
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	44,3	41,6	x	x

x Données confidentielles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

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

(+) (–) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle que l'on observe pour l'ensemble du regroupement, au seuil de 5 %.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Temps d'attente entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie » et les variables « Régions de plus de 500 000 habitants », « Région périurbaines » et « Régions éloignées » sont non significatifs au seuil de 5 %.

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

Radiothérapie (curiethérapie)

Parmi les régions de 500 000 habitants ou moins, celle du Saguenay–Lac-Saint-Jean et celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec affichent les proportions les plus élevées de personnes ayant reçu leur premier traitement de radiothérapie (ou curiethérapie) un mois ou moins après l'annonce du diagnostic et celle de Laval, la proportion la moins élevée

Dans le regroupement des régions de moins de 500 000 habitants avec centre de radiothérapie, la proportion estimée de personnes ayant subi leur premier traitement de radiothérapie (ou de curiethérapie) un mois ou moins après le diagnostic est supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement dans les régions suivantes (tableau 2.12) :

- Saguenay–Lac-Saint-Jean (39 % pour la région c. 31 % pour le regroupement) ;
- Mauricie et du Centre-du-Québec (38 % pour la région c. 31 % pour le regroupement).

Les régions ci-dessous affichent par contre une proportion estimée de personnes dans cette situation inférieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement :

- Laval (17 % pour la région c. 31 % pour le regroupement).

En ce qui concerne la région de l'Outaouais, elle affiche une proportion estimée de personnes ayant subi leur premier traitement de radiothérapie (ou curiethérapie) plus de six mois après le diagnostic plus élevée que celle du regroupement (24 % pour la région c. 17 % pour le regroupement).

Quant à la région de Laval, elle affiche une proportion de personnes ayant subi leur premier traitement de radiothérapie (ou curiethérapie) plus de trois mois à moins de six mois, plus élevée que celle du regroupement (27 % pour la région c. 20 % pour le regroupement)¹⁸.

Du côté du regroupement des régions périurbaines sans centre de radiothérapie, la région de Chaudière-Appalaches présente une proportion de personnes ayant subi leur premier traitement de radiothérapie (curiethérapie) plus d'un mois à moins de trois mois après l'annonce du diagnostic supérieure à celle du regroupement (39 % pour la région c. 33 % pour le regroupement) et une proportion moins élevée que celle du regroupement quant à la proportion de résidents traités plus de six mois après le diagnostic (14 %* pour la région c. 21 % pour le regroupement) (tableau 2.12).

18. À propos des résidents de la région sociosanitaire de Laval, il est à noter que les premiers patients en radiothérapie ont été traités au Centre intégré de cancérologie de Laval en février 2012.

Tableau 2.12

Temps d'attente déclaré par les patients¹ ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie (curiethérapie) selon la région sociosanitaire de résidence², Québec, 2013

	Un mois ou moins	Plus d'un mois à 3 mois	Plus de 3 mois à 6 mois	Plus de 6 mois
	%			
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	22,9	32,0	21,3	23,8
Capitale-Nationale	28,1	36,0	21,3	14,6 (–)
Montréal	21,3	29,9	23,3	25,4
Montréal	22,2	32,5	18,8	26,5
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	30,8	32,8	19,8	16,7
Bas-Saint-Laurent	29,2	35,9	17,1	17,7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	39,4 (+)	31,8	16,4	12,3 (–)
Mauricie et Centre-du-Québec	37,9 (+)	35,5	16,2	10,4 * (–)
Estrie	32,2	28,2	21,5	18,1
Outaouais	25,3	29,5	21,2	24,0 (+)
Laval	17,4 (–)	35,2	26,9 (+)	20,5
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie	22,8	33,1	23,5	20,6
Chaudière-Appalaches	26,6	38,7 (+)	21,1	13,6 * (–)
Lanaudière	23,4	32,9	21,1	22,6
Laurentides	19,1	28,9	27,6	24,4
Régions éloignées^a	24,0	37,1	21,3	17,7
Abitibi-Témiscamingue	21,0	36,8	21,3	20,8
Côte-Nord et Nord-du-Québec	21,9 *	41,7	22,2 *	14,2 *
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	29,2	33,3	20,3 *	17,2 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

(+) (–) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle que l'on observe pour l'ensemble du regroupement, au seuil de 5 %.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Le test global du khi-deux entre la variable « Temps d'attente entre l'annonce du diagnostic et le premier traitement de radiothérapie » et la variable « Régions éloignées » est non significatif au seuil de 5 %.

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

3

L'IPO ET LE *PASSEPORT EN ONCOLOGIE*

Au début des années 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux a instauré le rôle de l'infirmière pivot en oncologie (IPO) dans l'intention d'offrir aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches l'accès constant à une professionnelle de la santé spécialement formée pour répondre à leurs besoins (MSSS, 2008a).

L'infirmière pivot est l'agent principal de l'approche personnalisée, centrée sur le patient, préconisée par le PQLC. Le Centre universitaire de santé McGill en cancérologie la décrit en ces termes : « Dès l'annonce du diagnostic, elle institue un partenariat dynamique entre le patient, sa famille, l'équipe interdisciplinaire soignante, les divers services de santé (hôpitaux, CRSSS, organismes communautaires) et voit à ce que ce « front commun contre le cancer » se poursuive jusqu'à terme. »¹.

En mars 2005, on a procédé à la consolidation du modèle des infirmières pivots en oncologie et à la formation de 84 infirmières. Leur nombre est passé de 167 en 2006-2007 à 230 en 2009-2010. Au 31 mars 2011, environ 250 IPO œuvraient auprès des personnes atteintes de cancer (MSSS, 2013a).

Le *Passeport en oncologie* est un outil destiné à servir d'aide-mémoire et de guide tout au long des différentes étapes du parcours thérapeutique du patient (MSSS, 2008). Promouvoir l'utilisation du passeport auprès des patients et des intervenants est l'une des actions mises de l'avant en vue de soutenir la participation active du patient dans son parcours thérapeutique² (MSSS, 2013a). Cet outil est disponible depuis 2008.

Que nous apprennent les personnes traitées pour un cancer en 2010 sur ces sujets ?

1. Source de l'information : Centre universitaire de santé McGill, [En ligne]. [<http://cusm.ca/cancer>]. Pour plus de détails sur le rôle de l'infirmière pivot en oncologie, le lecteur est invité à consulter le document préparé par le Comité consultatif des infirmières en oncologie pour la Direction québécoise de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2008a).

2. Source de l'information : MSSS, 2012b, Plan d'action en cancérologie 2013-2015, p. 6, Objectif 1.2, action 5.

3.1 L'assignation d'une infirmière pivot en oncologie

En 2010, 59 % des personnes traitées pour un cancer ont bénéficié de l'assistance d'une infirmière pivot en oncologie; 29 % d'entre elles ont obtenu cette assistance dès l'annonce du diagnostic

Aux fins de l'enquête, l'infirmière pivot est « une infirmière spécialisée dans les soins et les services à apporter aux personnes atteintes de cancer et à leur famille. Son rôle est de les soutenir eux et leurs proches, d'évaluer leurs ressources et leurs besoins, de les informer et de coordonner les soins et les services dont ils ont besoin tout au long de leur maladie ». Près de trois personnes sur cinq (59 %) traitées pour un cancer en 2010 reconnaissent, en s'appuyant sur cette définition, avoir obtenu l'assistance d'une infirmière pivot en oncologie.

Parmi ces personnes, 29 % ont reçu cette assistance dès l'annonce du diagnostic. Cependant, dans la majorité des cas, soit 57 %, l'assignation s'est plutôt faite au moment d'entreprendre un traitement. Par ailleurs, environ 14 % des personnes déclarent qu'une infirmière pivot leur a été affectée à une autre occasion (tableau 3.1). L'enquête montre que la proportion de personnes à qui une infirmière pivot a été assignée au moment du traitement est plus élevée au sein du groupe suivant :

- les personnes ayant subi une chirurgie et une chimiothérapie (69 %).

Par contre, elle est moins élevée chez le groupe suivant :

- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (45 %).

Tableau 3.1

Moment de l'assignation de l'infirmière pivot en oncologie selon le profil de traitement des patients¹, Québec, 2013

	Au moment du diagnostic	Au moment du traitement	Autre moment
	%		
Chirurgie seulement	28,1	45,3	26,6
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	28,3	54,9	16,8
Chimiothérapie seulement	30,6	57,1	12,2
Chirurgie et chimiothérapie	21,6	68,8	9,6
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	35,7	51,3	13,0
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	37,1	53,3	9,6*
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	28,5	58,9	12,6
Ensemble	29,1	56,5	14,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

3.1.1 L'assignation d'une IPO : état de la situation en 2005-2006

En 2005-2006, le rôle de l'infirmière pivot en oncologie (IPO) était moins connu de la population atteinte du cancer. À cette époque, le domaine de la cancérologie comptait peu de ces professionnelles formées en oncologie et on soulignait l'importance de les intégrer dans les équipes interdisciplinaires (MSSS, 2008a). En raison de la nouveauté de ce type de professionnel, l'accès à une IPO a été étudié dans l'EQLCC de 2008 à partir de plusieurs questions³. L'étude de G. Neill (2010), portant sur les premiers résultats de l'enquête, montre que 20 % des patients traités en 2005-2006 ont eu accès à une infirmière pivot.

Depuis ce temps le rôle de ces professionnelles dans les équipes interdisciplinaires s'est précisé et a évolué. Le rôle de l'IPO étant mieux connu des patients, dans l'EQLCC de 2013, l'assignation d'une IPO et le moment où l'événement s'est produit ont été estimés à partir d'une seule question, comprenant deux volets⁴. Il ressort qu'une proportion appréciable des patients traités en 2010, soit près de 60 %, déclarent qu'on leur a assigné une IPO

et cela au moment d'entreprendre un type de traitement nécessitant un suivi comme une radiothérapie (incluant la curiethérapie) ou une chimiothérapie, par exemple.

La proportion de personnes traitées à qui on a affecté une infirmière pivot a-t-elle changé depuis 2005-2006 ? L'assignation de l'IPO ayant été mesurée différemment en 2008 et en 2013, on ne peut vérifier, sur le plan statistique, si l'écart de 40 % observé ci-dessus représente une augmentation significative de la situation entre les deux temps d'enquête. Le changement pourrait vraisemblablement découler des faits suivants : une meilleure connaissance du rôle de l'IPO par les patients, l'évolution du nombre d'IPO dans le temps⁵, les proportions non négligeables de patients ayant bénéficié des services d'une IPO (voir le point 3.1.2).

En 2008, lorsque l'on a demandé aux patients d'identifier la personne responsable d'organiser leurs rendez-vous ou de transférer leur dossier médical⁶, environ 33 % des personnes traitées en 2005-2006 désignaient déjà l'IPO à partir d'une partie de ses fonctions. En 2013, une proportion similaire, soit 31 % des personnes traitées en 2010, désignent dans la liste des personnes suggérées cette professionnelle comme la personne responsable de ces activités (tableau 3.2).

Tableau 3.2

Professionnel de la santé ou membre du personnel administratif responsable d'organiser les rendez-vous et de transférer le dossier médical au besoin tel qu'identifié par les patients¹, Québec, 2008 et 2013

	2005-2006	2010
	%	
Une infirmière pivot en oncologie	33,4	30,6
Autre professionnel de la santé	13,9	11,0
Membre du personnel administratif	22,8	22,7
Un médecin	8,2	21,1
Aucune personne responsable	21,7	14,6

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 (EQLCC, 2008) ou entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 (EQLCC, 2013).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008 et 2013*.

3. Pour plus de détails, voir les questions B9, B13, B14, B19 et C28 du questionnaire de 2008.

4. Questions B17a « Est-ce qu'une infirmière pivot en oncologie vous a été assignée pour vous accompagner tout au long de votre maladie ? » et B17b « À quel moment vous a-t-on mis en contact avec une infirmière pivot en oncologie ? ».

5. Le nombre d'IPO est passé de 167 (127 postes équivalents temps complet [ETC]) en 2006-2007 à 252 (224 postes ETC) en 2010-2011).

6. Questions B19 du questionnaire de 2008 et B27 du questionnaire de 2013.

3.1.2 L'assignation d'une IPO selon le siège de cancer et le profil de traitement

La proportion de personnes à qui on a assigné une infirmière pivot en oncologie diffère selon le siège du cancer et le profil de traitement. En effet, elle est plus élevée parmi les groupes suivants (tableau 3.3) :

- les personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (83 %);
- les femmes atteintes du cancer du sein (80 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie seulement (83 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie et une chimiothérapie (84 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (89 %);
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (90 %).

À l'opposé, cette proportion est moins élevée au sein des groupes suivants :

- les hommes atteints du cancer de la prostate (39 %);
- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (32 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (27 %).

Tableau 3.3

Assignation d'une infirmière pivot en oncologie selon le siège de cancer et le profil de traitement des patients¹, Québec, 2013

	%
Siège de cancer	
Colorectal	70,9
Génital féminin	61,0
Prostate	39,2
Hématopoïétique	82,7
Sein	79,6
Tête et cou	51,7
Broncho-pulmonaire	67,4
Autres types de cancer	31,9
Profil de traitement	
Chirurgie seulement	26,5
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	54,6
Chimiothérapie seulement	83,0
Chirurgie et chimiothérapie	83,8
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	60,8
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	88,9
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	90,0

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

3.1.3 L'assignation d'une IPO : comparaisons régionales

Parmi les régions de 500 000 habitants et plus avec centre de radiothérapie, la proportion estimée de personnes à qui on a assigné une IPO est supérieure à celle observée pour l'ensemble de ce regroupement dans la région suivante (tableau 3.4) :

- Capitale-Nationale (63 % pour la région c. 57 % pour le regroupement).

Par contre, cette proportion est légèrement moins élevée que celle observée pour l'ensemble du regroupement dans la région suivante :

- Montréal (54 % pour la région c. 57 % pour le regroupement).

Du côté des régions de moins de 500 000 habitants avec centre de radiothérapie, la proportion de personnes à qui on a assigné une IPO est supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement dans les régions suivantes :

- Saguenay–Lac-Saint-Jean (66 % pour la région c. 62 % pour le regroupement) ;
- Mauricie et du Centre-du-Québec (66 % pour la région c. 62 % pour le regroupement).

À l'inverse, la proportion de personnes dans cette situation est moins élevée que celle du regroupement dans la région suivante :

- Laval (57 % pour la région c. 62 % pour le regroupement).

Dans le regroupement des régions éloignées, la proportion de personnes à qui on a affecté une infirmière pivot est légèrement plus élevée que celle observée pour l'ensemble de ce regroupement dans la région suivante (tableau 3.4) :

- Abitibi-Témiscamingue (69 % pour la région c. 64 % pour le regroupement).

Par contre, la proportion de personnes dans cette situation est moindre que celle du regroupement au sein des régions suivantes, réunies :

- Côte-Nord et Nord-du-Québec (59 % pour les régions réunies c. 64 % pour le regroupement).

Tableau 3.4

Assignation d'une infirmière pivot en oncologie selon la région sociosanitaire de résidence des patients^{1,2}, Québec, 2013

	%
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	57,0
Capitale-Nationale	63,2 (+)
Montréal	53,8 (-)
Montréal	57,2
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	61,7
Bas-Saint-Laurent	61,2
Saguenay–Lac-Saint-Jean	66,0 (+)
Mauricie et Centre-du-Québec	65,6 (+)
Estrie	60,3
Outaouais	59,4
Laval	56,8 (-)
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie^a	57,5
Chaudière-Appalaches	56,3
Lanaudière	59,2
Laurentides	57,1
Régions éloignées	64,4
Abitibi-Témiscamingue	69,3 (+)
Côte-Nord et Nord-du-Québec	59,2 (-)
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	63,7

(+) (-) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle observée pour le reste du regroupement, au seuil de 5 %.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Le test global du khi-deux entre la variable « Assignation d'une infirmière pivot » et la variable « Régions périurbaines » est non significatif au seuil de 5 %.

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

3.2 La réception du *Passeport en oncologie*

*Un peu plus de deux personnes sur cinq traitées en 2010 ont reçu le *Passeport en oncologie**

En ne tenant pas compte de la proportion de personnes qui ne se souviennent pas l'avoir reçu (18 %), les données indiquent qu'environ 43 % des personnes traitées pour un cancer en 2010 ont reçu le *Passeport en oncologie* (données non illustrées). Près des deux tiers (63 %) de celles l'ayant reçu l'ont « tout à fait » utilisé, 29 % l'ont « en partie » utilisé et 8 % ne l'ont pas utilisé. L'enquête laisse également entendre que l'utilisation du passeport ne diffère pas selon le siège de cancer ou le profil de traitement.

3.2.1 La réception du passeport selon le siège de cancer et le profil de traitement

La proportion de personnes ayant reçu le *Passeport en oncologie* est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 3.5) :

- les personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (72 %);
- les femmes atteintes du cancer du sein (60 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (74 %);
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (74 %⁵).

À l'opposé, cette proportion est moins élevée au sein des groupes suivants :

- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (17 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (12 %).

Tableau 3.5

Proportion de patients¹ ayant reçu le *Passeport en oncologie* selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	%
Siège de cancer	
Colorectal	47,9
Génital féminin	47,9
Prostate	33,1
Hématopoïétique	71,9
Sein	59,6
Tête et cou	30,8
Broncho-pulmonaire	47,1
Autres types de cancer	17,5
Profil de traitement	
Chirurgie seulement	12,1
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	37,8
Chimiothérapie seulement	71,2
Chirurgie et chimiothérapie	67,4
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	35,2
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	74,0
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	74,4

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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. Sont exclus du dénominateur, les patients ne se souvenant pas avoir reçu le passeport.

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

7. Ces proportions se distinguent de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi une chimiothérapie seulement (71 %).

3.2.2 La réception du passeport : comparaisons régionales

Comme on peut le voir au tableau 3.6, aucune des proportions estimées de personnes ayant reçu le *Passeport en oncologie* observées du côté des régions ne se distingue de celle observée pour l'ensemble du regroupement auquel elle est comparée.

Tableau 3.6

Proportion de patients¹ ayant reçu un *Passeport en oncologie* selon la région sociosanitaire de résidence², Québec, 2013

	%
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie^a	34,6
Capitale-Nationale	36,4
Montréal	32,0
Montréal	36,6
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie^a	33,0
Bas-Saint-Laurent	36,8
Saguenay–Lac-Saint-Jean	34,9
Mauricie et Centre-du-Québec	31,3
Estrie	32,3
Outaouais	27,8
Laval	36,8
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie^a	37,7
Chaudière-Appalaches	35,6
Lanaudière	40,7
Laurentides	36,7
Régions éloignées^a	38,2
Abitibi-Témiscamingue	40,0
Côte-Nord et Nord-du-Québec	36,6
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	37,5

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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. Sont exclus du dénominateur, les patients ne se souvenant pas avoir reçu un passeport.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Réception d'un passeport en oncologie » et les variables « Région de plus de 500 000 habitants », « Régions de moins de 500 000 habitants », « Régions périurbaines » et « Régions éloignées » sont non significatifs au seuil de 5 %.

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

4

LE SUIVI MÉDICAL APRÈS LA FIN DES TRAITEMENTS

Une fois l'ensemble de leurs traitements terminés, les patients font l'objet d'un suivi médical afin de surveiller l'évolution de leur état de santé. À cette étape de leur parcours, il importe que les personnes atteintes du cancer puissent disposer d'information concernant les signes et les symptômes à surveiller concernant leur maladie ou une éventuelle récurrence. Des facteurs comme le type de cancer, son stade, les traitements reçus, l'état de santé général du patient ou le professionnel impliqué peuvent, selon la Fondation québécoise du cancer, influencer le type de suivi médical qui sera établi après la fin des traitements¹.

Au moment de l'enquête², près de neuf personnes sur dix (94 %) traitées pour un cancer en 2010 avaient terminé leurs traitements en oncologie. Pratiquement toutes, soit 95 %, déclarent qu'un suivi médical a été établi une fois l'ensemble de leurs traitements achevés. Cette proportion varie selon le siège de cancer, le profil de traitement et la région sociosanitaire de résidence des patients.

Une fois l'ensemble des traitements terminés, qui assure le suivi médical de l'état de santé du patient? Dans 88 % des cas traités contre le cancer en 2010, l'état de santé est suivi par un médecin spécialiste (du cancer ou autre). Environ 73 % des personnes traitées en 2010 déclarent que leur état de santé est suivi par un médecin de famille ou par un médecin généraliste. Le recoupement des données révèle que 75 % des personnes sont suivies à la fois par un médecin spécialiste (du cancer ou autre) et par un médecin de famille ou un médecin généraliste (données non illustrées). Ces proportions varient selon le siège de cancer et le profil de traitement.

4.1 Le suivi médical : état de la situation en 2005-2006

Dans l'enquête menée en 2008, on cherchait à déterminer quel médecin était principalement responsable du suivi médical des patients dans les 12 mois suivant la fin des traitements en oncologie. Dans celle de 2013, on souhaitait plutôt estimer la proportion de patients dont « *l'état de santé par rapport au cancer déclaré à la question A1* » (sic) est surveillé par un médecin spécialiste (du cancer ou autre) de même que la proportion de ceux suivis par un médecin de famille (omnipraticien/généraliste).

Rappelons qu'en 2008, 98 % des personnes traitées pour un cancer entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 déclaraient avoir fait l'objet d'un suivi médical établi une fois l'ensemble de leurs traitements terminés (donnée non illustrée). Le médecin principalement responsable du suivi médical au cours des 12 mois suivant la fin des traitements était un médecin spécialiste du cancer (oncologue, hémato-oncologue, radio-oncologue, etc.) dans 53 % des cas. Chez une personne sur quatre (25 %), ce suivi était assuré par un autre type de médecin spécialiste (urologue, gynécologue, dermatologue, etc.). Des proportions nettement moindres de personnes désignaient leur médecin de famille (7 %) ou rapportaient être suivies par plus d'un médecin sans toutefois préciser la spécialité de ces derniers (15 %) (tableau 4.1).

1. Source de l'information : Fondation québécoise du cancer, [En ligne]. [<https://fqc.qc.ca/vivre-avec-le-cancer/dr-gelinas-vous-repond/suivi-traitement/>].

2. Rappelons que la période de référence est l'année 2010 et que la collecte des données s'est effectuée du 30 janvier au 31 mai 2013. Rappelons également que les personnes en fin de vie, nécessitant des soins palliatifs, ne font pas partie de la population étudiée.

Tableau 4.1

Médecin principalement responsable du suivi médical au cours des 12 mois après la fin des traitements en oncologie, patients¹ ayant terminé leurs traitements, Québec, 2008

	%
Médecin spécialiste du cancer ²	52,6
Autre médecin spécialiste ³	25,5
Médecin de famille	6,5
Autres médecins ⁴	15,4

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} mars 2005 et le 31 avril 2006.

2. Font partie de la catégorie « Médecin spécialiste du cancer » : les oncologues, les hémato-oncologues, les radio-oncologues, etc.

3. Font partie de la catégorie « Autre médecin spécialiste » : les dermatologues, les gynécologues, les urologues, etc.

4. Dans ces cas, la spécialité du médecin n'a pas été précisée par les patients ou il y avait plus d'un médecin responsable du suivi médical.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008*.

4.2 Le suivi médical selon le siège de cancer et le profil de traitement

Bien que chez les personnes ayant terminé leurs traitements en oncologie la proportion de celles ayant un suivi médical établi soit importante, cette proportion est moins élevée au sein des groupes suivants (tableau 4.2) :

- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (88 %) ;
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (91 %).

Tableau 4.2

Proportion de patients¹ faisant l'objet d'un suivi médical établi une fois l'ensemble de leurs traitements achevés selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	%
Siège de cancer	
Colorectal	95,2
Génital féminin	95,4
Prostate	98,0
Hématopoïétique	97,8
Sein	97,6
Tête et cou	97,1
Broncho-pulmonaire	96,9
Autres types de cancer	88,3
Profil de traitement	
Chirurgie seulement	91,0
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	97,3
Chimiothérapie seulement	97,4
Chirurgie et chimiothérapie	96,8
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	97,8
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	98,2
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	97,7

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

4.3 Le suivi médical : comparaisons régionales

Dans le regroupement des régions de moins de 500 000 habitants avec centre de radiothérapie, la proportion estimée de personnes traitées en 2010 ayant un suivi médical établi après la fin de leurs traitements est supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement dans la région suivante (Tableau 4.3) :

- Bas-Saint-Laurent (98 % pour la région c. 94 % pour le regroupement).

À l'opposé, les régions ci-dessous affichent une proportion estimée inférieure à celle du regroupement :

- Estrie (92 % pour la région c. 94 % pour le regroupement) ;
- Outaouais (91 % pour la région c. 94 % pour le regroupement).

Tableau 4.3

Proportion de patients¹ faisant l'objet d'un suivi médical établi après la fin de leurs traitements selon la région sociosanitaire de résidence², Québec, 2013

	%
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie^a	95,3
Capitale-Nationale	95,1
Montréal	95,2
Montréal	95,6
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	94,4
Bas-Saint-Laurent	98,2 (+)
Saguenay-Lac-Saint-Jean	95,3
Mauricie et Centre-du-Québec	95,5
Estrie	92,0 (-)
Outaouais	90,5 (-)
Laval	95,5
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie^a	95,2
Chaudière-Appalaches	93,9
Lanaudière	96,4
Laurentides	95,3
Régions éloignées^a	96,5
Abitibi-Témiscamingue	96,0
Côte-Nord et Nord-du-Québec	95,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	97,9

(+) (-) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle observée pour le reste du regroupement, au seuil de 5 %.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Suivi médical établi après la fin des traitements » et les variables « Régions de plus de 500 000 habitants », « Régions périurbaines » et « Régions éloignées » sont non significatif au seuil de 5 %.

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

4.4 Le suivi médical par un médecin spécialiste selon le siège de cancer et le profil de traitement

L'état de santé d'environ 88 % des personnes traitées en 2010 ayant terminé leurs traitements est surveillé par un médecin spécialiste (du cancer ou autre)

L'enquête montre que la proportion de personnes traitées en 2010 suivies par un médecin spécialiste (du cancer ou autre) après la fin de leurs traitements est moins élevée au sein des groupes suivants (tableau 4.4) :

- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (76 %) ;
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (79 %).

Tableau 4.4

Proportion de patients¹ ayant terminé leurs traitements dont l'état de santé est suivi par un médecin spécialiste (du cancer ou autre) selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	%
Siège de cancer	
Colorectal	87,2
Génital féminin	88,8
Prostate	95,5
Hématopoïétique	95,7
Sein	91,7
Tête et cou	90,0
Broncho-pulmonaire	92,0
Autres types de cancer	76,4
Profil de traitement	
Chirurgie seulement	79,1
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	94,8
Chimiothérapie seulement	96,2
Chirurgie et chimiothérapie	92,8
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	92,5
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	94,8
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	94,4

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

4.5 Le suivi médical par un médecin de famille (généraliste) selon le siège de cancer et le profil de traitement

L'état de santé d'environ 73 % des personnes traitées en 2010 est suivi par un médecin de famille ou un médecin généraliste une fois l'ensemble des traitements achevés

En 2010, l'état de santé de 73 % des personnes traitées pour un cancer était surveillé par un médecin de famille ou par un médecin généraliste une fois l'ensemble de leurs traitements achevés. Lorsque l'on prend en considération le siège de cancer ou le profil de traitement de ces personnes, on remarque que cette proportion est moins élevée dans les groupes suivants (tableau 4.5) :

- les femmes atteintes d'un cancer génital (63 %)³;
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (69 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie seulement (68 %)⁴.

Tableau 4.5

Proportion de patients¹ ayant terminé leurs traitements dont l'état de santé est surveillé par un médecin de famille ou un médecin généraliste après la fin des traitements selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	%
Siège de cancer	
Colorectal	78,4
Génital féminin	62,7
Prostate	79,0
Hématopoïétique	68,8
Sein	77,9
Tête et cou	72,1
Broncho-pulmonaire	82,1
Autres types de cancer	64,6
Profil de traitement	
Chirurgie seulement	69,4
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	76,5
Chimiothérapie seulement	67,7
Chirurgie et chimiothérapie	77,6
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	78,6
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	76,0
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	73,5

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

3. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (69 %) ou d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (65 %).
4. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (73 %).

5

LA PROMOTION ET L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014), 30 % des décès par cancer sont liés aux cinq principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires suivants : un indice élevé de masse corporelle, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation d'alcool¹. Les bienfaits des changements des habitudes de vie pour réduire les risques de maladie chroniques et de cancer dans l'avenir sont connus de tous. Les recommandations actuelles sont fondées sur des résultats de recherches validés et reproduits dans plusieurs pays. Pourtant, dans la population, certaines personnes considèrent que les recommandations actuelles sur les habitudes de vie sont un mode temporaire et un frein à leur liberté².

Au Québec, la promotion de saines habitudes de vie dans le domaine de la cancérologie est soutenue par la Direction générale de la santé publique et fait partie des domaines d'activités du Plan national de santé publique (PNSP) (MSSS, 2013a). Comme l'indique le Plan directeur en cancérologie : « *Les habitudes de vie (...) offrent un potentiel d'impact significatif sur l'incidence du cancer et sur la mortalité due au cancer, mais aussi sur la qualité de vie de la population ainsi que sur celle des personnes atteintes de cancer...* » (MSSS, 2013a, p. 28). L'objectif visé est de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie du patient touché par le cancer tout au long de son cheminement dans la maladie.

Les actions prévues par la Direction québécoise de cancérologie – dans son Plan d'action 2013-2015 (MSSS 2013b, Priorité 2, p. 9 et suivantes) – visent à accentuer la prévention du cancer. À titre d'exemple, les résultats attendus en matière de tabagisme, de consommation de

fruits et de légumes, d'activité physique et de prévalence de l'obésité dans la population générale comme dans celle des personnes atteintes du cancer correspondent aux résultats souhaités par la mise en œuvre des activités du Programme national de santé publique (PNSP) et des plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) en santé publique.

Quant à la prévention du cancer de la peau, les résultats attendus reposent, d'une part, sur l'interdiction des salons de bronzage au public âgé de 18 ans et moins puis, d'autre part, sur une campagne de sensibilisation du public aux risques que représentent les rayons UV émis par le soleil et par les appareils de bronzage, campagne menée en collaboration avec la Société canadienne du cancer.

L'enquête s'intéresse à la promotion et à l'adoption de saines habitudes de vie à la suite du diagnostic de cancer. On cherche à connaître la proportion des personnes traitées en 2010 qui ont reçu d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière, nutritionniste, diététicienne) une proposition de modifier leur comportement, de même que la proportion de celles qui ont suivi cette recommandation en :

- augmentant leur niveau d'activité physique ;
- perdant un surplus de poids ;
- augmentant leur consommation de fruits et de légumes
- cessant de fumer ;
- réduisant leur consommation d'alcool ;
- réduisant leur exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou des appareils des salons de bronzage.

1. Source de l'information : OMS (février 2014), [En ligne]. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/#].

2. Source de l'information : Agence de la santé et des services sociaux de Laval, [En ligne]. [www.lavalensante.com/sante_publique/saines_habitudes_de_vie/prevenir_les_maladies_chroniques.html].

5.1 L'adoption de saines habitudes de vie après le diagnostic

Après avoir appris qu'elles étaient atteintes du cancer, les personnes traitées en 2010 ont réagi comme suit à la proposition qui leur a été faite par un professionnel de la santé à l'égard de leurs habitudes de vie (tableau 5.2) :

- 42 % ont fait plus d'activités physiques ;
- 28 % ont perdu un surplus de poids ;
- 46 % ont consommé plus de fruits et de légumes ;
- 11 % ont cessé de fumer ;
- 24 % ont réduit leur consommation d'alcool ;
- 56 % ont réduit leur exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou à ceux des appareils des salons de bronzage.

5.1.1 Adoption de saines habitudes de vie : état de la situation en 2005-2006

En 2008, chez les personnes traitées entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006, il est ressorti qu'après avoir appris qu'elles étaient atteintes du cancer (tableau 5.1) :

- 23 % ont fait plus de sport ou d'activité physique ;
- 26 % ont perdu du poids ;
- 43 % ont modifié leurs habitudes alimentaires ;
- 14 % ont réduit leur consommation de tabac ;
- 9 % ont réduit leur consommation d'alcool ;
- 40 % ont réduit leur exposition aux rayons du soleil.

Au regard des résultats obtenus en 2013, on se demande si les changements observés dans le comportement des gens ont pu se produire en raison des efforts investis dans la promotion de saines habitudes de vie. Le bilan que l'on peut tirer de cet examen doit être considéré avec circonspection puisque les changements de comportements n'ont pas été mesurés exactement de la même façon en 2008 et en 2013. Néanmoins, se pourrait-il que les répercussions de ces gestes posés au quotidien sur la santé en vue d'améliorer, de conserver ou de recouvrer une qualité de vie tout au long de la maladie aient été moins connus des personnes traitées en 2005-2006 comparativement à celles traitées en 2010? Les constats incitent à poser la question.

Tableau 5.1

Proportion de patients¹ ayant modifié leur comportement selon le sujet étudié et le siège de cancer, Québec, 2008

	Ont fait plus de sport ou d'activité physique	Ont perdu du poids	Ont modifié leurs habitudes alimentaires	Ont réduit leur consommation de tabac	Ont réduit leur consommation d'alcool	Ont réduit leur exposition aux rayons du soleil
	%					
Colorectal	22,8	26,0	53,5	10,1	8,6	34,5
Génital féminin	27,4	33,2	50,8	9,4*	5,9*	33,1
Prostate	16,6	22,0	32,3	8,4	9,9	27,2
Hématopoïétique	25,4	28,1	46,9	12,4	8,9	44,8
Sein	30,9	27,3	44,6	13,7	6,0	48,1
Tête et cou	20,2	29,8	47,7	20,7	11,8	40,8
Broncho-pulmonaire	24,9	24,8	34,3	42,2	10,6	43,3
Autres types de cancers	18,4	23,7	38,8	15,3	9,6	41,5
Ensemble	23,5	26,0	42,7	14,5	8,5	40,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie incluant la curiethérapie), entre le 1^{er} mars 2005 et le 31 avril 2006.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008*.

5.1.2 L'adoption de saines habitudes de vie selon le siège de cancer et le profil de traitement

La proportion de personnes traitées en 2010 qui ont modifié leur comportement comme cela leur avait été proposé par le professionnel de la santé, diffère selon le siège de cancer et le profil de traitement.

A fait plus d'activités physiques

La proportion de personnes traitées en 2010 ayant augmenté leur niveau d'activité physique est moins élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.2) :

- les hommes atteints du cancer de la prostate et les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (respectivement 35 %)³ ;
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (35 %)⁴.

A perdu un surplus de poids

On détecte des écarts statistiquement significatifs entre les groupes suivants (tableau 5.2) :

- les personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (20 %) sont significativement moins nombreuses, en proportion, que celles atteintes d'un cancer colorectal (28 %), de la prostate (32 %), du sein (30 %) ou d'un cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (31 %), à déclarer avoir perdu un surplus de poids comme il leur avait été proposé par un professionnel de la santé ;
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (18 %) de même que celles ayant subi une chimiothérapie seulement (19 %)⁵ sont significativement moins nombreuses, en proportion, à rapporter une perte de poids comparativement aux personnes présentant un autre profil de traitement.

A augmenté sa consommation de fruits et de légumes

L'enquête ne détecte pas d'écarts statistiquement significatifs entre les proportions estimées de personnes ayant augmenté leur consommation de fruits et de légumes, selon le siège de cancer. Par ailleurs, elle montre les écarts suivants en fonction du profil de traitement (tableau 5.2) :

- les personnes ayant subi une chirurgie seulement et celles ayant subi une chirurgie et une radiothérapie⁶ (41 %, respectivement) sont moins nombreuses, en proportion, à rapporter avoir augmenté leur consommation de fruits et de légumes, comme il leur avait été recommandé par un professionnel de la santé, comparativement aux personnes présentant un autre profil de traitement.

A cessé de fumer

L'enquête ne détecte pas de lien entre la cessation tabagique et le profil de traitement. Par contre, la proportion de personnes ayant cessé de fumer, comme le leur avait recommandé un professionnel de la santé, est plus élevée dans le groupe suivant (tableau 5.2) :

- les personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (34 %).

A réduit sa consommation d'alcool

La proportion de personnes ayant réduit leur consommation d'alcool, comme il était proposé par un professionnel de la santé, est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.2) :

- les personnes ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) seulement (32 %) ;
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (31 %)⁷.

Par contre elle est moins élevée dans le groupe suivant :

- les femmes atteintes d'un cancer génital (13 %*).

3. Ces proportions se distinguent de toutes les autres, à l'exception de celle des femmes atteintes d'un cancer génital (38 %).

4. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) seulement (38 %).

5. Ces proportions se distinguent de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi une chirurgie et une chimiothérapie (25 %).

6. Ces proportions se distinguent de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi une chimiothérapie seulement (46 %).

7. Ces proportions se distinguent de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (26 %).

A réduit son exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou des appareils de salons de bronzage

La proportion de personnes qui ont réduit leur exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou à celui des appareils des salons de bronzage, comme il était proposé par un professionnel de la santé est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.2) :

- les personnes atteintes d'un cancer situé à la tête ou au cou (61 %);
- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (63 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (62 %)⁸;
- les personnes ayant subi une chirurgie et une radiothérapie (59 %);

Tableau 5.2

Pour chacun des sujets étudiés, proportion de patients¹ ayant modifié leur comportement comme le leur avait proposé un professionnel de la santé selon le siège de cancer et le profil de traitement², Québec, 2013

	A fait plus d'activité physique	A perdu un surplus de poids	A augmenté sa consommation de fruits et de légumes	A cessé de fumer	A réduit sa consommation d'alcool	A réduit son exposition aux rayons UV du soleil/salon de bronzage
	%					
Siège de cancer						
Colorectal	44,5	27,9	47,3	6,7	23,8	49,4
Génital féminin	37,8	28,3	41,3	9,1 *	13,1 *	48,6
Prostate	35,3	32,0	46,4	8,1	29,2	47,2
Hématopoïétique	45,7	23,4	48,3	6,8 *	24,3	56,6
Sein	45,2	29,9	42,9	8,0	20,8	56,1
Tête et cou	44,4	22,7	47,4	14,4	29,6	61,2
Broncho-pulmonaire	47,1	20,3	53,9	33,7	24,7	48,9
Autres types de cancer	35,3	31,1	44,1	10,8	23,5	62,6
Profil de traitement						
Chirurgie seulement	34,6	30,9	41,5	11,9	22,4	53,7
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	38,2	29,2	53,0	10,0 *	32,0	48,9
Chimiothérapie seulement	44,6	18,8 *	45,6	7,0 *	20,4	52,3
Chirurgie et chimiothérapie	44,5	25,4	50,3	8,8	22,8	53,0
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	41,0	31,4	41,2	9,1	19,8	59,4
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	47,2	17,9 *	52,3	15,3	30,9	61,7
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	49,6	29,5	46,9	11,3	26,0	58,5
Ensemble	41,9	28,4	45,7	10,7	23,8	55,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Sur l'ensemble de la population étudiée.

a. Le test global du khi-deux entre la variable « Modification de la consommation de fruits et de légumes » et la variable « Siège de cancer » est non significatif au seuil de 5 %.

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

8. Ces proportions se distinguent de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (58 %).

5.2 La promotion des saines habitudes de vie

L'enquête montre qu'au-delà de la moitié des personnes traitées en 2010 ont reçu d'un professionnel de la santé une recommandation de faire plus d'activité physique (55 %), d'augmenter leur consommation de fruits et de légumes (51 %), de cesser de fumer (70 %), de réduire leur consommation d'alcool (52 %) ou encore de réduire leur exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou à ceux des appareils des salons de bronzage (60 %) (tableau 5.3). Moins de personnes, en proportion, ont reçu d'un professionnel une proposition de perdre un surplus de poids (40 %). La proportion de personnes à qui l'on a fait ces propositions à la suite du diagnostic diffère selon le siège de cancer et le profil de traitement.

5.2.1 La promotion des saines habitudes de vie selon le siège de cancer et le profil de traitement

La promotion des saines habitudes de vie est associée au siège de cancer et au profil de traitement des personnes traitées en 2010.

Faire plus d'activités physiques

On remarque, par exemple, que la proportion de personnes à qui un professionnel de la santé a proposé d'être plus actives sur le plan physique est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.4) :

- les personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (65 %);
- les femmes atteintes du cancer du sein (65 %);
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (70 %).

Par contre, cette proportion est moins élevée dans les groupes suivants :

- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (38 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (43 %).

Tableau 5.3

Proportion de patients¹ à qui un professionnel de la santé a proposé de modifier son comportement selon le sujet étudié², Québec, 2013

	%
Faire plus d'activité physique	54,8
Perdre un surplus de poids	40,1
Augmenter la consommation de fruits et de légumes	50,7
Cesser de fumer	69,6
Réduire la consommation d'alcool	52,1
Réduire l'exposition aux rayons ultra-violets du soleil/salon de bronzage	60,4

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Sur l'ensemble de la population étudiée.

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

Perdre un surplus de poids

La proportion de personnes à qui un professionnel de la santé a proposé de perdre un surplus de poids est moins élevée dans les groupes suivants (tableau 5.4) :

- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (32 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (34 %).

Augmenter la consommation de fruits et de légumes

La proportion de personnes ayant reçu une proposition d'augmenter leur consommation de fruits et de légumes est plus élevée dans les groupes suivants (tableau 5.4) :

- les personnes atteintes d'un cancer colorectal (64 %);
- les personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (61 %)⁹;
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (69 %).

9. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (57 %).

Mais elle est moins élevée chez les personnes composant les groupes suivants :

- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (36 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (38 %).

Cesser de fumer

On note que la proportion de personnes à qui un professionnel de la santé a proposé un arrêt tabagique est plus élevée dans les groupes suivants (tableau 5.4) :

- les personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (90 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (82 %).

À l'inverse, elle est moins élevée dans les groupes suivants :

- les femmes atteintes d'un cancer génital féminin (61 %);
- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (61 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (62 %).

Réduire la consommation d'alcool

La proportion de personnes à qui un professionnel de la santé a recommandé de réduire la consommation d'alcool est plus élevée dans le groupe suivant (tableau 5.4) :

- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (66 %) ¹⁰.

Par contre, cette proportion est moins élevée au sein des groupes suivants :

- les femmes atteintes d'un cancer génital (47 %);
- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (40 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (42 %).

Réduire l'exposition aux rayons ultra-violets du soleil/salon de bronzage

Enfin, on constate que la proportion de personnes à qui un professionnel de la santé a recommandé de réduire leur exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou des salons de bronzage est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.4) :

- les femmes atteintes d'un cancer du sein (72 %);
- les personnes atteintes d'un cancer hématopoïétique (67 %);
- les personnes atteintes d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (65 %);
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (78 %);
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (75 %).

À l'opposé, cette proportion est moins élevée parmi les groupes suivants :

- les femmes atteintes d'un cancer génital (44 %);
- les hommes atteints du cancer de la prostate (42 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie seulement (49 %);
- les personnes ayant subi une radiothérapie (curiethérapie) seulement (55 %).

10. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes ayant subi une radiothérapie seulement (61 %).

Tableau 5.4

Pour chacun des sujets étudiés, proportion de patients¹ à qui un professionnel de la santé a proposé de modifier son comportement selon le siège de cancer et le profil de traitement², Québec, 2013

	Faire plus d'activité physique	Perdre un surplus de poids	Augmenter la consommation de fruits et de légumes	Cesser de fumer	Réduire la consommation d'alcool	Réduire l'exposition aux rayons ultra-violet du soleil/ salons de bronzage
	%					
Siège de cancer						
Colorectal	60,2	47,1	64,4	73,6	60,3	56,7
Génital féminin	48,8	36,9	46,8	60,5	47,0	44,3
Prostate	56,1	43,9	48,4	71,3	53,0	41,6
Hématopoïétique	65,4	43,0	61,3	73,0	58,4	66,5
Sein	64,6	41,6	54,9	71,4	55,4	72,4
Tête et cou	51,3	37,4	50,7	68,6	54,8	57,1
Broncho-pulmonaire	58,3	45,0	56,8	89,7	57,7	57,4
Autres types de cancer	38,4	31,5	35,6	60,6	40,1	65,1
Profil de traitement						
Chirurgie seulement	43,0	34,5	38,1	61,8	41,9	48,7
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	52,4	45,2	57,3	75,9	60,6	54,9
Chimiothérapie seulement	61,0	39,8	61,1	70,1	56,9	65,0
Chirurgie et chimiothérapie	61,0	44,0	58,1	74,0	58,6	62,8
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	57,6	39,8	49,0	69,6	52,9	64,5
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	59,3	46,7	69,2	82,2	66,4	78,5
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	70,1	46,1	63,0	76,9	59,5	74,9

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Sur l'ensemble de la population étudiée.

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

5.2.2 La promotion des saines habitudes de vie : comparaisons régionales

Les données présentées au tableau 5.5 révèlent, pour chacun des sujets étudiés, la proportion estimée de personnes à qui un professionnel de la santé (médecin, infirmière, nutritionniste, diététicienne) a proposé de modifier son comportement, en fonction de leur région sociosanitaire de résidence. Pour chacun des sujets étudiés, on rapporte ci-dessous les régions qui affichent une proportion supérieure ou inférieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement auquel chacune est comparée. Rappelons que les 16 régions sociosanitaires de résidence des patients traités en 2010 ont été partagées en quatre grands regroupements de régions offrant des similitudes quant à la population et l'offre de services en oncologie.

Faire plus d'activité physique

- Les régions du Bas-Saint-Laurent et du Saguenay–Lac-Saint-Jean affichent une proportion plus élevée de personnes à qui on a proposé de faire plus d'activité physique que celle observée pour l'ensemble du regroupement (60 % et 59 % pour les régions c. 53 % pour le regroupement).

Perdre un surplus de poids

- La région de la Montérégie affiche une proportion plus élevée de personnes à qui on a proposé de perdre un surplus de poids que celle observée pour l'ensemble du regroupement (45 % pour la région c. 40 % pour le regroupement), tandis que la région de Montréal affiche une proportion inférieure (36 % pour la région c. 40 % pour le regroupement).
- La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine affiche une proportion plus élevée de personnes à qui on a proposé de perdre un surplus de poids que celle observée pour l'ensemble du regroupement (54 % pour la région c. 47 % pour le regroupement).

Augmenter sa consommation de fruits et de légumes

- La région de la Capitale-Nationale affiche une proportion moins élevée de personnes à qui on a proposé d'augmenter la consommation de fruits et de légumes que celle observée pour l'ensemble du regroupement (45 % pour la région c. 50 % pour le regroupement).

- La région du Bas-St-Laurent affiche une proportion plus élevée de personnes à qui on a proposé d'augmenter la consommation de fruits et de légumes que celle du regroupement (56 % pour la région c. 51 % pour le regroupement) tandis que celle de l'Estrie affiche une proportion inférieure (47 % pour la région c. 51 % pour le regroupement).
- La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine affiche une proportion plus élevée de personnes à qui on a proposé d'augmenter la consommation de fruits et de légumes que celle observée pour l'ensemble du regroupement (70 % pour la région c. 61 % pour le regroupement).

Cesser de fumer

- La région de la Montérégie affiche une proportion de personnes à qui on a proposé de cesser de fumer supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement (73 % pour la région c. 69 % pour le regroupement), tandis que la région de la Capitale-Nationale affiche une proportion inférieure (64 % pour la région c. 69 % pour le regroupement).
- La région de Lanaudière affiche une proportion de personnes à qui on a proposé de cesser de fumer supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement (72 % pour la région c. 69 % pour le regroupement), alors que la région de Chaudière-Appalaches affiche une proportion inférieure (64 % pour la région c. 69 % pour le regroupement).

Réduire sa consommation d'alcool

- La région de Lanaudière affiche une proportion de personnes à qui on a proposé de réduire la consommation d'alcool supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement (55 % pour la région c. 51 % pour le regroupement), alors que la région Chaudière-Appalaches affiche une proportion inférieure (47 % pour la région c. 51 % pour le regroupement).

Réduire l'exposition aux rayons ultra-violets du soleil/salons de bronzage

- La région de la Montérégie affiche une proportion de personnes à qui on a proposé de réduire l'exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou à ceux des salons de bronzage supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement (63 % pour la région c. 58 % pour le regroupement), tandis que la région de Montréal affiche une proportion inférieure (55 % pour la région c. 58 % pour le regroupement).
- La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine affiche une proportion de personnes à qui on a proposé de réduire l'exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou des salons de bronzage supérieure à celle observée pour l'ensemble du regroupement (75 % pour la région c. 64 % pour le regroupement), alors que la région de l'Abitibi-Témiscamingue et les régions regroupées de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec affichent une proportion inférieure (60 % et 58 % pour les régions c. 64 %, pour le regroupement).

5.3 Les facteurs de changement

5.3.1 Le soutien d'un professionnel de la santé

Parmi les nombreux facteurs pouvant influencer la décision ou la motivation à modifier les habitudes de vie on trouve celui de l'aide et du soutien d'un professionnel de la santé. Sur l'ensemble des personnes traitées en 2010 pour un cancer, 17 % déclarent avoir été soutenues par un professionnel de la santé dans leurs efforts pour changer leurs habitudes de vie après avoir appris qu'elles étaient atteintes de cette maladie. Par ailleurs, 12 % ont mentionné qu'elles ne l'ont pas été, mais auraient aimé l'être. Les autres personnes (71 %), précisent qu'elles n'ont pas été soutenues mais qu'elles n'avaient pas besoin de l'être (tableau 5.6).

Le soutien apporté est associé au siège de cancer et au profil de traitement des individus (tableau 5.6). Ainsi, la proportion de personnes aidées par un professionnel de la santé dans leurs efforts pour modifier leurs habitudes de vie est plus élevée au sein des groupes suivants :

- les personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (23 %)¹¹ ;
- les personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (27 %).

À l'inverse, la proportion de personnes soutenues est moins élevée chez :

- les hommes atteints du cancer de la prostate (11 %)¹².

11. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des personnes atteintes d'un type de cancer situé à la tête ou au cou (ORL) (20 %).

12. Cette proportion se distingue de toutes les autres, à l'exception de celle des femmes atteintes d'un cancer génital (14 %).

Tableau 5.5

Pour chacun des sujets étudiés, proportion de patients¹ à qui un professionnel de la santé a proposé de modifier son comportement selon la région sociosanitaire de résidence^{2,3}, Québec, 2013

	Faire plus d'activité physique ^a	Perdre un surplus de poids ^b	Augmenter la consommation de fruits et de légumes ^c	Cesser de fumer ^d	Réduire la consommation d'alcool ^e	Réduire l'exposition aux rayons ultra-violets du soleil/salons de bronzage ^f
	%					
Régions ≥ 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	56,5	39,6	50,1	69,1	51,9	58,1
Capitale-Nationale	53,1	36,2	45,4(–)	64,5(–)	48,7	54,9
Montréal	56,0	36,1(–)	50,9	67,5	51,6	55,3(–)
Montérégie	58,7	45,2(+)	51,8	73,2(+)	54,0	62,9(+)
Régions < 500 000 habitants avec centre de radiothérapie	53,5	40,4	51,1	69,5	51,9	63,0
Bas-Saint-Laurent	59,6(+)	42,1	56,5(+)	71,2	55,1	67,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	58,7(+)	43,6	50,1	70,7	52,7	64,1
Mauricie et Centre-du-Québec	50,6	42,1	51,5	71,2	53,9	61,5
Estrie	50,1	37,9	46,8(–)	65,3	48,6	62,8
Outaouais	52,9	38,0	52,1	69,9	51,8	62,7
Laval	53,8	39,0	51,3	69,0	49,7	62,1
Régions périurbaines sans centre de radiothérapie	51,6	39,6	49,6	69,1	50,6	61,8
Chaudière-Appalaches	50,8	38,0	47,5	63,5(–)	47,4(–)	62,5
Lanaudière	50,0	39,6	52,3	72,2(+)	54,6(+)	63,4
Laurentides	53,6	40,9	48,8	70,9	49,8	59,8
Régions éloignées	58,6	47,4	60,7	77,9	61,8	64,1
Abitibi-Témiscamingue	53,8	45,3	57,3	77,2	60,2	59,9(–)
Côte-Nord et Nord-du-Québec	59,4	43,3	55,9	76,6	59,0	58,2(–)
Gaspésie–les-de-la-Madeleine	63,6	54,1(+)	69,6(+)	80,0	66,5	75,0(+)

(+) (–) Proportion estimée significativement plus élevée ou plus faible que celle observée pour le reste du regroupement, au seuil de 5%.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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.

2. Sur l'ensemble de la population étudiée.

3. Les tests sont standardisés selon l'âge et le sexe.

a. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Proposition de faire plus d'activité physique » et les variables « Régions de plus de 500 000 habitants », « Régions éloignées » et « Régions périurbaines » sont non significatifs au seuil de 5%.

b. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Proposition de perdre un surplus de poids » et les variables « Régions de moins de 500 000 » et « Régions périurbaines » sont non significatifs au seuil de 5%.

c. Le test global du khi-deux entre la variable « Proposition d'augmenter la consommation de fruits et de légumes » et la variable « Régions périurbaines » est non significatif au seuil de 5%.

d. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Proposition de cesser de fumer » et les variables « Régions de moins de 500 000 habitants » et « Régions éloignées » sont non significatifs au seuil de 5%.

e. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Proposition de réduire la consommation d'alcool » et les variables « Régions de plus de 500 000 habitants », « Régions de moins de 500 000 habitants » et « Régions éloignées » sont non significatifs au seuil de 5%.

f. Les tests globaux du khi-deux entre la variable « Proposition de réduire l'exposition aux rayons ultra-violets du soleil ou du salon de bronzage » et les variables « Régions de moins de 500 000 habitants » et « Régions périurbaines » sont non significatifs au seuil de 5%.

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

Tableau 5.6

Soutien d'un professionnel de la santé apporté aux patients¹ pour les aider à modifier leurs habitudes de vie selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	A été soutenu	N'a pas été soutenu, mais aurait aimé l'être	N'a pas été soutenu et ne souhaitait pas l'être
	%		
Siège de cancer			
Colorectal	18,7	11,1	70,3
Génital féminin	14,4	16,3	69,3
Prostate	11,1	10,0	78,9
Hématopoïétique	17,7	14,5	67,7
Sein	17,5	16,0	66,6
Tête et cou	19,8	11,7	68,5
Broncho-pulmonaire	23,2	12,3	64,5
Autres types de cancer	14,9	7,6	77,5
Profil de traitement			
Chirurgie seulement	13,0	8,8	78,2
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	13,6	9,5	76,8
Chimiothérapie seulement	15,3	12,0	72,7
Chirurgie et chimiothérapie	20,3	14,0	65,7
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	16,0	13,1	70,8
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	26,7	11,1	62,2
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	20,4	17,2	62,5
Ensemble	16,5	12,0	71,5

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

5.3.2 Le patient en tant que facteur de changement

Comme on sait, le cancer est une maladie qui bouleverse tous les aspects de la vie d'une personne et de ses proches (MSSS, 1998). Parce qu'il en est ainsi, la personne atteinte peut inciter celles de son entourage non seulement à modifier leurs habitudes de vie mais aussi à passer certains tests de dépistage afin de prévenir la maladie. La personne atteinte du cancer est à ce titre un vecteur de changement en matière de promotion et d'adoption de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques et du cancer.

Parmi les personnes traitées en 2010, une personne sur deux (51 %) a conseillé à ses proches de modifier leurs habitudes de vie, comparativement à 56 % des personnes traitées en 2005-2006. Toutes proportions gardées, plus de personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire (58 %) ont agi ainsi, comparativement aux personnes atteintes d'un cancer génital féminin (51 %), de la prostate (45 %), hématopoïétique (51 %), d'un type de cancer situé à la tête ou au cou (ORL) (48 %), ou classé dans la catégorie « Autres types de cancer » (49 %). Il en est de même des personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (60 %); elles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir conseillé à leurs proches de modifier leurs habitudes de vie, comparativement à celles de tous les autres groupes, à l'exception de celui des personnes ayant subi une chimiothérapie et une radiothérapie (curiethérapie) (55 %) (tableau 5.7).

Tableau 5.7

Conseil aux proches de modifier les habitudes de vie donné par les patients¹ selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	A conseillé	N'a pas conseillé, mais songe à le faire	N'a pas conseillé et trouve inutile de le faire
	%		
Siège de cancer			
Colorectal	53,6	5,8	40,6
Génital féminin	51,0	6,9*	42,2
Prostate	45,1	10,5	44,4
Hématopoïétique	51,0	6,8	42,2
Sein	55,5	6,1	38,4
Tête et cou	47,7	8,5*	43,8
Broncho-pulmonaire	57,9	4,8*	37,3
Autres types de cancer	48,6	5,4	46,0
Profil de traitement			
Chirurgie seulement	47,4	5,5	47,1
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	42,8	10,4	46,8
Chimiothérapie seulement	50,6	7,2*	42,2
Chirurgie et chimiothérapie	53,1	8,3	38,5
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	50,9	7,0	42,1
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	55,1	6,3*	38,6
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	60,0	6,6	33,4
Ensemble	51,2	6,8	42,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

À la suite de l'annonce du diagnostic, 65 % des personnes traitées en 2010 ont conseillé à leurs proches de passer des tests de dépistage. Une portion plus importante des personnes traitées en 2005-2006 déclaraient l'avoir fait (73 %). La proportion de personnes ayant prodigué un tel conseil est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.8) :

- les personnes atteintes d'un cancer colorectal (82 %);
- les femmes atteintes du cancer du sein (82 %);
- les personnes ayant subi une chirurgie et une radiothérapie (74 %);
- les personnes ayant subi chacun des trois types de traitement (78 %).

Tableau 5.8

Conseil aux proches de passer des examens de dépistage donné par les patients¹ selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	A conseillé	N'a pas conseillé, mais songe à le faire	N'a pas conseillé et trouve inutile de le faire
	%		
Siège de cancer			
Colorectal	82,4	4,0*	13,5
Génital féminin	67,5	6,2*	26,3
Prostate	71,1	7,7	21,2
Hématopoïétique	46,1	10,9	43,0
Sein	82,3	3,7	13,9
Tête et cou	49,6	11,7	38,7
Broncho-pulmonaire	50,8	8,5*	40,7
Autres types de cancer	48,1	8,4	43,5
Profil de traitement			
Chirurgie seulement	57,2	7,0	35,7
Radiothérapie (ou curiethérapie) seulement	59,5	8,5*	32,0
Chimiothérapie seulement	52,3	8,4*	39,2
Chirurgie et chimiothérapie	69,6	8,5	21,9
Chirurgie et radiothérapie (ou curiethérapie)	73,9	5,5	20,6
Chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	56,0	11,2*	32,9
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (ou curiethérapie)	78,1	4,9	16,9
Ensemble	65,1	7,0	28,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi 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*.

CONCLUSION

Le principal objectif de l'*Enquête sur la qualité des services de lutte contre le cancer* est de fournir aux acteurs du réseau de cancérologie du Québec des indicateurs leur permettant d'évaluer en continu la qualité des services offerts aux personnes traitées pour un cancer. L'objet de la présente publication est de documenter les changements survenus dans l'expérience des patients depuis la mise en place du réseau de cancérologie, l'avènement des équipes interdisciplinaires et l'intégration d'infirmières pivots en oncologie dans celles-ci. Nous présentons ici, en conclusion, une synthèse des éléments étudiés dont l'estimation a augmenté ou diminué entre les éditions 2008 et 2013 de l'enquête. Rappelons que l'enquête de 2008 donnait la parole aux personnes traitées entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 (approximativement le temps 0 du réseau) et que l'enquête de 2013 portait sur celles traitées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 (temps 1, réseau mis en œuvre il y a approximativement 5 ans).

À propos des changements dans les services touchant à la maladie des patients

La comparaison temporelle des 35 indicateurs mesurés de la même façon à chacun des cycles de l'enquête révèle une amélioration des situations suivantes : plus de patients estiment que les professionnels de la santé les ont traités avec respect et dignité, qu'ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient pour contrôler leur douleur et leurs malaises, qu'ils ont pris en compte leurs besoins en termes de ressources et d'équipement, qu'ils leur ont donné suffisamment d'information sur les changements pouvant survenir au cours de la période de traitement dans leur apparence physique, leur sexualité, leur relation de couple ou la vie familiale, le travail et les activités courantes. On note également que plus de patients, en proportion, ont reçu de l'information sur les ressources communautaires ou les groupes d'entraide pouvant leur venir en aide au cours de la période de traitement.

À l'inverse, la comparaison révèle une diminution statistiquement significative de la proportion de personnes ayant reçu de l'information écrite sur leur maladie et son traitement, s'étant fait expliquer les différentes étapes que comporterait le traitement de la maladie diagnostiquée, s'étant senties à l'aise de discuter des thérapies alternatives ou non conventionnelles et ayant reçu des instructions

sur comment gérer les effets secondaires associés à la chimiothérapie. Le fait que ce type d'information soit disponible sur le Web expliquerait-il la baisse de 10 points de pourcentage observée dans certains cas ?

Une attention particulière devrait être portée au fait que proportionnellement moins de patients estiment avoir obtenu des réponses compréhensibles aux questions qu'ils jugeaient importantes. Dans ce cas, on prendra en considération le fait que la proportion de patients déclarant avoir obtenu des réponses compréhensibles « la plupart du temps » ou « à l'occasion » a augmenté, passant de 26 % à 34 %, et que celle des personnes estimant n'avoir « jamais » obtenu de réponses compréhensibles a diminué, passant de 1,8 % en 2008 à 0,9 % en 2013.

À propos des changements dans les services touchant à l'organisation des soins et des services

Parmi les indicateurs touchant quelques-uns des aspects de l'organisation des soins et des services, on remarque une amélioration dans l'organisation des rendez-vous (pour des traitements ou des examens) et le transfert du dossier médical vers d'autres établissements, de même que dans la connaissance des thérapies pour soigner le cancer et celle du dossier (histoire) médical. L'enquête montre également qu'une proportion de patients légèrement plus élevée en 2010 qu'en 2005-2006 déclarent avoir obtenu, comme ils le souhaitent, après la fin de leurs traitements, le soutien psychologique d'un professionnel de la santé ou d'un groupe d'entraide pour retrouver une meilleure qualité de vie.

Les résultats révèlent toutefois que des proportions non négligeables de patients reçoivent « toujours », « la plupart du temps » ou « à l'occasion » des renseignements portant à confusion ou contradictoires concernant leur état de santé ou leurs traitements. Après la fin des traitements, une proportion moindre qu'en 2005-2006, soit une personne sur deux seulement, a été informée des signes et des symptômes à surveiller relativement au cancer diagnostiqué. Le fait que les patients atteints d'un type de cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » affichent une proportion nettement moindre de personnes ayant un eu suivi médical établi après la fin de leurs traitements expliqueraient-ils ces constats ?

À propos des délais

À propos de la mesure du temps attendu par les patients à divers moments clés de leur parcours, rappelons qu'elle est fondée sur le souvenir que les personnes ont conservé du temps s'étant écoulé entre un premier événement (consultation auprès d'un médecin de famille ou d'un médecin généraliste, ou à l'urgence d'un hôpital, par exemple) et un second événement (consultation auprès d'un médecin spécialiste, du cancer ou autre, par exemple). On retiendra également que pour remédier à des taux de non-réponse partielle élevés, ces laps de temps ont été mesurés différemment dans chacune des éditions de l'enquête. Les données disponibles ne nous permettent pas d'analyser précisément leur évolution.

Par ailleurs, on retiendra qu'un peu plus du tiers (34 %) des personnes traitées en 2010 déclarent avoir obtenu, au cours de la phase d'investigation de la maladie, une consultation auprès d'un médecin spécialiste (du cancer ou autre) dans un court intervalle de temps (deux semaines ou moins), après avoir consulté leur médecin de famille ou un médecin généraliste, ou après s'être présentées à l'urgence d'un hôpital. Lorsqu'on ajoute à cette proportion celle des patients ayant consulté plus de deux semaines à moins d'un mois après, ce sont environ 66 % des patients qui ont obtenu une première consultation auprès d'un médecin spécialiste à l'intérieur d'un mois. Environ 74 % des patients traités en 2005-2006 rapportaient avoir obtenu leur première visite chez un médecin spécialiste un mois ou moins après avoir consulté un médecin de famille ou un médecin généraliste. Dans environ 44 % des cas, le diagnostic de cancer est tombé deux semaines ou moins après cette consultation et dans 30 % des cas, il a pu être posé plus de deux semaines à un mois après celle-ci.

En 2010, 49 % des personnes ayant subi une chirurgie oncologique déclarent avoir été opérées un mois ou moins après l'annonce du diagnostic. Dans ce même intervalle de temps, 45 % de celles qui ont subi une chimiothérapie débutaient leur traitement de chimiothérapie et 25 % de celles ayant subi une radiothérapie (ou une curiethé-

pie) avaient entrepris celle-ci (ou la curiethérapie). En 2005-2006, 31 % des personnes traitées avaient subi leur premier traitement pour soigner le cancer diagnostiqué – lequel pouvait tout aussi bien être une chirurgie, une chimiothérapie, qu'une radiothérapie (incluant la curiethérapie) – un mois ou moins après l'annonce du diagnostic.

À propos de l'assignation d'une infirmière pivot en oncologie

L'assignation proprement dite d'une infirmière pivot en oncologie et le moment de cette assignation sont mesurés pour la première fois dans l'enquête de 2013. Compte tenu du nombre d'infirmières pivots en oncologie pouvant répondre à la demande, on peut estimer l'importance que représente le fait que près de trois personnes sur cinq traitées en 2010 déclarent qu'on leur a affecté une telle professionnelle au moment de recevoir un type de traitement, comme une chimiothérapie ou une radiothérapie (curiethérapie).

Par ailleurs, environ deux patients sur cinq ont reçu le *Passeport en oncologie* (MSSS, 2008) pour les aider dans leur son parcours thérapeutique. Il s'agit principalement de patients ayant subi une chimiothérapie seule ou en combinaison avec une radiothérapie (incluant la curiethérapie). Environ 63 % des patients qui ont reçu un passeport l'ont « tout à fait » utilisé et 29 % l'ont « en partie » utilisé.

À propos du suivi médical après la fin des traitements

À propos du suivi médical après la fin des traitements en oncologie¹, il ressort que la proportion de personnes suivies en 2010 est légèrement inférieure à celle de 2005-2006. On retiendra également qu'aucun suivi médical n'a été établi dans près de 5 % des cas. Deux groupes de patients sont dans cette situation : les personnes atteintes d'un cancer classé dans la catégorie « Autres types de cancer » et celles dont le profil de traitement consiste en une chirurgie seulement.

1. Rappelons que le suivi médical en question implique la surveillance de l'état de santé du patient par rapport au cancer diagnostiqué et non des soins palliatifs. Les personnes en phase terminale ne sont pas visées par l'enquête.

Soulignons que plus de huit personnes sur dix traitées en 2010 ont déclaré que leur état de santé était surveillé par un médecin spécialiste une fois l'ensemble de leurs traitements terminés. Sept personnes sur dix ont aussi mentionné qu'elles étaient surveillées par un médecin de famille (ou un médecin généraliste). L'importance de ces proportions porte à croire que des changements, pour le mieux, sont survenus dans l'expérience des patients depuis 2005-2006. On fera toutefois preuve d'une certaine réserve à l'égard de ces résultats puisque la situation était mesurée différemment dans l'enquête menée en 2013.

À propos des habitudes de vie

En comparant les changements de comportement effectués par les personnes traitées en 2010 à ceux pratiqués par les personnes traitées en 2005-2006, il semble que la situation se soit améliorée quant à la promotion et à l'adoption de saines habitudes de vie, bien que les changements n'aient pas été évalués exactement de la même façon en 2013 qu'en 2008.

À propos des changements dans les habitudes de vie à la suite de l'annonce du diagnostic, on retiendra qu'en 2010 la promotion comme l'adoption de saines habitudes varient en fonction du siège de cancer et du profil de traitement. Par exemple, le changement le plus fréquemment proposé est la cessation tabagique (70 % des personnes traitées en 2010 ont reçu ce conseil). À l'opposé, perdre un surplus de poids est le changement le moins fréquemment proposé (40 % des personnes déclarent avoir reçu ce conseil). Comme on peut s'y attendre, les personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire présentent la proportion la plus élevée de celles s'étant fait recommander d'arrêter de fumer.

En ce qui a trait à l'adoption des saines habitudes de vie, trois modifications de comportement ressortent : l'augmentation de l'activité physique (42 % des patients ont suivi le conseil donné), l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes (46 % des patients ont suivi le conseil), puis la réduction de l'exposition aux rayons ultra-violet du soleil ou des salons de bronzage (56 % des patients ont suivi le conseil donné par le professionnel). Les personnes atteintes d'un cancer se situant à la tête ou au cou de même que celles ayant un cancer classé

dans la catégorie « Autres types de cancer » et celles dont le profil de traitement comprend une chimiothérapie et une radiothérapie (ou une curiethérapie), affichent les proportions les plus élevées de patients ayant suivi le conseil prodigué concernant l'exposition aux rayons ultra-violet du soleil ou des salons de bronzage.

Pour l'avenir

Au moment de mener la première édition de l'*Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer*, en 2008, la Direction québécoise de cancérologie du MSSS amorçait une première série d'actions visant à améliorer la qualité des soins et des services offerts aux Québécois touchés par le cancer (voir les *Orientations prioritaires* 2007-2012, MSSS, 2007) et mandatait l'Institut pour dresser un premier portrait populationnel de l'expérience vécue par les patients, à partir d'indicateurs permettant de suivre dans le temps l'évolution de la qualité des services rendus aux patients atteints du cancer. En 2013, la DQC propose une nouvelle série d'actions visant à consolider et à développer le réseau de cancérologie, dans l'intention de poursuivre le rehaussement de la qualité des soins et des services offerts aux patients (voir le *Plan d'action en cancérologie 2013-2015*, MSSS, 2013b).

Les ajustements faits au questionnaire de l'enquête permettent maintenant de positionner le Québec sur l'échelle canadienne en matière de lutte contre le cancer. La présente enquête a mis en évidence les changements survenus depuis la désignation des établissements/équipes interdisciplinaires (entre 2005 et 2009) et le déploiement des infirmières pivots en oncologie. Elle fournit aussi des données permettant d'analyser la performance du réseau de cancérologie, sur lesquelles on pourra s'appuyer pour orienter les décisions visant l'amélioration continue des soins et services rendus aux patients. En s'adressant aux personnes concernées au premier plan pour évaluer les normes et les bonnes pratiques prescrites en matière de cancérologie dans le réseau, cette enquête est un outil exceptionnel pour mesurer l'efficacité et l'impact des actions mises en place à cet égard. Le regard que l'on porte sur celles-ci est complémentaire aux données administratives puisqu'il se fonde sur l'expérience des patients.

BIBLIOGRAPHIE

DUBÉ, G., 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*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 130 p., [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/services-cancer.html].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013a). *Plan directeur en cancérologie: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer*, Québec, Gouvernement du Québec, 83 p., [En ligne]. [<https://www.google.ca/#q=plan+directeur+en+canc%C3%A9rologie>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013b). *Plan d'action en cancérologie 2013-2015: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer*, Québec, Gouvernement du Québec, 25 p., [En ligne], [<https://www.google.ca/#q=plan+d'action+en+canc%C3%A9rologie>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Direction de la lutte contre le cancer: rapport d'activité 2010-2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 52 p., [En ligne]. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?documentation]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a). *Le rôle de l'infirmière pivot en oncologie*, Québec, Gouvernement du Québec, 16 p., [En ligne]. [<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2034490>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b). *Passeport en oncologie*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca/cancer].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer: Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, 185 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/36b71e834c51de3985256c7e005da441?OpenDocument>].

NEILL, G. (2010). Être impliqué, être informé, être entouré: les premiers résultats de l'enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, *Santé, Société et Solidarité*, n°. 1, p. 21-23, [En ligne]. [<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/432148/>]

ANNEXE

Tableau A1

Classification des types de cancer répertoriés 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		

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

Tableau A.2

Répartition des patients¹ selon le siège de cancer et le profil de traitement, Québec, 2013

	Colorectal	Génital féminin	Prostate	Hématopoïétique	Sein	Tête et cou	Bronchopulmonaire	Autres types de cancer
	%							
Chirurgie seulement	37,2	40,6	40,7	2,1 *	8,3	34,1	44,6	74,2
Radiothérapie (curiethérapie) seulement	0,6 **	2,0 **	33,0	1,4 **	0,9 *	7,4 *	6,2 *	0,9 **
Chimiothérapie seulement	2,9 *	3,7 **	0,6 **	48,1	1,4 *	0,6 **	5,3 *	2,3 *
Chirurgie et chimiothérapie	35,0	21,6	1,4 **	20,2	7,6	3,7 *	15,6	11,2
Chirurgie et radiothérapie (curiethérapie)	1,7 **	14,9	20,7	2,5 *	37,2	30,5	3,0 **	6,0
Chimiothérapie et radiothérapie (curiethérapie)	2,8 *	4,2 *	1,7 *	16,7	1,3 *	7,7 *	18,7	1,4 *
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (curiethérapie)	19,8	13,0	2,0 *	8,9	43,4	16,1	6,6 *	4,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** 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 subi 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