
Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient

Janvier 2018

Annexe technique

Données qualitatives — Analyse qualitative des commentaires écrits recueillis par le biais de l’*Ambulatory Oncology Satisfaction Survey* (AOPSS)

Méthodes

Une analyse qualitative descriptive des données de l’AOPSS a été mise au point¹. On a obtenu la permission des provinces d’accéder à leurs données les plus récentes recueillies par le biais de l’AOPSS aux fins de ce projet, après quoi on a obtenu les fichiers de données dépersonnalisés de sept provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador). Ces fichiers renfermaient les commentaires écrits des répondants à une question finale de l’AOPSS : « *Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire au sujet de votre expérience liée aux soins de votre cancer?* » (Remarque : le questionnaire de la Colombie-Britannique comprenait la question suivante : « *Quel est le changement le plus important que nous pourrions apporter?* »)

Analyse : deux questions ont orienté l’analyse des données :

- Quelle est la nature des commentaires écrits des répondants?
- Quels sont les messages clés contenus dans les commentaires écrits?

Afin de déterminer la nature des commentaires, une évaluation initiale a été réalisée afin de déterminer si les commentaires étaient positifs, négatifs, mixtes ou neutres. On a ensuite évalué le type de commentaire dans les déclarations écrites. L’examen des données a permis de dresser la liste finale des types de commentaires (c.-à-d. faits, évaluations, commentaires élogieux).

Pour mettre en évidence les messages clés contenus dans les commentaires écrits, on a passé en revue séparément les déclarations recueillies dans chaque province. On a ensuite regroupé les notes recueillies afin d’élaborer un système de codes permettant de classer les commentaires des répondants de chaque province selon l’auteur. On a par la suite évalué chaque catégorie de code afin de mettre en avant les principales idées contenues dans les déclarations codées en fonction de la catégorie. On a enfin colligé ces idées dans toutes les provinces afin de dégager les thèmes importants abordés dans l’ensemble des commentaires écrits.

Limites : l’analyse est fondée sur les commentaires écrits, à propos desquels il est impossible d’obtenir des clarifications supplémentaires de la part des répondants. Les commentaires doivent être considérés tels quels, comme présentés dans les fichiers Excel générés (c.-à-d. réponses dactylographiées dans les questionnaires) au bureau de la firme NRC Health.

Observations générales

Échantillon

L’ensemble de l’échantillon comprend 6 232 commentaires rédigés par des personnes âgées de 30 ans et plus, et 23 commentaires rédigés par des personnes âgées de 18 à 29 ans. Le nombre de réponses dans chaque province est indiqué au tableau 1.

¹ Thorne, S. (2000). Data analysis in qualitative research. *Evidence Based Nursing*, 3, 68-70.

Tableau 1 : Constitution de l'échantillon, par province

Province	Nombre de commentaires écrits
Colombie-Britannique	3 638
Alberta	1 106
Saskatchewan	264
Manitoba	468
Nouvelle-Écosse	388
Île-du-Prince-Édouard	158
Terre-Neuve-et-Labrador	233
Nombre total de commentaires	6 255

Nature/type de commentaires écrits

Pour comprendre la nature des commentaires écrits, on a eu recours à une analyse en deux étapes. Dans un premier temps, on a classé les commentaires écrits selon qu'ils renfermaient uniquement des énoncés positifs, uniquement des énoncés négatifs, une combinaison d'énoncés négatifs et positifs, ou des énoncés neutres (ni positifs ni négatifs).

Dans l'ensemble de l'échantillon de commentaires écrits, 2 647 commentaires (42,5 %) étaient complètement positifs et 1 854 (29,7 %) étaient complètement négatifs. Lorsqu'on ajoute les commentaires mixtes à chacune de ces catégories, 62,3 % des commentaires des répondants renfermaient des énoncés positifs, et 49,5 %, des énoncés négatifs. Parmi les commentaires des 23 répondants âgés de 18 à 29 ans, 7 étaient complètement positifs, 2 étaient complètement négatifs et 14 étaient à la fois positifs et négatifs. Dans l'ensemble de l'échantillon, 91 % des réponses renfermaient des commentaires positifs et 69,6 % renfermaient des commentaires négatifs.

La deuxième étape visant à déterminer la nature des commentaires consistait à évaluer le type de commentaires figurant dans les déclarations écrites. La liste finale des types de commentaires a été générée à partir de l'examen et de l'évaluation des déclarations écrites des répondants. Les répondants ont saisi cette occasion pour s'exprimer par écrit sur un vaste éventail de sujets particuliers dont le contenu, qui met l'accent sur les messages clés, sera présenté dans la section ci-après.

La longueur des commentaires écrits variait de quelques mots à presque deux pages dactylographiées. Certains commentaires étaient rédigés sous la forme d'un ou de plusieurs énoncés ou phrases ou de listes, alors que d'autres avaient le style d'une lettre. Dans certains cas, des membres de la famille ont écrit au nom des patients incapables de répondre au sondage en raison de leur maladie (p. ex. patient en fin de vie ou atteint de démence) ou de leur décès.

En ce qui concerne le type de commentaire transmis, les répondants ont fait part des éléments suivants : faits liés à leur diagnostic et à leur traitement (dates et lieux des événements se rapportant à leur expérience du cancer); mises à jour concernant leur situation et leur prise en charge; éloges envers les membres du personnel et les établissements; descriptions expliquant la nature positive ou négative de leurs expériences; appréciation ou sentiment de gratitude envers l'aide reçue; impressions sur le

sondage même; suggestions précises relatives à certains changements ou améliorations à apporter aux soins; et prises de position en faveur de leurs intérêts. De nombreux commentaires montraient clairement que la personne percevait son cancer comme une maladie potentiellement mortelle, ainsi qu'un défi à relever, ce qui a fourni un contexte permettant de comprendre les points de vue des répondants. De nombreuses personnes ont également fourni un résumé de leur situation comprenant des réflexions sur leur expérience. Par exemple :

- Exemple positif : *J'ai trouvé l'ensemble de l'équipe du centre de cancérologie très efficace. Le personnel de la réception, du service de phlébotomie et de la pharmacie, les infirmières m'administrant la chimiothérapie et, surtout, mon médecin et mon infirmière collaboraient de manière très efficace, de sorte que mes rendez-vous étaient bien coordonnés et pris dans des délais opportuns. J'ai pu obtenir une réponse rapide et détaillée à toute question que j'avais relativement à mon traitement ou aux effets secondaires. Je ne me suis jamais senti bousculé par mon médecin, qui a pris le temps de répondre à toutes mes questions et m'a expliqué les démarches de façon à ce que je puisse comprendre tout ce qui se passait. Même les appels passés après les heures de bureau par l'intermédiaire de la standardiste à l'oncologue/hématologue de garde étaient rapidement acheminés et traités de manière consciencieuse.*
- Exemple négatif : *Je m'interroge sur le degré d'imputabilité ou de responsabilité du personnel à mon égard à titre de patient ainsi que sur l'efficacité de la communication entre les membres du personnel. J'avais l'impression la plupart du temps qu'on ne reconnaissait pas que je souffrais; ou qu'aucun effort ne semblait être fait pour améliorer mes soins, accélérer mes traitements ou comprendre les raisons causant les retards dans l'administration de mes traitements. C'est comme si personne ne se souciait réellement du fait que j'étais malade. J'étais juste une personne de plus à faire avancer dans le convoyeur du système de soins de santé.*

Messages clés inclus dans le contenu des commentaires écrits

Les descriptions du contenu des commentaires écrits ont été classées selon les thèmes généraux suivants : 1) caractéristiques d'une « bonne » expérience; 2) soins personnels; 3) interaction avec les fournisseurs de soins de santé; 4) prestation des services; et 5) points de vue sur le sondage. Les sujets sur lesquels les répondants se sont exprimés par écrit ont été regroupés selon ces thèmes généraux à la fin de l'analyse. Chacun d'eux sera décrit en détail ci-dessous et mettra en évidence les messages clés qui sont ressortis de l'analyse.

Il est important de noter que les descriptions proviennent de l'ensemble de l'échantillon de commentaires et qu'elles ne révèlent aucune caractéristique propre aux provinces. Bien qu'on ait observé des variations dans les commentaires écrits qui reflétaient certains problèmes locaux auxquels font face diverses provinces, elles n'ont pas été incluses précisément dans l'analyse.

Données quantitatives

Section 1 : S'apercevoir qu'il y a un problème. S'agit-il d'un cancer?

Figure 1.1 : Temps d'attente entre l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal et la coloscopie de suivi

Définition :	Temps d'attente médian et du 90 ^e centile (en jours) entre un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi nécessaire à la résolution du diagnostic
Justification de la mesure :	Le suivi et la communication des données sur les temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal dans tout le Canada peuvent contribuer à révéler ce que doivent cibler les efforts afin d'améliorer la collaboration entre les diverses parties du système participant au dépistage et au diagnostic du cancer colorectal afin d'assurer une résolution rapide des résultats anormaux.
Période de mesure :	Années de dépistage 2013-2014
Dénominateur :	Personnes âgées de 50 à 74 ans ayant subi une coloscopie dans les 180 jours suivant la communication d'un résultat anormal au test fécal* *Comprend les personnes ayant subi un test fécal dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer colorectal
Numérateur :	Sans objet
Critères d'exclusion :	1) Patients âgés de < 50 ans ou de ≥ 75 ans 2) Dépistages effectués en dehors des programmes de dépistage du cancer colorectal 3) Coloscopies effectuées plus de 180 jours après les tests fécaux anormaux
Disponibilité des données :	Alb., Sask., Man., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.
Stratification :	Province
Source des données :	Programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal
Date de récupération des données :	Octobre à décembre 2015
Précisions sur les variables :	Non disponibles
Remarques des territoires de compétence :	Alb. : <ul style="list-style-type: none">• Plusieurs bases de données ont été utilisées pour saisir les données relatives aux coloscopies de suivi, comme le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et la base de données des réclamations de l'Alberta.• Les taux d'exécution ont été sous-estimés en raison du manque de données sur les coloscopies, dû aux délais entre le moment où la coloscopie a été effectuée et le moment où elle a été saisie dans les bases de données. En général, les délais de déclaration au SNISA et à la BDGP sont d'au moins

	<p>1,5 mois; certaines cliniques peuvent avoir des délais plus longs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sur les réclamations de médecins qui sont disponibles dans le dépôt de données couvrent une période allant jusqu'au 31 mars 2014. <p>Î.-P.-É. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certaines des personnes qui ont dû attendre longtemps avant de passer une coloscopie ont utilisé la trousse de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) après une coloscopie récente, ce qui n'est pas conforme aux directives et fausse les résultats quant aux temps d'attente.
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses ont été réalisées par les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal. Les données ont été fournies par les registres provinciaux du cancer. 2) Les données présentées incluent les sujets âgés de 50 à 74 ans. 3) La date du résultat anormal à un test fécal est la date à laquelle le résultat a été signalé par le laboratoire pour chaque test individuel; s'il y a eu plus d'un test fécal anormal, la date du premier test est utilisée. 4) La coloscopie peut avoir été réalisée ou non dans le cadre d'un programme de dépistage, mais les données prises en compte concernent uniquement les personnes qui ont effectué le test fécal dans le cadre d'un programme de dépistage. 5) Le délai cible entre la communication du résultat anormal d'un test fécal et la coloscopie de suivi nécessaire à la résolution du diagnostic est de 60 jours.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figures 1.2 et 1.3 : Temps d'attente entre l'obtention de résultats anormaux à un examen de dépistage du cancer du sein et le diagnostic, avec ou sans biopsie

Définition :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Temps d'attente médian et du 90^e centile (en semaines) entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution 2) Pourcentage de patientes ayant obtenu la résolution de leur diagnostic dans les temps d'attente cibles : <ul style="list-style-type: none"> • 5 semaines pour un diagnostic ne nécessitant pas de biopsie tissulaire • 7 semaines pour un diagnostic nécessitant une biopsie tissulaire
Justification de la mesure :	Le suivi et la communication des données sur les temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein dans tout le Canada peuvent contribuer à révéler ce que doivent cibler les efforts afin d'améliorer la collaboration entre les diverses parties du système participant au dépistage et au diagnostic du cancer du sein afin d'assurer une résolution rapide des résultats anormaux.
Période de mesure :	Année de dépistage 2013
Dénominateur :	<p>Femmes de 50 à 69 ans participant à un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui ont obtenu un résultat anormal à un examen de dépistage (mammographie ou examen clinique des seins).</p> <p>Deux groupes de patientes ont fait l'objet de l'analyse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Patientes ne nécessitant pas de biopsie tissulaire pour résoudre le diagnostic 2) Patientes nécessitant une biopsie tissulaire pour résoudre le diagnostic
Numérateur :	Sans objet
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le Qc et les territoires 2) Patientes âgées de < 50 ans ou de ≥ 70 ans 3) Patientes ayant dû attendre plus de 6 mois pour obtenir un diagnostic définitif après un résultat anormal au dépistage
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, sauf le Qc et les territoires
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Par province 2) Besoin d'une biopsie tissulaire : nécessitant une biopsie tissulaire, ne nécessitant pas de biopsie tissulaire
Source des données :	Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein
Date de récupération des données :	Décembre 2015
Précisions sur les variables :	Non disponibles
Remarques des territoires de compétence :	Ont. : Les femmes pour lesquelles le résultat final du dépistage était inconnu ou celles qui ont été perdues au suivi ont été exclues.

Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses ont été réalisées par les programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein. Les données ont été fournies par les registres provinciaux du cancer. 2) Les données présentées incluent les sujets âgés de 50 à 69 ans. 3) La biopsie tissulaire comprend la biopsie par forage (aiguille) avec ou sans guidage par imagerie et la biopsie ouverte (exérèse) avec ou sans guidage par imagerie. 4) La biopsie tissulaire ne comprend pas la ponction à l'aiguille fine (PAF). 5) Le temps d'attente pour un diagnostic est fondé sur la date du premier résultat de biopsie pathologique du cancer du sein (en excluant la PAF et toutes les interventions ayant donné un résultat non concluant) ou la date de la dernière analyse négative ou de la dernière biopsie pathologique. 6) Le diagnostic définitif de cancer correspond à la première biopsie chirurgicale par forage ou ouverte confirmant le cancer. Dans de rares cas, la biopsie par PAF peut également avoir été utilisée pour poser un diagnostic définitif de cancer. Le diagnostic définitif d'un cas bénin correspond au dernier examen négatif effectué dans les 6 mois suivant un résultat anormal au dépistage.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Entendre les mots « Vous avez un cancer ». Qu'arrive-t-il maintenant?

Figure 2.1 : Pourcentage de patients qui ont signalé que leur diagnostic leur a été annoncé avec tact

Définition :	Pourcentage de patients qui ont signalé que leur diagnostic leur a été annoncé avec tact
Justification de la mesure :	Avoir des fournisseurs de soins de santé qui donnent suite aux besoins, aux préférences et aux préoccupations des patients et de leur famille après l'annonce du diagnostic peut améliorer l'expérience du patient.
Période de mesure :	L'année la plus récente de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : 2012 • Sask., Î.-P.-É. : 2013 • Alb. : 2015 • Man., N.-É., T.-N.-L. : 2016 • Ont., Qc : exercice financier 2015-2016
Dénominateur :	Nombre de répondants ayant répondu à la question « Vous a-t-on annoncé votre diagnostic avec tact? »
Numérateur :	Nombre de répondants ayant fourni les réponses suivantes à la question : <ul style="list-style-type: none"> • « Tout à fait d'accord » • « Plus ou moins d'accord » • « Non »
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Patients décédés • Patients âgés de moins de 18 ans (selon la date de naissance au moment de l'extraction des données pour le sondage) • Patients n'ayant pas d'adresse fixe connue • Patients dont le diagnostic de cancer n'est pas confirmé (même s'ils ont reçu un traitement au sein de leur établissement), y compris les cancers in situ, les hémopathies bénignes ou d'autres maladies bénignes (p. ex. maladies myéloprolifératives), ou est en cours d'évaluation • Patients n'ayant reçu des soins qu'en milieu hospitalier • Patients ayant informé l'hôpital qu'ils souhaitaient être exclus de la liste d'envoi
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, à l'exception du N.-B.
Stratification :	Province
Source des données :	NRC Health, <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS)</i>
Date de récupération des données :	Avril 2017
Précisions sur les variables :	Les analyses étaient fondées sur la question suivante : <ul style="list-style-type: none"> • Vous a-t-on annoncé votre diagnostic avec tact?
Remarques des territoires de compétence :	Alb. : En raison du faible nombre de patients fréquentant des centres de cancérologie communautaires

	<p>(établissements locaux offrant un traitement à action générale), l'ensemble des patients inscrits admissibles (100 %) ont été invités à répondre au sondage. Le reste de l'échantillon était divisé selon la proportion de la population de patients fréquentant des établissements plus importants (centres de cancérologie associés et centres de cancérologie tertiaires). Les patients fréquentant simultanément un centre de cancérologie communautaire et un établissement plus important ont répondu au sondage à titre de bénéficiaires du centre de cancérologie communautaire.</p> <p>Qc : Le sondage a été réalisé à partir d'un échantillon stratifié non proportionnel afin de produire des estimations à l'échelle régionale. Par conséquent, de nombreuses régions ont été suréchantillonnées, ce qui signifie que les données non pondérées ne sont pas représentatives de la population cible.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses fondées sur des données non pondérées ont été réalisées et fournies par la firme NRC Health pour toutes les provinces sauf le Québec. 2) Au Québec, l'analyse a été réalisée par le gouvernement qui a fourni des résultats provinciaux pondérés. 3) Le N.-B. n'a pas participé à l'AOPSS.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 2.2 : Pourcentage de patients qui ont indiqué qu'ils n'ont pas été orientés vers un professionnel qui aurait pu les aider à apaiser leurs angoisses et leurs craintes au moment du diagnostic

Définition :	Pourcentage de patients qui ont indiqué qu'ils n'ont pas été orientés vers un fournisseur de soins qui aurait pu les aider à apaiser leurs angoisses et leurs craintes au moment de leur diagnostic de cancer
Justification de la mesure :	Être orienté vers des fournisseurs de soins ou des groupes de soutien par les pairs pour obtenir de l'aide relativement aux préoccupations physiques, émotionnelles et pratiques, au besoin, après le diagnostic peut améliorer l'expérience du patient.
Période de mesure :	L'année la plus récente de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : 2012 • Sask., Î.-P.-É. : 2013 • Alb. : 2015 • Man., N.-É., T.-N.-L. : 2016 • Ont., Qc : exercice financier 2015-2016
Dénominateur :	Nombre de répondants ayant répondu à la question « Quand on vous a annoncé votre maladie pour la première fois, avez-vous été orienté vers un fournisseur de soins qui aurait pu vous aider à apaiser vos angoisses et vos craintes? »
Numérateur :	Nombre de répondants ayant répondu « non » à la question.
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Patients décédés • Patients âgés de moins de 18 ans (selon la date de naissance au moment de l'extraction des données pour le sondage) • Patients n'ayant pas d'adresse fixe connue • Patients dont le diagnostic de cancer n'est pas confirmé (même s'ils ont reçu un traitement au sein de leur établissement), y compris les cancers in situ, les hémopathies bénignes ou d'autres maladies bénignes (p. ex. maladies myéloprolifératives), ou est en cours d'évaluation • Patients n'ayant reçu des soins qu'en milieu hospitalier • Patients ayant informé l'hôpital qu'ils souhaitaient être exclus de la liste d'envoi • Patients n'ayant signalé aucune angoisse ni crainte
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, à l'exception du N.-B.
Stratification :	Province
Source des données :	NRC Health, <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey</i> (AOPSS)
Date de récupération des données :	Avril 2017
Précisions sur les variables :	L'analyse était fondée sur la question suivante :

	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous été orienté vers un fournisseur de soins qui aurait pu vous aider à apaiser vos angoisses et vos craintes?
Remarques des territoires de compétence :	<p>Alb. : En raison du faible nombre de patients fréquentant des centres de cancérologie communautaires (établissements locaux offrant un traitement à action générale), l'ensemble des patients inscrits admissibles (100 %) ont été invités à répondre au sondage. Le reste de l'échantillon était divisé selon la proportion de la population de patients fréquentant des établissements plus importants (centres de cancérologie associés et centres de cancérologie tertiaires). Les patients fréquentant simultanément un centre de cancérologie communautaire et un établissement plus important ont répondu au sondage à titre de bénéficiaires du centre de cancérologie communautaire.</p> <p>Qc : Le sondage a été réalisé à partir d'un échantillon stratifié non proportionnel afin de produire des estimations à l'échelle régionale. Par conséquent, de nombreuses régions ont été suréchantillonnées, ce qui signifie que les données non pondérées ne sont pas représentatives de la population cible.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses fondées sur des données non pondérées ont été réalisées et fournies par la firme NRC Health pour toutes les provinces sauf le Québec. 2) Au Québec, l'analyse a été réalisée par le gouvernement qui a fourni des résultats provinciaux pondérés. 3) Le N.-B. n'a pas participé à l'AOPSS.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 2.3 : Pourcentage de patients qui ont indiqué que personne n’a discuté avec eux des traitements contre leur cancer

Définition :	Pourcentage de patients qui ont indiqué que personne n’a discuté avec eux des traitements contre leur cancer
Justification de la mesure :	Recevoir des renseignements adaptés et compréhensibles au sujet du cancer et des options de traitement et avoir l’occasion de poser des questions peut améliorer l’expérience du patient.
Période de mesure :	L’année la plus récente de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : 2012 • Sask., Î.-P.-É. : 2013 • Alb. : 2015 • Man., N.-É., T.-N.-L. : 2016 • Ont., Qc : exercice financier 2015-2016
Dénominateur :	Nombre de répondants ayant répondu à la question « Quelqu’un a-t-il discuté avec vous des différents traitements de votre cancer? »
Numérateur :	Nombre de répondants ayant répondu « non » à la question.
Critères d’exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Patients décédés • Patients âgés de moins de 18 ans (selon la date de naissance au moment de l’extraction des données pour le sondage) • Patients n’ayant pas d’adresse fixe connue • Patients dont le diagnostic de cancer n’est pas confirmé (même s’ils ont reçu un traitement au sein de leur établissement), y compris les cancers in situ, les hémopathies bénignes ou d’autres maladies bénignes (p. ex. maladies myéloprolifératives), ou est en cours d’évaluation • Patients n’ayant reçu des soins qu’en milieu hospitalier • Patients ayant informé l’hôpital qu’ils souhaitaient être exclus de la liste d’envoi
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, à l’exception du N.-B.
Stratification :	Province
Source des données :	NRC Health, <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey</i> (AOPSS)
Date de récupération des données :	Avril 2017
Précisions sur les variables :	L’analyse était fondée sur la question suivante : <ul style="list-style-type: none"> • Quelqu’un a-t-il discuté avec vous des différents traitements de votre cancer?
Remarques des territoires de compétence :	Alb. : En raison du faible nombre de patients fréquentant les centres de cancérologie communautaires (établissements locaux offrant un traitement à action générale), l’ensemble des patients inscrits admissibles (100 %) ont été invités à répondre au sondage. Le reste de l’échantillon était divisé

	<p>selon la proportion de la population de patients fréquentant des établissements plus importants (centres de cancérologie associés et centres de cancérologie tertiaires). Les patients fréquentant simultanément un centre de cancérologie communautaire et un établissement plus important ont répondu au sondage à titre de bénéficiaires du centre de cancérologie communautaire.</p> <p>Qc :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sondage a été réalisé à partir d'un échantillon stratifié non proportionnel afin de produire des estimations à l'échelle régionale. Par conséquent, de nombreuses régions ont été suréchantillonnées, ce qui signifie que les données non pondérées ne sont pas représentatives de la population cible. • La question du sondage faisait référence à une discussion avec un fournisseur de soins de santé et non simplement avec « une personne indéterminée » (contrairement à la question posée dans les autres provinces/territoires).
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses fondées sur des données non pondérées ont été réalisées et fournies par la firme NRC Health pour toutes les provinces sauf le Québec. 2) Au Québec, l'analyse a été réalisée par le gouvernement qui a fourni des résultats provinciaux pondérés. 3) Le N.-B. n'a pas participé à l'AOPSS.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 2.4 : Pourcentage de patients qui ont indiqué que leur fournisseur de soins n’a pas discuté avec eux de leurs inquiétudes ou de leurs préoccupations avant de commencer le traitement

Définition :	Pourcentage de patients qui ont indiqué que leur fournisseur de soins n’a pas discuté avec eux de leurs inquiétudes ou de leurs préoccupations avant de commencer le traitement
Justification de la mesure :	Avoir des fournisseurs de soins de santé qui donnent suite aux besoins, aux préférences et aux préoccupations des patients et de leur famille après l’annonce du diagnostic peut améliorer l’expérience du patient.
Période de mesure :	L’année la plus récente de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : 2012 • Sask., Î.-P.-É. : 2013 • Alb. : 2015 • Man., N.-É., T.-N.-L. : 2016 • Ont., Qc : exercice financier 2015-2016
Dénominateur :	Nombre de répondants ayant répondu à la question « Si vous aviez des inquiétudes ou des préoccupations avant de commencer votre traitement, votre fournisseur de soins en a-t-il discuté avec vous? »
Numérateur :	Nombre de répondants ayant répondu « non » à la question.
Critères d’exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Patients décédés • Patients âgés de moins de 18 ans (selon la date de naissance au moment de l’extraction des données pour le sondage) • Patients n’ayant pas d’adresse fixe connue • Patients dont le diagnostic de cancer n’est pas confirmé (même s’ils ont reçu un traitement au sein de leur établissement), y compris les cancers in situ, les hémopathies bénignes ou d’autres maladies bénignes (p. ex. maladies myéloprolifératives), ou est en cours d’évaluation • Patients n’ayant reçu des soins qu’en milieu hospitalier • Patients ayant informé l’hôpital qu’ils souhaitaient être exclus de la liste d’envoi • Répondants ayant indiqué n’avoir eu aucune inquiétude ou préoccupation avant le début du traitement
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, sauf le Qc et le N.-B.
Stratification :	Province
Source des données :	NRC Health, <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey</i> (AOPSS)
Date de récupération des données :	Avril 2017
Précisions sur les variables :	Les analyses étaient fondées sur la question suivante :

	<ul style="list-style-type: none"> • Si vous aviez des inquiétudes ou des préoccupations avant de commencer votre traitement, votre fournisseur de soins en a-t-il discuté avec vous?
Remarques des territoires de compétence :	<p>Alb. : En raison du faible nombre de patients fréquentant les centres de cancérologie communautaires (établissements locaux offrant un traitement à action générale), l'ensemble des patients inscrits admissibles (100 %) ont été invités à répondre au sondage. Le reste de l'échantillon était divisé selon la proportion de la population de patients fréquentant des établissements plus importants (centres de cancérologie associés et centres de cancérologie tertiaires). Les patients fréquentant simultanément un centre de cancérologie communautaire et un établissement plus important ont répondu au sondage à titre de bénéficiaires du centre de cancérologie communautaire.</p> <p>Qc : La version de l'AOPSS au Québec ne comprenait pas cette question.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses fondées sur des données non pondérées ont été réalisées et fournies par la firme NRC Health pour toutes les provinces. 2) Le N.-B. n'a pas participé à l'AOPSS et le Qc n'a pas posé cette question.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 2.5 : Pourcentage de patients qui ont indiqué qu'ils n'ont pas reçu suffisamment d'information au sujet des traitements contre leur cancer

Définition :	Pourcentage de patients qui ont indiqué qu'ils n'ont pas reçu suffisamment d'information au sujet des traitements contre leur cancer
Justification de la mesure :	Recevoir des renseignements adaptés et compréhensibles au sujet du cancer et des options de traitement et avoir l'occasion de poser des questions peut améliorer l'expérience du patient.
Période de mesure :	L'année la plus récente de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : 2012 • Sask., Î.-P.-É. : 2013 • Alb. : 2015 • Man., N.-É., T.-N.-L. : 2016 • Ont., Qc : exercice financier 2015-2016
Dénominateur :	Nombre de répondants ayant répondu à la question « Avez-vous reçu suffisamment d'information au sujet des traitements contre votre cancer? »
Numérateur :	Nombre de répondants ayant répondu « non » à la question.
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Patients décédés • Patients âgés de moins de 18 ans (selon la date de naissance au moment de l'extraction des données pour le sondage) • Patients n'ayant pas d'adresse fixe connue • Patients dont le diagnostic de cancer n'est pas confirmé (même s'ils ont reçu un traitement au sein de leur établissement), y compris les cancers in situ, les hémopathies bénignes ou d'autres maladies bénignes (p. ex. maladies myéloprolifératives), ou est en cours d'évaluation • Patients n'ayant reçu des soins qu'en milieu hospitalier • Patients ayant informé l'hôpital qu'ils souhaitaient être exclus de la liste d'envoi
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, à l'exception du N.-B.
Stratification :	Province
Source des données :	NRC Health, <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey</i> (AOPSS)
Date de récupération des données :	Avril 2017
Précisions sur les variables :	L'analyse était fondée sur la question suivante : <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous reçu suffisamment d'information au sujet des traitements contre votre cancer?
Remarques des territoires de compétence :	Sans objet

Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none">1) Les analyses fondées sur des données non pondérées ont été réalisées et fournies par la firme NRC Health pour toutes les provinces sauf le Québec.2) Au Québec, l'analyse a été réalisée par le gouvernement qui a fourni des résultats provinciaux pondérés.3) Le N.-B. n'a pas participé à l'AOPSS.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 2.6 : Pourcentage de patients qui ont indiqué que leur fournisseur de soins n'a pas pris en compte leurs préoccupations liées aux déplacements pendant la planification de leur traitement

Définition :	Pourcentage de patients qui ont signalé que leur fournisseur de soins n'a pas pris en compte leurs préoccupations liées aux déplacements pendant la planification de leur traitement
Justification de la mesure :	Avoir des fournisseurs de soins de santé qui donnent suite aux besoins, aux préférences et aux préoccupations des patients et de leur famille après l'annonce du diagnostic peut améliorer l'expérience du patient.
Période de mesure :	L'année la plus récente de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : 2012 • Sask., Î.-P.-É. : 2013 • Alb. : 2015 • Man., N.-É., T.-N.-L. : 2016 • Ont., Qc : exercice financier 2015-2016
Dénominateur :	Nombre de répondants ayant répondu à la question « Vos fournisseurs de soins ont-ils pris en compte vos préoccupations liées aux déplacements pendant la planification de votre traitement? »
Numérateur :	Nombre de répondants ayant répondu « non » à la question.
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Patients décédés • Patients âgés de moins de 18 ans (selon la date de naissance au moment de l'extraction des données pour le sondage) • Patients n'ayant pas d'adresse fixe connue • Patients dont le diagnostic de cancer n'est pas confirmé (même s'ils ont reçu un traitement au sein de leur établissement), y compris les cancers in situ, les hémopathies bénignes ou d'autres maladies bénignes (p. ex. maladies myéloprolifératives), ou est en cours d'évaluation • Patients n'ayant reçu des soins qu'en milieu hospitalier • Patients ayant informé l'hôpital qu'ils souhaitaient être exclus de la liste d'envoi • Répondants ayant affirmé n'avoir eu aucune préoccupation liée aux déplacements
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, à l'exception du N.-B.
Stratification :	Province
Source des données :	NRC Health, <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS)</i>
Date de récupération des données :	Avril 2017
Précisions sur les variables :	L'analyse était fondée sur la question suivante :

	<ul style="list-style-type: none"> • Vos fournisseurs de soins ont-ils pris en compte vos préoccupations liées aux déplacements pendant la planification de votre traitement?
Remarques des territoires de compétence :	<p>Alb. : En raison du faible nombre de patients fréquentant les centres de cancérologie communautaires (établissements locaux offrant un traitement à action générale), l'ensemble des patients inscrits admissibles (100 %) ont été invités à répondre au sondage. Le reste de l'échantillon était divisé selon la proportion de la population de patients fréquentant des établissements plus importants (centres de cancérologie associés et centres de cancérologie tertiaires). Les patients fréquentant simultanément un centre de cancérologie communautaire et un établissement plus important ont répondu au sondage à titre de bénéficiaires du centre de cancérologie communautaire.</p> <p>Qc : Le sondage a été réalisé à partir d'un échantillon stratifié non proportionnel afin de produire des estimations à l'échelle régionale. Par conséquent, de nombreuses régions ont été suréchantillonnées, ce qui signifie que les données non pondérées ne sont pas représentatives de la population cible.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses fondées sur des données non pondérées ont été réalisées et fournies par la firme NRC Health pour toutes les provinces sauf le Québec. 2) Au Québec, l'analyse a été réalisée par le gouvernement qui a fourni des résultats provinciaux pondérés. 3) Le N.-B. n'a pas participé à l'AOPSS.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Recevoir des traitements contre le cancer. Est-ce qu'ils vont fonctionner?

Figure 3.1 : Pourcentage de patients qui ont signalé des expériences négatives alors qu'ils recevaient des soins ambulatoires en oncologie

Définition :	Pourcentage de réponses des patients qui étaient négatives pour chaque dimension des soins (c'est-à-dire, coordination et continuité des soins; soutien émotionnel; information, communication et éducation; et confort physique)
Justification de la mesure :	S'assurer que les patients atteints de cancer reçoivent un soutien et des services adaptés à chaque étape de leur parcours de soins contre le cancer est une composante essentielle d'un système de lutte contre le cancer de haute qualité. Une meilleure expérience des patients a été associée à une amélioration des résultats de santé, à un meilleur suivi des recommandations thérapeutiques et à une utilisation accrue des soins préventifs. Comprendre l'expérience des patients quant à leurs soins peut aider à cerner les aspects importants à leurs yeux et à orienter les initiatives d'amélioration de la qualité visant à améliorer l'expérience du patient.
Période de mesure :	L'année la plus récente de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : 2012 • Sask., Î.-P.-É. : 2013 • Alb. : 2015 • Man., N.-É., T.-N.-L. : 2016 • Ont., Qc : exercice financier 2015-2016
Dénominateur :	Nombre total de réponses (positives, neutres ou négatives) fournies par les patients atteints de cancer pour chaque dimension des soins
Numérateur :	Nombre de réponses négatives fournies par les patients atteints de cancer pour chaque dimension des soins
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Patients décédés • Patients âgés de moins de 18 ans (selon la date de naissance au moment de l'extraction des données pour le sondage) • Patients n'ayant pas d'adresse fixe connue • Patients dont le diagnostic de cancer n'est pas confirmé (même s'ils ont reçu un traitement au sein de leur établissement), y compris les cancers in situ, les hémopathies bénignes ou d'autres maladies bénignes (p. ex. maladies myéloprolifératives), ou est en cours d'évaluation • Patients n'ayant reçu des soins qu'en milieu hospitalier

	<ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant informé l'hôpital qu'ils souhaitaient être exclus de la liste d'envoi • Aucune réponse ou réponses inconnues
Disponibilité des données :	C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É. (globalement seulement), Î.-P.-É. et T.-N.-L.
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dimension des soins : <ul style="list-style-type: none"> • coordination et continuité des soins • soutien émotionnel • information, communication et éducation • confort physique 2) Groupes d'âge : 18 à 29 ans, 30 ans et plus, tous les patients (18 ans et plus)
Source des données :	NRC Health, <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey</i> (AOPSS)
Date de récupération des données :	Septembre 2016
Précisions sur les variables :	Les questions sur la dimension des soins variaient selon la province. Pour chaque province, on a relevé les questions pertinentes que l'on a ensuite incluses dans l'analyse.
Remarques des territoires de compétence :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses fondées sur des données non pondérées ont été réalisées et fournies par la firme NRC Health pour toutes les provinces sauf le Québec. 2) Au Québec, l'analyse a été réalisée par le gouvernement qui a fourni des données non pondérées, lesquelles ont été incluses dans les résultats nationaux. 3) Le N.-B. n'a pas participé à l'AOPSS. 4) Les données provinciales non pondérées ont été regroupées pour calculer les résultats à l'échelle nationale : <ul style="list-style-type: none"> • Le Qc a été exclu de la catégorie «Confort physique » en raison du faible nombre de résultats justifiant son retrait. • La N.-É. a été incluse uniquement dans les estimations globales (18 ans et plus), les répartitions selon l'âge et le sexe n'ayant pas été fournies.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 3.2 : Temps d'attente entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie pour tous les types de cancer

Définition :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Temps d'attente médian et du 90^e centile (en jours) entre la date à laquelle le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie pour tous les types de cancer 2) Pourcentage des traitements de radiothérapie pour lesquels les temps d'attente ci-dessus respectaient le délai cible national (28 jours)
Justification de la mesure :	La communication de données sur les temps d'attente pour une radiothérapie constitue une étape importante pour comprendre la capacité du système de soins de santé à répondre aux besoins des patients atteints de cancer.
Période de mesure :	Année de traitement 2014
Dénominateur :	Tous les patients atteints de cancer ayant reçu une radiothérapie en 2014 pour lesquels les données concernant les temps d'attente ont été recueillies selon les spécifications de cet indicateur.
Numérateur :	Sans objet
Critères d'exclusion :	Les patients ayant subi une radiothérapie externe ont été inclus; tous les autres types de radiothérapie ont été exclus.
Disponibilité des données :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Données sur le temps d'attente médian et du 90^e centile : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B., Alb., Man., N.-B., T.-N.-L. et Î.-P.-É. 2) Données sur le pourcentage des temps d'attente respectant la cible nationale actuelle : <ul style="list-style-type: none"> • C.-B., Alb., Man., N.-B., T.-N.-L., Î.-P.-É., Ont. (voir <i>Remarques des provinces/territoires</i> pour plus de détails) et Qc
Stratification :	Province
Source des données :	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
Date de récupération des données :	Décembre 2015
Précisions sur les variables :	Non disponibles
Remarques des territoires de compétence :	<p>C.-B. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La curiethérapie n'a pas été incluse. <p>Alb. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données comprennent tous les patients qui ont reçu une radiothérapie dans un centre affilié à Cancer Control Alberta et dont le premier traitement a été effectué entre le 2 janvier 2014 et le 31 décembre 2014; cela inclut toutes les personnes qui résidaient dans une autre province au moment du diagnostic, mais qui ont reçu leur traitement de radiothérapie en Alberta.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pour cet indicateur, la classification des groupes de tumeurs repose sur les groupes des tumeurs lors de l'orientation. • La curiethérapie n'a pas été incluse. <p>Ont. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage des traitements de radiothérapie pour lesquels le temps respectait le délai cible de 14 jours (Association canadienne de radio-oncologie [ACRO]) concernait la période de février à décembre 2014. <p>N.-É. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients atteints de plus d'une pathologie traitée peuvent avoir déclaré plusieurs temps d'attente. • Les procédures de spécification de la date à laquelle un patient est prêt à être traité n'ont pas permis de saisir correctement les dates pertinentes dans le cas de cancers de la prostate ou du sein; par conséquent, les temps d'attente pour ces deux types de cancer n'ont pas été déclarés.
Remarques sur la méthodologie :	<p>1) Dans le cas des cancers avec radiothérapie, tous les codes de comportement ont été inclus.</p> <p>2) On sait que la manière dont les différentes provinces mesurent les temps d'attente n'est pas uniforme. L'une des principales sources de variation porte sur la définition de la période à partir de laquelle le patient est « prêt à être traité ». Des efforts sont en cours pour normaliser ces définitions. Les paragraphes ci-dessous présentent les définitions utilisées par les différentes provinces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • C.-B. : Date à laquelle l'oncologue et le patient conviennent que le traitement peut commencer. La désignation « prêt à être traité » exige que tous les tests diagnostiques et toutes les interventions nécessaires pour évaluer la pertinence, les indications et la capacité de subir la radiothérapie aient été effectués. • Alb. : Date à laquelle le patient est physiquement prêt à commencer le traitement. • Sask. : Date à laquelle le patient est prêt à recevoir le traitement, en tenant compte des facteurs cliniques et de ses préférences. Dans le cas de la radiothérapie, les activités préparatoires (p. ex. simulation, planification du traitement, soins dentaires) ne retardent pas la date à laquelle le patient est prêt à être traité. • Man. : Date à laquelle une décision approuvée par le patient a été prise par le radio-oncologue

	<p>concernant la pertinence de la radiothérapie et la date de début du traitement ET à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue médical ET est disposé à le commencer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ont. : Période de temps écoulé entre le moment où le spécialiste est convaincu que le patient est prêt à commencer le traitement et la date à laquelle le patient reçoit le traitement. • Qc : Pendant la consultation, le radio-oncologue inscrit sur un formulaire de demande de traitement la date à laquelle le patient sera prêt à commencer son traitement. • N.-B. : Date à laquelle tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. • N.-É. : Date à laquelle tous les examens préalables au traitement et tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. • Î.-P.-É. : Date à laquelle tous les examens préalables au traitement et tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. • T.-N.-L. : Date à laquelle tous les examens préalables au traitement et tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.
<p>Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :</p>	<p>Sans objet</p>

Figure 3.3 : Temps d'attente pour une chirurgie entre la date de prise du rendez-vous et la date de l'intervention, selon le siège du cancer

Définition :	Temps d'attente du 90 ^e centile pour une chirurgie oncologique entre la date de prise du rendez-vous et la date de l'intervention
Justification de la mesure :	La communication de données sur les temps d'attente d'une chirurgie oncologique constitue une étape importante pour comprendre l'accessibilité du système de soins de santé et la capacité de celui-ci à répondre aux besoins des patients atteints de cancer.
Période de mesure :	1 ^{er} avril-30 septembre 2016
Dénominateur :	Patients atteints de cancer (18 ans et plus) soumis aux chirurgies suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Toute chirurgie pour un cancer confirmé ou soupçonné • Toute chirurgie pour un nouveau cancer ou un cancer récidivant/métastatique
Numérateur :	Sans objet
Critères d'exclusion :	Pour les cancers du sein, du poumon, de la prostate et le cancer colorectal : <ul style="list-style-type: none"> • patients ayant subi uniquement une biopsie • journées d'indisponibilité du patient pour la chirurgie • patients sous traitement néoadjuvant • cas urgents Critère d'exclusion propre au cancer du sein : <ul style="list-style-type: none"> • chirurgie de reconstruction mammaire, sauf si effectuée au cours de la même intervention Critères d'exclusion propres au cancer colorectal : <ul style="list-style-type: none"> • fermeture d'iléostomie/colostomie • cancer de l'estomac ou de l'intestin grêle
Disponibilité des données :	Veuillez consulter la page « Métadonnées sur les temps d'attente » du site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé : https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/acces-et-temps-dattente/metadonnees-du-les-temps-dattente .
Stratification :	Siège du cancer : sein, colorectal, poumon et prostate
Source des données :	Institut canadien d'information sur la santé
Date de récupération des données :	Avril 2017
Précisions sur les variables :	Non disponibles
Remarques des territoires de compétence :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	La date de prise de rendez-vous est la date où le patient et le médecin pertinent conviennent d'un service et où le patient est prêt à le recevoir.

Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet
---	------------

Figure 3.4 : Proportion de patients qui ont signalé ressentir des symptômes de détresse

Définition :	Répartition et degré d'intensité des symptômes de détresse éprouvés par les patients
Justification de la mesure :	Le dépistage systématique des symptômes est important pour déterminer les préoccupations psychologiques, sociales, spirituelles, pratiques ou physiques d'un patient atteint de cancer qui peuvent compromettre sa capacité à affronter le cancer et son traitement. L'un des outils d'autoévaluation souvent utilisés pour mesurer les résultats signalés par les patients est l' <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS-r), qui mesure neuf symptômes fréquemment déclarés (douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, somnolence, appétit, absence de bien-être et essoufflement).
Période de mesure :	Les trois mois les plus récents de données disponibles pour chaque province : <ul style="list-style-type: none"> • Man., Ont., N.-É. : janvier à mars 2016 • Alb., Sask., Î.-P.-É., T.-N.-L. : avril à juin 2016 • Qc : mai à juillet 2016
Dénominateur :	Nombre de questionnaires remplis (aucune réponse manquante) pour chaque symptôme de détresse
Numérateur :	Nombre de questionnaires indiquant l'intensité des quatre symptômes de détresse suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Aucune détresse • Niveau faible de détresse • Niveau modéré de détresse • Niveau élevé de détresse
Critères d'exclusion :	1) Âge < 18 ans 2) Hémopathies bénignes
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, sauf la C.-B. et le N.-B.
Stratification :	Quatre symptômes de détresse : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Fatigue • Anxiété • Dépression <p>Veillez consulter la section <i>Remarques sur la méthodologie</i> pour plus de détails.</p>
Source des données :	Partenaires de l'Initiative sur les RSP
Date de récupération des données :	Octobre à novembre 2016
Précisions sur les variables :	Les questions sur les symptômes de détresse variaient selon la province. Pour chaque province, on a relevé les questions pertinentes que l'on a ensuite incluses dans l'analyse.
Remarques des territoires de compétence :	Man. : <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage de la détresse est effectué à chaque visite des patients chez le médecin, y compris les

	<p>nouveaux rendez-vous, les consultations en cours de traitement et les rendez-vous de suivi.</p> <p>Ont. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelques différences méthodologiques : (1) le Partenariat canadien contre le cancer exclut les sujets de moins de 18 ans; et (2) Action Cancer Ontario inclut également les cancers hématologiques. • Les dénominateurs varient entre les symptômes à cause de l'omission de certaines questions sur les versions imprimées des questionnaires. <p>N.-É. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dénominateur correspond au nombre total de dépistages auxquels ont pris part les patients entre janvier et mars 2016. Les réponses inconnues sont comptabilisées dans la colonne « Aucune réponse ». <p>Î.-P.-É. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données comprenaient les dépistages initiaux effectués lors de la première consultation, les dépistages suivants réalisés à la fin du traitement et les questionnaires ESAS-r remplis lors de chaque visite chez le médecin (pour le groupe recevant la chimiothérapie par voie intraveineuse qui a débuté le 1^{er} juin). <p>T.-N.-L. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les réponses inconnues sont comptabilisées dans la colonne « Aucune réponse ».
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les données provenaient des partenaires ayant participé au sondage de l'Initiative sur les résultats signalés par le patient (RSP). 2) L'outil d'autoévaluation (<i>Edmonton Symptom Assessment System-revised</i> [ESAS-r]) a été utilisé pour connaître les symptômes fréquemment signalés par les patients atteints d'un cancer au cours de leur traitement. 3) Les répondants devaient évaluer le degré d'intensité de leurs symptômes sur une échelle de 0 à 10. Ces réponses étaient regroupées en quatre catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Aucune détresse : score de 0 • Niveau faible de détresse : scores de 1 à 3 • Niveau modéré de détresse : scores de 4 à 6 • Niveau élevé de détresse : scores de 7 à 10 4) Pour chaque symptôme, on a enregistré un faible nombre de non-réponses, lesquelles ont été exclues : douleur, 0,4 %; fatigue, 0,3 %; anxiété, 0,4 %; dépression, 0,4 %.

Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet
---	------------

Trouver une « nouvelle normalité ». À quoi ressemblera ma vie?

Expériences des patients atteints d'un cancer dans l'étude sur les transitions

Au Canada, la disponibilité de données cohérentes et fiables sur l'expérience des patients au cours de la période suivant le traitement était limitée. Pour combler ce manque d'information et mieux comprendre les défis liés à la survie au cancer, le Partenariat canadien contre le cancer a collaboré avec l'ensemble des 10 provinces pour mener une étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions.

Plus de 13 000 personnes qui avaient terminé un traitement contre le cancer au cours des trois dernières années ont participé à l'enquête nationale pour faire part de leur expérience pendant la transition des soins spécialisés en oncologie vers le système général de soins de santé. Cette étude sur les transitions – la première enquête nationale en son genre – offre une base de données sur les diverses difficultés éprouvées, les exigences en matière d'information ainsi que les besoins satisfaits et insatisfaits des patients ou des survivants du cancer à l'échelle du pays.

Plus précisément, l'étude sur les transitions est guidée par les trois questions de recherche suivantes :

- **Question de recherche 1.** Quelles sont la prévalence et la gravité des préoccupations/problèmes d'ordre physique, émotionnel, pratique et informationnel (domaines) chez les survivants du cancer? Quelle est l'importance des besoins non comblés dans chacun de ces domaines, selon le siège de la maladie et les caractéristiques sociodémographiques, dans chaque province?
- **Question de recherche 2.** Quels sont les **facteurs prédictifs de soins de suivi généraux du cancer répondant aux besoins des patients au sein du système** sur le plan du soutien et des aspects des soins prodigués par les quatre types de fournisseurs de soins de santé différents (c.-à-d. accès, rapidité, connaissances, etc.)?
- **Question de recherche 3.** Quels sont les facteurs prédictifs des soins généraux dans chaque domaine? **Le fait de bénéficier d'un soutien particulier entraîne-t-il de meilleurs résultats, par exemple un plan de soins de survie, une infirmière pivot, une assurance privée, le soutien de la famille et des amis, des conseils professionnels, des groupes de soutien par les pairs, etc.?**

Les résultats inclus dans ce rapport fournissent un premier aperçu des observations de répondants adultes (30 ans et plus) atteints de cancers non métastatiques.

Figure 4.2 : Fournisseur de soins responsable du suivi

Définition :	Répartition des fournisseurs de soins responsables du suivi du traitement
Justification de la mesure :	Avoir un fournisseur de soins de santé responsable du suivi après le traitement du cancer est essentiel si l'on veut faciliter la transition entre les soins spécialisés en oncologie et le système général de soins de santé et fournir un soutien centré sur la personne aux patients et à leur famille à mesure que les besoins surgissent.
Période de mesure :	Année de déclaration 2016
Dénominateur :	<p>Nombre de patients adultes atteints de cancer qui ont répondu à la question au sujet du principal fournisseur de soins responsable du suivi du traitement (veuillez consulter la section <i>Précisions sur les variables</i> pour plus d'information)</p> <p>Pour être inclus dans le dénominateur, les patients devaient être âgés de 30 ans et plus et répondre aux critères d'admissibilité suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un mélanome, un cancer colorectal ou un cancer du sein, de la prostate ou du sang (lymphome hodgkinien, lymphome diffus à cellules B, leucémie myéloïde aiguë, leucémie lymphoïde aiguë) • Cancer non métastatique • Dernier traitement reçu il y a plus de 1 an et moins de 3 ans
Numérateur :	<p>Nombre de patients ayant signalé avoir l'un des types suivants de fournisseurs de soins responsables du suivi du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournisseur de soins primaires : médecin de famille/omnipraticien/infirmière praticienne • Spécialiste du cancer : oncologue, hématologue, chirurgien ou autre spécialiste du cancer • Les deux • Personne
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Répondants ayant répondu « Incertain » 2) Répondants âgés de moins de 30 ans
Disponibilité des données :	Toutes les provinces
Stratification :	Sans objet
Source des données :	Étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions (2016)
Date de récupération des données :	Mars 2017
Précisions sur les variables :	<p>L'analyse était fondée sur la question suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis la fin de votre traitement contre le cancer, quel médecin a été responsable de votre suivi en oncologie?

Remarques des territoires de compétence :	Qc : Les données présentées sont pondérées.
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses étaient fondées sur l'étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions. Les données ont été fournies par la firme IPSOS Reid. 2) Les répondants ne pouvaient choisir qu'une seule réponse.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 4.3 : Facilité d'obtenir de l'aide pour gérer les préoccupations après le traitement, par fournisseur de soins responsable

Définition :	Répartition du degré de facilité à obtenir de l'aide de la part du fournisseur de soins responsable pour gérer les préoccupations après le traitement
Justification de la mesure :	Examiner la facilité du patient à obtenir de l'aide selon le fournisseur de soins responsable (le cas échéant) pour gérer ses préoccupations après le traitement peut aider à cerner les facteurs favorisant le vécu d'une expérience positive après le traitement.
Période de mesure :	Année de déclaration 2016
Dénominateur :	<p>Nombre de répondants satisfaisant aux deux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avait des préoccupations au sujet de changements physiques et émotionnels ou de problèmes pratiques après le traitement et a demandé de l'aide pour y répondre • A identifié le type de fournisseur de soins responsable du suivi après le traitement <p>Pour être inclus dans le dénominateur, les patients devaient être âgés de 30 ans et plus et répondre aux critères d'admissibilité suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un mélanome, un cancer colorectal, un cancer du sein, de la prostate ou du sang (lymphome hodgkinien, lymphome diffus à cellules B, leucémie myéloïde aiguë, leucémie lymphoïde aiguë) • Cancer non métastatique • Dernier traitement reçu il y a plus de 1 an et moins de 3 ans
Numérateur :	<p>Nombre de répondants ayant décrit dans quelle mesure il était facile ou difficile d'obtenir de l'aide après le traitement. Les catégories suivantes ont été utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très facile ou facile • Difficile ou très difficile • Aucune aide reçue <p>Veuillez consulter la section <i>Remarques sur la méthodologie</i> pour plus de détails.</p>
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Répondants ayant signalé n'avoir eu aucune préoccupation concernant des changements physiques ou émotionnels ou des problèmes pratiques 2) Répondants ayant répondu « non » à la question de savoir s'ils avaient demandé de l'aide pour gérer des changements physiques ou émotionnels ou des problèmes pratiques

	<p>3) Répondants n'ayant pas répondu aux questions énumérées dans la section <i>Précisions sur les variables</i> ci-dessous</p> <p>4) Répondants ayant coché « incertain » à la question sur le fournisseur responsable</p> <p>5) Répondants âgés de moins de 30 ans</p>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces
Stratification :	<p>La facilité du patient à obtenir de l'aide pour gérer ses préoccupations après le traitement était stratifiée selon le fournisseur de soins responsable comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournisseur de soins primaires : médecin de famille, omnipraticien, infirmière praticienne • Spécialiste du cancer : oncologue, hématologue, chirurgien ou autre spécialiste du cancer • Les deux • Personne
Source des données :	Étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions (2016)
Date de récupération des données :	Mars 2017
Précisions sur les variables :	<p>Les analyses étaient fondées sur les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis la fin de votre traitement contre le cancer, quel médecin a été responsable de votre suivi en oncologie? • Avec quelle facilité avez-vous obtenu l'aide nécessaire pour gérer votre préoccupation? Le questionnaire comportait plusieurs questions liées à chacun des types de préoccupation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Changements physiques ○ Changements émotionnels ○ Problèmes pratiques
Remarques des territoires de compétence :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<p>1) Les analyses étaient fondées sur l'étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions et les données ont été fournies par la firme IPSOS Reid.</p> <p>2) La facilité à obtenir de l'aide est définie par l'expérience la plus difficile vécue par le répondant en lien avec sa ou ses préoccupations physiques/émotionnelles/pratiques et est quantifiée comme très facile, facile, difficile, très difficile ou « aucune aide reçue ». Le fait d'avoir demandé de l'aide et de ne pas en avoir obtenu était considéré comme l'expérience la plus difficile.</p> <p>3) Les réponses étaient ensuite regroupées en trois catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très facile ou facile • Difficile ou très difficile

	<ul style="list-style-type: none">• Aucune aide reçue (ce qui inclut les réponses « je n'ai pas obtenu d'aide » et « difficile – aucune aide reçue ») <p>4) Les répondants ayant indiqué avoir présenté au moins un type de préoccupation pour laquelle ils ont demandé de l'aide ont été inclus dans les analyses.</p>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 4.4 : Facilité d'obtenir de l'aide pour gérer les préoccupations après le traitement, selon le degré de difficulté à poser des questions aux médecins

Définition :	Distribution du degré de facilité à obtenir de l'aide pour gérer des préoccupations après le traitement selon le degré de difficulté à poser des questions aux médecins
Justification de la mesure :	Examiner la facilité du patient à obtenir de l'aide pour gérer ses préoccupations après le traitement selon le degré de difficulté à poser des questions peut aider à cerner les obstacles potentiels au vécu d'une expérience positive après le traitement.
Période de mesure :	Année de déclaration 2016
Dénominateur :	<p>Nombre de répondants satisfaisant aux deux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avait des préoccupations au sujet de changements physiques et émotionnels ou de problèmes pratiques après le traitement et a demandé de l'aide pour y répondre • A décrit la facilité de poser des questions aux médecins au sujet de préoccupations <p>Pour être inclus dans le dénominateur, les patients devaient être âgés de 30 ans et plus et répondre aux critères d'admissibilité suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un mélanome, un cancer colorectal, un cancer du sein, de la prostate ou du sang (lymphome hodgkinien, lymphome diffus à cellules B, leucémie myéloïde aiguë, leucémie lymphoïde aiguë) • Cancer non métastatique • Dernier traitement reçu il y a plus de 1 an et moins de 3 ans
Numérateur :	<p>Nombre de répondants ayant décrit dans quelle mesure il était facile ou difficile d'obtenir de l'aide pour gérer les préoccupations après le traitement. Les catégories suivantes ont été utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très facile ou facile • Difficile ou très difficile • Aucune aide reçue (ce qui inclut les réponses « je n'ai pas obtenu d'aide » et « difficile – aucune aide reçue ») <p>Veuillez consulter la section <i>Remarques sur la méthodologie</i> pour plus de détails.</p>
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Répondants ayant signalé n'avoir eu aucune préoccupation concernant des changements physiques ou émotionnels ou des problèmes pratiques 2) Répondants ayant répondu « non » à la question de savoir s'ils avaient demandé de l'aide pour gérer des

	<p>changements physiques ou émotionnels ou des problèmes pratiques</p> <p>3) Répondants n'ayant pas répondu à toutes les questions pertinentes</p> <p>4) Répondants âgés de moins de 30 ans</p>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces
Stratification :	<p>La facilité à obtenir de l'aide était stratifiée selon le degré de difficulté à poser des questions aux médecins au sujet de préoccupations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facile : très facile ou facile • Neutre • Difficile : difficile ou très difficile
Source des données :	Étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions (2016)
Date de récupération des données :	Mars 2017
Précisions sur les variables :	<p>Les analyses étaient fondées sur les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure avez-vous trouvé qu'il était facile ou difficile de poser des questions aux médecins au sujet de vos préoccupations liées aux soins de suivi de votre cancer? • Avec quelle facilité avez-vous obtenu l'aide nécessaire pour gérer votre préoccupation? Le questionnaire comportait plusieurs questions liées à chacun des types de préoccupation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Changements physiques ○ Changements émotionnels ○ Problèmes pratiques
Remarques des territoires de compétence :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<p>1) Les analyses étaient fondées sur l'étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions et les données ont été fournies par la firme IPSOS Reid.</p> <p>2) La facilité à obtenir de l'aide est définie par l'expérience la plus difficile vécue par le répondant en lien avec sa ou ses préoccupations physiques/émotionnelles/pratiques et est quantifiée comme très facile, facile, difficile, très difficile ou « aucune aide reçue ». Le fait d'avoir demandé de l'aide et de ne pas en avoir obtenu était considéré comme l'expérience la plus difficile. Les réponses étaient ensuite regroupées en trois catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très facile ou facile • Difficile ou très difficile • Aucune aide reçue
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 4.5 : Raisons invoquées pour ne pas avoir demandé d'aide pour gérer des préoccupations physiques, émotionnelles ou pratiques après la fin du traitement

Définition :	Prévalence des raisons de ne pas demander de l'aide pour gérer des changements physiques ou émotionnels, ou des problèmes pratiques, après la fin du traitement. Chaque type de préoccupation est considéré séparément.
Justification de la mesure :	La communication de données sur les raisons de ne pas avoir demandé d'aide pour gérer des préoccupations après le traitement peut aider à révéler à quel niveau il faut concentrer les efforts afin d'encourager la participation active des patients/survivants aux soins de suivi après le traitement.
Période de mesure :	Année de déclaration 2016
Dénominateur :	<p>Nombre de répondants n'ayant pas demandé d'aide quant à chacun des types de préoccupation (changements physiques ou émotionnels et problèmes pratiques) après la fin du traitement</p> <p>Pour être inclus dans le dénominateur, les patients devaient être âgés de 30 ans et plus et répondre aux critères d'admissibilité suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un mélanome, un cancer colorectal, un cancer du sein, de la prostate ou du sang (lymphome hodgkinien, lymphome diffus à cellules B, leucémie myéloïde aiguë, leucémie lymphoïde aiguë) • Cancer non métastatique • Dernier traitement reçu il y a plus de 1 an et moins de 3 ans
Numérateur :	<p>Nombre de réponses pour chacune des raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je ne voulais pas demander. • Je ne savais pas qu'il existait des services qui pouvaient m'aider. • Quelqu'un m'a dit que c'était normal, et je ne pensais pas que l'on pouvait m'aider. • J'étais gêné. <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les répondants pouvaient sélectionner plusieurs raisons de ne pas avoir demandé de l'aide. • L'indicateur comprenait les raisons les plus fréquemment invoquées pour ne pas avoir demandé d'aide. D'autres choix de réponse étaient disponibles, y compris les suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Je ne savais pas que je pouvais demander de l'aide. ○ Je ne savais pas où aller. ○ Autre

Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Répondants ayant indiqué n'avoir eu aucune préoccupation, tous types confondus 2) Répondants ayant indiqué avoir demandé de l'aide pour toutes leurs préoccupations 3) Répondants âgés de moins de 30 ans
Disponibilité des données :	Toutes les provinces
Stratification :	Les raisons de ne pas demander de l'aide pour gérer des préoccupations étaient classées selon la nature de la préoccupation : physique, émotionnelle ou pratique.
Source des données :	Étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions (2016)
Date de récupération des données :	Mars 2017
Précisions sur les variables :	<p>Les analyses étaient fondées sur les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si vous n'avez pas demandé d'aide quant à l'une au moins de vos préoccupations d'ordre physique, lequel des énoncés suivants en décrit la raison? • Si vous n'avez pas demandé d'aide quant à l'une au moins de vos préoccupations d'ordre émotionnel, lequel des énoncés suivants en décrit la raison? • Si vous n'avez pas demandé d'aide quant à l'une au moins de vos préoccupations d'ordre pratique, lequel des énoncés suivants en décrit la raison?
Remarques des territoires de compétence :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses étaient fondées sur l'étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions et les données ont été fournies par la firme IPSOS Reid. 2) Il s'agit d'un indicateur de la prévalence. En d'autres termes, les pourcentages représentent le nombre total de fois qu'une réponse donnée a été sélectionnée, les répondants pouvant choisir plus d'une réponse à chaque question. 3) Seules les trois principales raisons relevées pour chaque dimension étaient retenues. 4) Chaque type de préoccupation était considéré séparément.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

Figure 4.6 : Pourcentage de patients qui ont indiqué avoir reçu de l'information utile répondant à leurs préoccupations émotionnelles ou pratiques

Définition :	Distribution du degré auquel les répondants ont obtenu de l'information utile pour gérer des préoccupations émotionnelles ou des problèmes pratiques
Justification de la mesure :	S'assurer que les patients/survivants reçoivent de l'information utile répondant à leurs préoccupations après le traitement est une composante cruciale des soins centrés sur la personne. La communication de données sur cette mesure peut aider à déterminer dans quels domaines on pourrait concentrer les efforts d'amélioration de la qualité afin de fournir de l'information axée sur le patient.
Période de mesure :	Année de déclaration 2016
Dénominateur :	<p>Nombre de répondants ayant indiqué avoir eu des préoccupations émotionnelles ou des problèmes pratiques.</p> <p>Pour être inclus dans le dénominateur, les patients devaient être âgés de 30 ans et plus et répondre aux critères d'admissibilité suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un mélanome, un cancer colorectal, un cancer du sein, de la prostate ou du sang (lymphome hodgkinien, lymphome diffus à cellules B, leucémie myéloïde aiguë, leucémie lymphoïde aiguë) • Cancer non métastatique • Dernier traitement reçu il y a plus de 1 an et moins de 3 ans
Numérateur :	<p>Nombre de répondants ayant indiqué dans quelle mesure ils avaient reçu de l'information utile pour répondre à leurs préoccupations émotionnelles ou à leurs problèmes pratiques (séparément).</p> <p>Les réponses étaient évaluées à l'aide de l'échelle de Likert; pour chaque question, les répondants devaient indiquer le degré d'utilité de l'information reçue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout à fait d'accord • Plutôt d'accord • Neutre • Plutôt en désaccord • Tout à fait en désaccord
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Répondants ayant indiqué n'avoir eu aucune préoccupation 2) Répondants n'ayant pas répondu aux questions pertinentes (voir la section <i>Précisions sur les variables</i> ci-dessous) 3) Répondants âgés de moins de 30 ans

	Remarque : Les critères ci-dessus ont été appliqués séparément aux préoccupations émotionnelles et aux problèmes pratiques.
Disponibilité des données :	Toutes les provinces
Stratification :	Types de préoccupation : <ul style="list-style-type: none"> • Changements émotionnels • Problèmes pratiques
Source des données :	Étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions (2016)
Date de récupération des données :	Mars 2017
Précisions sur les variables :	Les analyses étaient fondées sur les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'énoncé « J'ai reçu de l'information utile par rapport à mes préoccupations émotionnelles »? • Êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'énoncé « J'ai reçu de l'information utile par rapport à mes préoccupations pratiques »?
Remarques des territoires de compétence :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les analyses étaient fondées sur l'étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions et les données ont été fournies par la firme IPSOS Reid. 2) Chaque type de préoccupation (émotionnelle, pratique) était considéré séparément.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet