



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**ANALYSE DES RÉPERCUSSIONS DE LA PANDÉMIE
DE LA COVID-19 SUR LES SOINS ET LES SERVICES
EN CANCÉROLOGIE AU QUÉBEC**

Résultats couvrant les premiers mois de la pandémie :
printemps 2020

Programme québécois de cancérologie

Janvier 2021

20-210-378W

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88379-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Rédaction

Bourassa, Annie : professionnelle, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Sarra-Bournet, Joëlle : professionnelle, PQC, MSSS

Contribution

De Benedictis, Oronzo : professionnel, PQC, MSSS

Dumont, Chantale : professionnelle, PQC, MSSS

Gouveia, Sophie : professionnelle, PQC, MSSS

Rancourt-Poulin, Anne-Julie : professionnelle, PQC, MSSS

Riou, Caroline : professionnelle, PQC, MSSS

Tarib, Amine : conseiller à l'analyse de données, Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM), MSSS

Vaillancourt, Sara : professionnelle, PQC, MSSS

Révision

Équipe du PQC

Latreille, Jean : directeur national, PQC, MSSS

Rouleau, Cathy : directrice générale adjointe, PQC, MSSS

Bertrand, Christine : directrice de l'information et du registre en cancérologie, PQC, MSSS

Morneau, Mélanie : directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC, MSSS

Vallée, Marie-Noëlle : directrice des dépistages en cancérologie, PQC, MSSS

Représentants du Comité national de performance en cancérologie

Charette, Marie-Claude : cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Faucher, Valérie : cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Fernandez, Myriam : analyste clinique et administratrice, Réseau de cancérologie Rossy, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Fortin, Marie-Andrée : présidente du comité, radio-oncologue, directrice du programme de cancérologie, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Fox, Susan : hémato-oncologue, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Freeman, Carolyn : radio-oncologue, CUSM

Lévesque, Nancy : cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Lizotte, Hélène : cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Mailloux, Mélanie : cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Vachon, Marie-France : cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Mot du directeur national du PQC

Dans un souci de transparence, le PQC du MSSS publie la présente *Analyse sur les répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie au Québec*. Ce document constitue une continuité des publications antérieures du PQC, notamment des *Bulletins nationaux de performance en oncologie* portant principalement sur la situation en chirurgie oncologique et en radio-oncologie au Québec. Le contexte de la pandémie et la reprise des activités qui a suivi ont soulevé la nécessité de réaliser un portrait de la situation de l'offre de soins et de services pour la personne en dépistage, en investigation ou en traitement d'un cancer en temps de pandémie. Ce portrait permet d'identifier les secteurs qui ont maintenu une couverture de services favorable malgré la situation, ceux qui sont à surveiller et ceux qui demandent des actions prioritaires afin d'améliorer les résultats.

Cette analyse a demandé la coopération et l'investissement de beaucoup de personnes, dont la majorité est mentionnée dans la page des crédits. Je tiens à les remercier et à souligner le travail des professionnelles et des professionnels des établissements de santé qui ont contribué à la collecte des données et à en assurer la qualité.

Ce document présente une photo dans le temps au début de la crise sanitaire du printemps 2020 jusqu'au moment où la reprise des activités s'amorçait à l'été 2020. Ce portrait statistique a bien sûr évolué depuis et continue de faire l'objet d'une vigie constante, certains indicateurs s'étant améliorés, alors que d'autres posent des défis importants au Québec et ailleurs.

Les résultats présentés font état des effets marqués qu'a eus la COVID-19 sur notre offre de soins et de services en oncologie au printemps 2020 et ils permettent de déterminer les enjeux de la reprise des activités. Surtout, ils mettent en lumière l'importance de s'adapter aux vagues de la pandémie en ne compromettant pas l'essence même de notre mission, soit notre volonté d'agir, ensemble, à poursuivre l'amélioration des soins et des services axés sur les besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Jean Latreille, MDCM, FRCPC

Directeur national

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	La pandémie et les soins et les services en oncologie	2
3.	Méthodologie	5
4.	Résultats des indicateurs pour l'ensemble des cancers	7
4.1	Rapports de pathologie et diagnostic de cancer	7
4.2	Interventions chirurgicales oncologiques réalisées	8
4.3	Interventions chirurgicales oncologiques en attente	10
4.4	Radiothérapie	11
4.5	Ensemble des cancers : constats	14
5.	Résultats des indicateurs pour le cancer colorectal	16
5.1	Test de RSOSi	16
5.2	Coloscopies	17
5.3	Interventions chirurgicales du cancer colorectal réalisées	19
5.4	Interventions chirurgicales du cancer colorectal en attente	20
5.5	Cancer colorectal : constats	21
6.	Résultats des indicateurs pour le cancer du sein	22
6.1	Examens d'imagerie du cancer du sein et biopsies	22
6.2	Interventions chirurgicales du cancer du sein réalisées	22
6.3	Interventions chirurgicales du cancer du sein en attente	24
6.4	Cancer du sein : constats	25
7.	Résultats des indicateurs pour le cancer de la prostate	26
7.1	Dosage de l'APS	26
7.2	Interventions chirurgicales du cancer de la prostate réalisées	27
7.3	Interventions chirurgicales du cancer de la prostate en attente	28
7.4	Cancer de la prostate : constats	30
8.	Résultats des indicateurs pour le cancer du poumon	31
8.1	TEP	31
8.2	Interventions chirurgicales du cancer du poumon réalisées	32
8.3	Interventions chirurgicales du cancer du poumon en attente	33
8.4	Cancer du poumon : constats	34
9.	Interprétation des résultats	35
10.	Prochaines étapes	36
11.	Conclusion	37

Liste des sigles et acronymes

APS	Antigène prostatique spécifique
Centralab	Outil de compilation des données de production des laboratoires des établissements du réseau
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
EPI	Équipements de protection individuels
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF	Groupe de médecine de famille
IPO	Infirmière pivot en oncologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RLC	Registres locaux de cancer
PQC	Programme québécois de cancérologie
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
RQC	Registre québécois du cancer
RSOSi	Recherche de sang occulte dans les selles
SARDO-Path	Dépisteur de rapports de pathologie
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
TEP	Tomographie par émission de positrons

1. Introduction

La pandémie de la COVID-19 est une situation exceptionnelle qui a entraîné le ralentissement marqué de certaines activités cliniques partout dans le monde. Le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ), qui regroupe tous les établissements de santé offrant des soins et des services en cancérologie au Québec, ne fait pas exception. Dans le but de faire face à la vague de patients infectés à la COVID-19, une réorganisation des soins et des services a été nécessaire, guidée par les directives émises par le MSSS. Bien qu'en cancérologie une proportion importante des services (consultations et traitements) ait été maintenue, le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) a dû déléguer bon nombre d'activités au début de la crise sanitaire au printemps 2020. Les activités ont par la suite repris graduellement et, dans certains secteurs, des retards persistent. Par conséquent, plusieurs personnes n'ont pas reçu un diagnostic de cancer au début de la pandémie, entraînant ainsi un diagnostic plus tardif et à un stade potentiellement plus avancé de la maladie. Par surcroît, une crainte demeure quant à la capacité du RCQ à répondre à la demande.

Le présent document expose certaines répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en cancérologie dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec en fournissant des informations sur des indicateurs liés à tous les cancers et d'autres concernant les quatre principaux sièges tumoraux, soit le cancer colorectal, le cancer du sein, le cancer de la prostate ainsi que le cancer du poumon.

L'analyse comporte trois principaux objectifs :

1. Brosser un tableau de l'offre de soins et de services en cancérologie au début de la crise sanitaire au printemps 2020, en s'attardant aux trois premières périodes financières de l'année 2020-2021 (1^{er} avril au 20 juin 2020);
2. Déterminer certaines des répercussions de la pandémie sur la lutte contre le cancer et l'offre de soins et de services aux personnes atteintes de cette maladie;
3. Soutenir la prise de décision nécessaire à la gestion des soins et des services en cancérologie, en contexte de reprise des activités et d'une deuxième vague de la pandémie.

Il importe de souligner que ce document présente le portrait pour une période définie, au moment où la pandémie débutait jusqu'au moment où une reprise des activités s'amorçait. Depuis les périodes financières couvertes par cette analyse, les statistiques ont évolué et font l'objet d'un suivi par le MSSS et le RCQ.

2. La pandémie et les soins et les services en oncologie

Dès le début de la pandémie, les pratiques cliniques et administratives ont changé dans le RCQ. Le 16 mars 2020, une première rencontre du Sous-comité clinique COVID-19 – Oncologie, présidé par le Dr Jean Latreille, directeur national du PQC, se tenait. Dès lors, plusieurs comités nationaux en oncologie composés d'experts travaillant sur des thématiques spécifiques liées au cancer ont réorienté leurs travaux afin de soutenir le PQC dans la mise en place de directives ministérielles permettant d'adapter l'offre de soins et de services à la situation. Des rencontres réalisées par le PQC avec l'ensemble des établissements ainsi qu'un sondage effectué auprès du RCQ à la mi-avril 2020 ont permis de constater que les directives ont été appliquées, parfois même de façon proactive; le RCQ étant soucieux d'assurer la protection des patients en oncologie.

D'emblée, plusieurs facteurs ont contribué à influencer sur le volume de patients ainsi que l'offre de soins et de services en oncologie, notamment :

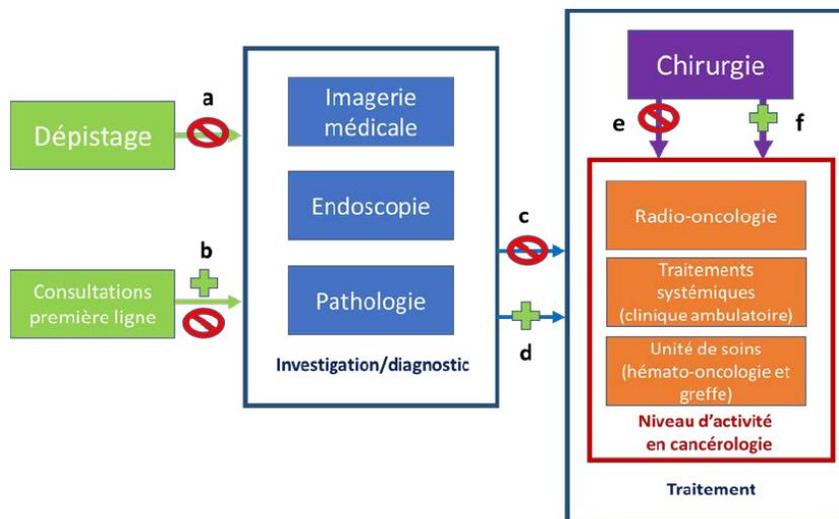
- le délestage des activités dans les installations, spécifiquement dans les secteurs d'imagerie et les blocs opératoires ainsi que dans les centres de oncologie;
- l'arrêt du dépistage du cancer du sein dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS);
- le retard ou l'absence de consultation auprès des médecins de famille pour obtenir une référence aux services visant la détection ou l'investigation d'un cancer, compte tenu de :
 - la difficulté d'accès à ces services, car plusieurs cliniques étaient fermées;
 - la peur de la population de consulter sur place, étant donné la perception du risque de contracter la COVID-19;
- la gestion des cas de cancer dans les établissements, et plus particulièrement la priorisation des chirurgies les plus urgentes, y compris les chirurgies oncologiques, par rapport aux chirurgies électives;
- la mise en place de comités de vigie pour suivre la trajectoire des patients et leurs traitements, et limiter le report des cas complexes en situation de manque de personnel ou de lits;
- le rapatriement de certains intervenants dans des secteurs plus touchés par la COVID-19 et l'absence de personnel contaminé ou en isolement préventif;
- la distanciation physique et les mesures supplémentaires de désinfection à mettre en place dans les unités de soins et de services ayant un effet sur le nombre de places disponibles dans les salles d'attente et les activités dans les blocs opératoires;
- la restriction et la priorisation de la distribution des équipements de protection individuels (EPI) et des médicaments de sédation.

La variation du nombre de patients et l'adaptation de l'offre de soins et de services en oncologie connues au printemps 2020 mettent en évidence l'interrelation des étapes du continuum de soins et de services : l'arrêt de l'envoi des lettres d'invitation du PQDCS se répercute sur le dépistage des nouveaux cas de cancer du sein, ou encore la diminution des activités en groupe de médecine de famille (GMF) se reflète sur les prescriptions de tests de dépistage du cancer colorectal.

Selon le sondage réalisé et les discussions tenues auprès du RCQ, le manque d'EPI a été un enjeu important au début de la pandémie, et le RCQ a rapporté la nécessité d'effectuer une gestion serrée par les centres de oncologie. Le PQC a noté que la réorganisation des centres de oncologie permettant la distanciation physique dans les lieux de traitement, de consultation et d'attente s'est généralement effectuée dans les délais attendus et en respectant les consignes. De plus, il semble que les consultations en télésanté ont été privilégiées par tous les établissements. Les consultations et suivis par les médecins spécialistes, les infirmières pivots en oncologie (IPO) et les intervenants psychosociaux ont été réalisés par téléphone et, dans certains cas, par téléconsultation. Les directives concernant la modification de certains plans de traitement, y compris l'espacement des traitements systémiques (chimiothérapie) et l'hypofractionnement en radiothérapie, ont été suivies, lorsqu'applicables. De plus, les traitements par voie orale ont été privilégiés, et des traitements alternatifs ont été commencés. Afin de respecter le concept de « zone froide », les établissements ont adopté des solutions innovantes pour protéger les patients atteints de cancer. Dans cette optique, l'accès au centre de oncologie des personnes accompagnant les patients a été restreint aux cas d'exception, par exemple au moment de l'annonce du diagnostic, de la mauvaise nouvelle ou si la condition du patient l'exigeait.

La figure 1 et sa légende sont des extraits provenant du *Plan d'adaptation des niveaux d'activité en oncologie en situation de pandémie COVID-19*. Ils résument les changements apportés à la trajectoire de soins en oncologie.

Figure 1. Trajectoire de soins en oncologie et conséquences du délestage et de la reprise sur le niveau en oncologie



Légende :

- a Les activités de dépistage ont été suspendues dès le début de la pandémie [...]. Un bolus de patients sera toutefois à prévoir lorsque ces activités reprendront [...].
- b Un grand nombre de références en oncologie proviennent de la première ligne (médecin de famille ou urgence). On observe actuellement une diminution du nombre de références, puisque la population est plus réticente à consulter en présence de symptômes par crainte de contracter la COVID-19 [...].
- c Lorsque les activités en imagerie et en endoscopie sont diminuées de façon importante, moins de nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués, ce qui fait diminuer artificiellement le volume d'activité en chirurgie et en oncologie.
- d La reprise des activités en imagerie et en endoscopie peut conduire à une augmentation significative du volume d'activité en chirurgie et dans les secteurs de oncologie [...].
- e Lorsque l'accès à la chirurgie est limité de façon prolongée, des solutions de rechange aux traitements (traitements systémiques et radiothérapie) peuvent être proposées au patient, ce qui a pour effet d'augmenter le volume d'activité en oncologie.
- f La reprise des activités en chirurgie a pour effet de diminuer à court terme les références pour les traitements alternatifs [...].

Source : MSSS, *Plan d'adaptation des niveaux d'activité en oncologie en situation de pandémie COVID-19*, avril 2020, 11 p.

Pendant la période la plus critique de la pandémie au printemps 2020, la majorité des établissements du RSSS a maintenu un niveau d'activité dans le secteur de la oncologie correspondant au niveau 1, soit de 70 à 100 % (tableau 1). D'autres établissements, situés principalement dans la communauté métropolitaine de Montréal, ont dû adapter leurs activités au niveau 2.

Tableau 1. Niveaux d'adaptation des soins et services en oncologie en situation de pandémie de la COVID-19

Niveau d'activité	Niveau d'activité visé en oncologie	Critères de déclenchement
1	Maintenir 70 % à 90 % de l'activité habituelle	1. ≥ 70 % des ressources humaines en place 2. Pandémie annoncée ou nouvelle vague annoncée
2	Maintenir 50 % à 70 % de l'activité habituelle	1. De 50 à 70 % des ressources humaines en place 2. Transmission communautaire de la COVID-19
3	Maintenir 30 % à 50 % de l'activité habituelle	1. De 30 à 50 % des ressources humaines en place 2. Cas de COVID-19 confirmé à la clinique = contamination potentielle du personnel et/ou des patients
4	Maintenir 15 % de l'activité habituelle	1. < 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital 2. Pénurie de matériel de protection dans l'hôpital 3. Pénurie de lits d'hospitalisation et de soins intensifs

Source : MSSS, *Plan d'adaptation des niveaux d'activité en oncologie en situation de pandémie COVID-19*, avril 2020, 11 p.

Tous les éléments présentés ci-dessus suggèrent que, pendant la période printanière de la pandémie, l'accès au dépistage, à l'investigation, au diagnostic et au traitement de la personne atteinte d'un cancer a été perturbé, d'où l'importance d'explorer les différents indicateurs permettant de mieux comprendre les répercussions du délestage et des mesures de protection en lien avec la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie.

3. Méthodologie

En se basant sur le modèle conceptuel du continuum de soins et de services en oncologie présenté à la figure 2, les éléments à analyser sont principalement liés aux étapes de « détection précoce et dépistage », d'« investigation et diagnostic » ainsi que de « traitement », en raison de leur importance dans l'évolution et le pronostic de la maladie.

Figure 2. Modèle conceptuel



Plusieurs critères ont guidé le choix des indicateurs présentés dans cette analyse : disponibilité, fiabilité, validité, utilité, reconnaissance dans le milieu, compréhension et simplicité d'utilisation. Les indicateurs retenus sont énumérés dans le tableau 2.

Tableau 2. Indicateurs retenus

Catégorie	Description sommaire	Source	Ventilation
RSOSi	– Nombre de tests de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) réalisés	Datamart RSOSi, compilation par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Cancer colorectal
APS	– Nombre de dosages de l'antigène prostatique spécifique (APS) réalisés	Centralab	Cancer de la prostate
TEP	– Nombre de tomographies par émission de positrons réalisées	GESTRED	Cancer du poumon
Rapports de pathologie	– Nombre de rapports de pathologie associés à un cancer produits	Dépisteur SARDO-Path	Ensemble des cancers
Examens d'imagerie du cancer du sein et biopsies	– Nombre de mammographies réalisées (dépistage PQDCS et hors PQDCS, diagnostics, clichés complémentaires) – Nombre d'échographies mammaires réalisées (y compris les échographies diagnostiques et les échographies de suivi) – Nombre de biopsies réalisées	Sondage auprès des centres désignés dans le cadre du PQDCS (privés et publics)	Cancer du sein
Coloscopies	– Nombre de coloscopies réalisées – Nombre de requêtes primaires en attente hors délai	GESTRED	Cancer colorectal
Chirurgies oncologiques	– Nombre de chirurgies réalisées et délais d'accès – Nombre de chirurgies en attente et délais d'accès – Répartition (%) des chirurgies oncologiques réalisées selon le délai – Répartition (%) des chirurgies oncologiques en attente selon le délai	SIMASS	Ensemble des cancers et quatre sièges principaux
Radiothérapie	– Nombre de patients dont le traitement de radiothérapie est commencé : ▪ Téléthérapie ▪ Curiothérapie – Proportion (%) de patients ayant commencé leur traitement en radio-oncologie dans le délai	Données des établissements	Ensemble des cancers

Cette analyse est basée sur les volumes d'activité pendant la pandémie de même que sur les délais d'accès. D'autres critères ont également été pris en considération dans la présentation des données, notamment le fait de cibler la trajectoire des sièges tumoraux les plus fréquents (cancer colorectal, cancer du sein, cancer de la prostate et cancer du poumon) afin de faire ressortir les variabilités propres à un siège. Pour y arriver, lorsque possible, des indicateurs liés aux étapes de « détection précoce et dépistage », d'« investigation et diagnostic » ainsi que de « traitement » sont présentés. Certains le sont à titre indicatif, puisqu'ils ne sont pas exclusifs à un cancer ou à une étape particulière, comme le nombre de dosages de l'APS et de TEP réalisés.

De plus, l'analyse est réalisée en comparant les données :

- aux périodes financières précédentes;
- à la même période l'année précédente;
- à la moyenne périodique ou annuelle.

Une comparaison des volumes d'activité est présentée dans les tableaux, et certaines variations sont inscrites en analyse¹. Puisque la pandémie a commencé au Québec à la mi-mars 2020, les conséquences observées commencent à la dernière période de l'année financière 2019-2020 et se poursuivent aux périodes de l'année 2020-2021.

Le tableau 3 décrit les périodes financières utilisées au MSSS et dans les établissements. Les dates en caractères gras correspondent aux périodes étudiées, soit P13 à P04. Il est à noter que les périodes P01 à P03 ont fait l'objet d'une analyse plus précise, car elles représentent le moment où la crise sanitaire était la plus intense (première vague).

Tableau 3. Calendrier des périodes financières 2019-2020 et 2020-2021

	Année financière	
	2019-2020	2020-2021
Période 01	1 ^{er} avril au 27 avril 2019	1^{er} avril au 25 avril 2020
Période 02	28 avril au 25 mai 2019	26 avril au 23 mai 2020
Période 03	26 mai au 22 juin 2019	24 mai au 20 juin 2020
Période 04	23 juin au 20 juillet 2019	21 juin au 18 juillet 2020
Période 05	21 juillet au 17 août 2019	19 juillet au 15 août 2020
Période 06	18 août au 14 septembre 2019	16 août au 12 septembre 2020
Période 07	15 septembre au 12 octobre 2019	13 septembre au 10 octobre 2020
Période 08	13 octobre au 9 novembre 2019	11 octobre au 7 novembre 2020
Période 09	10 novembre au 7 décembre 2019	8 novembre au 5 décembre 2020
Période 10	8 décembre 2019 au 4 janvier 2020	6 décembre 2020 au 2 janvier 2021
Période 11	5 janvier au 1 ^{er} février 2020	3 janvier au 30 janvier 2021
Période 12	2 février au 29 février 2020	31 janvier au 27 février 2021
Période 13	1^{er} mars au 31 mars 2020	28 février au 31 mars 2021

Source : MSSS, *Calendrier des périodes financières, Établissements publics et établissements privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux*, dans « Normes et pratiques de gestion, Circulaire 2017-012 », Annexe 1, [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/b9acdd4468f331258525849e00409a29?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/b9acdd4468f331258525849e00409a29?OpenDocument).

Afin que les figures présentées soient visuellement plus représentatives de la situation vécue et contrairement à la méthode habituelle, la plupart des graphiques commencent à la période 11 du calendrier des périodes financières, qui correspond sensiblement au mois de janvier, et non à la période 01, qui représente le mois d'avril.

1. Chaque comparaison (en %) présentée dans les tableaux est une comparaison du volume de l'année 2020 par rapport à celui de l'année 2019, qui se calcule ainsi :

$$\frac{\text{volume de 2020}}{\text{volume de 2019}} \times 100$$

Les augmentations ou diminutions (en %) mentionnées dans les analyses sont des variations et elles se calculent comme suit :

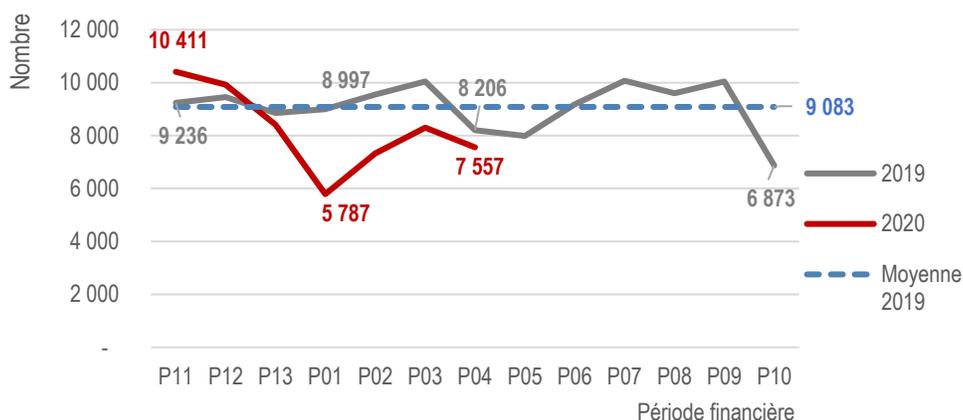
$$\frac{(\text{volume de 2020} - \text{volume de 2019})}{\text{volume de 2019}} \times 100$$

4. Résultats des indicateurs pour l'ensemble des cancers

4.1 Rapports de pathologie et diagnostic de cancer

Une analyse a été réalisée pour estimer le volume de production des rapports de pathologie par période. Ce volume permet de déduire le retard entraîné par les mesures liées à la COVID-19 par rapport à 2019 concernant les nouveaux diagnostics de cancer. Puisque le diagnostic de cancer est, dans la grande majorité des cas, établi par un rapport de pathologie, la production de rapports de pathologie attribués à un cancer a été calculée pour chacune des semaines de pandémie et a été rapportée par période financière. Cette mesure comporte des limites et demeure une approximation des nouveaux cas de cancer en temps réel, notamment parce que chaque nouvelle tumeur ne nécessite pas forcément un prélèvement et aussi parce qu'il est impossible de distinguer les rapports de pathologie provenant de cas de cancer déjà connus (prévalents) de ceux provenant de nouveaux cas (incidents), ni de distinguer si plusieurs prélèvements sont associés ou non à une même tumeur. Le nombre de rapports de pathologie ainsi que la date du prélèvement ont été extraits à l'aide du dépisteur de rapports de pathologie SARDO-Path, représentant 19 établissements sur 30². Un délai d'environ 30 jours après le prélèvement est estimé pour la création de la majorité des rapports de pathologie dans le système. Ainsi, l'extraction des données des rapports produits en date du 30 septembre 2020 permet une analyse sur des données relativement complètes pour les périodes financières P13 à P04³.

Figure 3. Nombre de rapports de pathologie attribués à un cancer par période financière



Note : Analyse basée sur les données de 19 établissements ayant le dépisteur SARDO-Path.

Source : SARDO-Path, extraction par semaine, se terminant le 30 septembre 2020.

En 2019, 9 083 rapports de pathologie attribués à un cancer ont été produits en moyenne par période. Depuis la période financière P01 en 2020, la production par période ne dépasse pas cette moyenne.

2. Parmi les 19 établissements considérés dans l'analyse, 4 comportent des données incomplètes en raison principalement des dépisteurs de rapports de pathologie SARDO-Path dont l'implantation est à venir ou de l'absence d'historique dans certaines de leurs installations.
3. Il est à noter que la banque de données est « ouverte » : les données peuvent varier d'une extraction à l'autre.

Tableau 4. Nombre de rapports de pathologie attribués à un cancer, tous sièges, et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Rapports de pathologie attribués à un cancer (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	8 849	8 404	95,0
P01	8 997	5 787	64,3
P02	9 546	7 326	76,7
P03	10 040	8 301	82,7
P04	8 206	7 557	92,1

Note : Analyse basée sur les données de 19 établissements ayant le dépisteur SARDO-Path.

Source : SARDO-Path, extraction par semaine, se terminant le 30 septembre 2020.

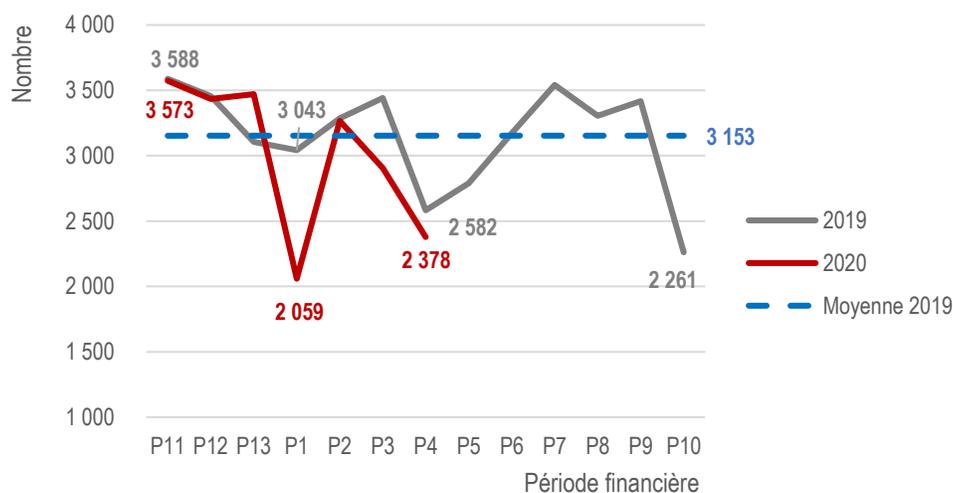
Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 36 %;
- bien que la production de 2020 n'atteigne pas celle de 2019, on constate une variation de plus en plus faible, passant de 23 % en P02 à 17 % en P03 et à 8 % en P04.

4.2 Chirurgies oncologiques réalisées

Au total, pour l'année financière 2019-2020, 41 313 chirurgies oncologiques ont été effectuées au Québec.

Figure 4. Nombre de chirurgies réalisées, tous sièges, par période financière



Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En 2019, 3 153 chirurgies oncologiques ont été réalisées en moyenne par période. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne, sauf à la période P02.

Tableau 5. Nombre de chirurgies réalisées, tous sièges, et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	3 105	3 471	111,8
P01	3 043	2 059	67,7
P02	3 285	3 265	99,4
P03	3 442	2 907	84,5
P04	2 582	2 378	92,1

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 8 231 chirurgies oncologiques ont été réalisées au cours des périodes P01 à P03 en 2020, alors que 9 770 chirurgies oncologiques avaient été réalisées de P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 16 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 32 %.

Tableau 6. Répartition (%) des chirurgies oncologiques réalisées selon le délai, tous sièges, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	68,8	25,4	5,8	72,5	23,0	4,4
P01	69,5	24,9	5,6	68,5	24,5	7,0
P02	65,0	28,2	6,8	59,8	23,2	17,0
P03	67,4	26,0	6,5	70,0	17,7	12,4
P04	65,8	27,7	6,5	66,3	23,8	9,9

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

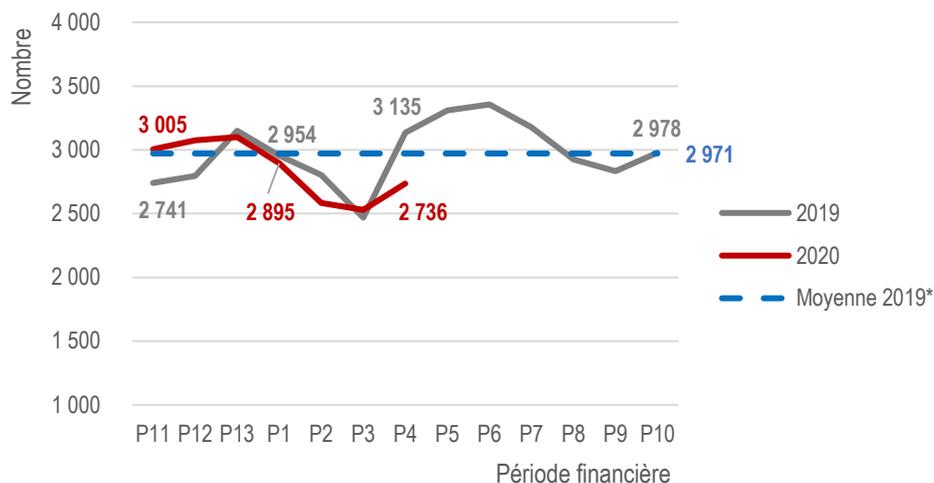
Bien que moins de chirurgies oncologiques aient été réalisées au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on remarque :

- au cours de la période P13, une plus forte proportion de chirurgies oncologiques a été réalisée dans un délai de moins de 28 jours, comparativement à la même période en 2019, soit 2 518 chirurgies (73 %), comparativement à 2 135 chirurgies (69 %);
- au cours de la période P02, le nombre de chirurgies réalisées en plus de 56 jours a augmenté, les cas en dépassement étant de 554 cas (17 %) en 2020, comparativement à 224 cas (7 %) en 2019.

4.3 Chirurgies oncologiques en attente

Le nombre de chirurgies oncologiques en attente correspond au nombre de patients inscrits en attente à la fin de chaque période. Cette donnée ne renseigne pas sur le nombre de requêtes opératoires reçues, mais elle donne le nombre de patients en attente d'une chirurgie oncologique.

Figure 5. Nombre de chirurgies en attente, tous sièges, par période financière



* La moyenne correspond à la moyenne annuelle du nombre de patients qui, à la fin de chaque période, sont sur une liste d'attente pour une chirurgie oncologique.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

À la fin de chaque période en 2019, en moyenne, 2 971 patients étaient en attente d'une chirurgie oncologique. Depuis la période financière P01, le nombre de cas en attente par période ne dépasse pas cette moyenne.

Tableau 7. Nombre de chirurgies en attente, tous sièges, et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	3 150	3 100	98,4
P01	2 924	2 895	98,0
P02	2 803	2 584	92,2
P03	2 468	2 529	102,5
P04	3 135	2 736	87,3

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En général, pendant les périodes P01 à P03, le nombre de patients en attente d'une chirurgie oncologique demeure relativement similaire à l'an passé.

Tableau 8. Répartition (%) des chirurgies oncologiques en attente selon le délai, tous sièges, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	75,4	19,2	5,4	46,1	37,8	16,2
P01	67,6	25,6	6,8	42,8	32,0	25,2
P02	70,0	22,5	7,5	56,0	18,8	25,2
P03	58,0	31,4	10,6	61,4	20,8	17,8
P04	60,6	29,0	10,3	62,3	24,4	13,3

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

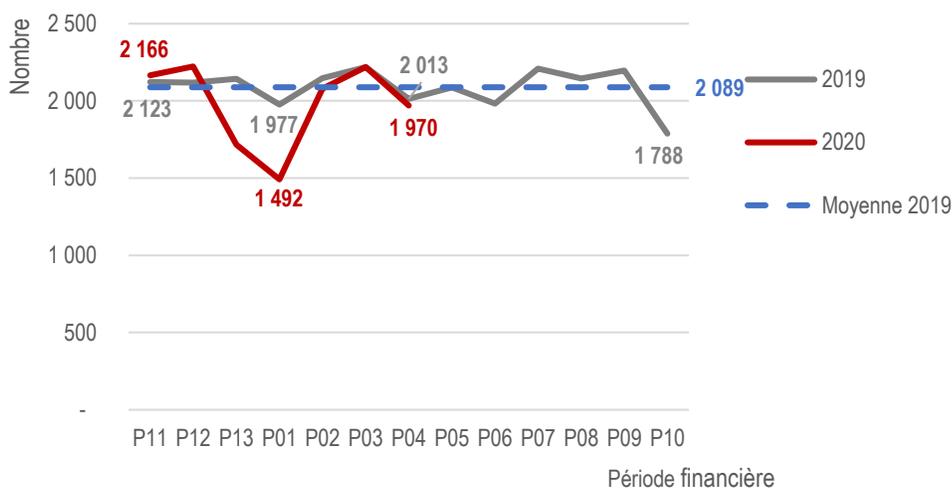
Bien que le nombre total de cas en attente d'une chirurgie oncologique soit semblable à 2019, en comparant les données par délai, au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on observe que :

- généralement, une moins forte proportion de cas est en attente d'une chirurgie dans un délai de 0 à 28 jours et de 29 à 56 jours, alors qu'une plus forte proportion de cas est en attente d'une chirurgie dans un délai de plus de 56 jours, et ce, particulièrement pendant les périodes P01 et P02, bien qu'elle se résorbe graduellement avec le temps.

4.4 Radiothérapie

Afin de s'adapter à la pandémie de la COVID-19, la plupart des centres de cancérologie des établissements ont modifié les plans de traitement, permettant de minimiser le risque d'exposition des patients. Les mesures d'adaptation comprennent la mise en place de l'hypofractionnement en radiothérapie et le report de traitements chez les patients pour qui le risque de contracter la COVID-19 était jugé supérieur aux bienfaits du traitement. Le RCQ a rapporté que les patients pour qui un traitement de radiothérapie était médicalement requis l'auraient reçu dans des délais acceptables.

La radiothérapie utilise la radiation pour détruire les cellules cancéreuses en bloquant leur capacité à se multiplier. La téléthérapie est une radiothérapie administrée au moyen d'une source de rayonnement externe placée à une certaine distance du corps vers la région où se situe la tumeur. La curiethérapie, quant à elle, consiste à administrer une dose élevée de radiation directement dans la tumeur, permettant de préserver le plus possible les tissus normaux environnants. Selon le type de cancer, la radiothérapie peut être utilisée seule. Dans d'autres cas, elle est utilisée en combinaison avec la chirurgie et la chimiothérapie. À noter que les données relatives aux traitements systémiques (chimiothérapie) ne sont pas présentées dans cette analyse, car elles sont en développement.

Figure 6. Nombre de patients dont le traitement de téléthérapie est commencé, par période financière

Source : Données fournies par les établissements, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

En 2019, en moyenne par période, 2 089 patients ont commencé leur traitement de téléthérapie. À la période financière P01 en 2020, le volume d'activité était sous cette moyenne avant de se stabiliser à un niveau relativement semblable à celui observé en 2019.

Tableau 9. Nombre de patients dont le traitement de téléthérapie est commencé et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

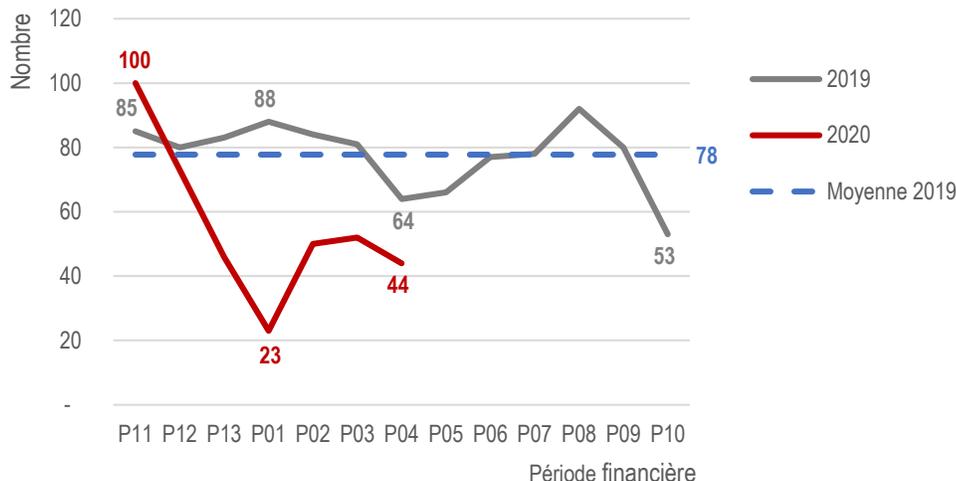
Période	Patients dont le traitement de téléthérapie est commencé (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	2 143	1 716	80,1
P01	1 977	1 492	75,5
P02	2 147	2 080	96,9
P03	2 219	2 219	100,0
P04	2 013	1 970	97,9

Source : Données fournies par les établissements, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 5 791 patients ont commencé leur traitement de téléthérapie au cours des périodes P01 à P03 en 2020, alors que 6 343 patients l'avaient commencé de P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 9 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 24 %.

Figure 7. Nombre de patients dont le traitement de curiethérapie est commencé, par période financière



Source : Données fournies par les établissements, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

En 2019, en moyenne par période, 78 patients ont commencé leur traitement de curiethérapie. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période est sous cette moyenne.

Tableau 10. Nombre de patients dont le traitement de curiethérapie est commencé, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Patients dont le traitement de curiethérapie est commencé (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	83	46	55,4
P01	88	23	26,1
P02	84	50	59,5
P03	81	52	64,2
P04	64	44	68,8

Source : Données fournies par les établissements, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 125 patients ont commencé leur traitement de curiethérapie pendant les périodes P01 à P03 en 2020, alors que 253 patients l'avaient commencé de P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 51 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 74 %.

Si on considère l'ensemble des patients dont le traitement en radio-oncologie a débuté pendant les périodes P01 à P03, que ce soit en téléthérapie ou en curiethérapie, une diminution de 10 % est observée, soit 5 916 patients en 2020 et 6 596 patients en 2019.

Tableau 11. Proportion (%) de patients ayant commencé leur traitement en radio-oncologie dans un délai inférieur ou égal à 28 jours, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Proportion de patients ayant commencé leur traitement en radio-oncologie dans un délai inférieur ou égal à 28 jours* (%)	
	2019	2020
P13	96	99
P01	98	91
P02	99	86
P03	98	95
P04	99	96

* Moyenne des quatre dernières semaines correspondant à la période.

Source : Données fournies par les établissements, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, la cible de 90 % des patients ayant commencé leur traitement en radio-oncologie dans un délai inférieur ou égal à 28 jours a été respectée, sauf à la période P02, où la proportion a atteint 86 %.

4.5 Ensemble des cancers : constats

Pathologie

L'analyse des rapports de pathologie vise à estimer le retard entraîné par les mesures liées à la pandémie par rapport à 2019, et ce, concernant les nouveaux diagnostics de cancer, et aussi à prévoir l'utilisation des soins et services du réseau de cancérologie qui en découlera.

La production de rapports de pathologie attribués à un cancer a diminué au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020. Plus précisément, les diminutions des rapports sont de l'ordre de 5 % en période P13, de 36 % en P01, de 23 % en P02, de 17 % en P03 et de 8 % en P04.

En se basant sur ces variations et en estimant qu'il y a environ 60 000 nouveaux cas de cancer au Québec chaque année⁴, on peut supposer qu'au cours des périodes financières P13 à P04 (1^{er} mars 2020 au 18 juillet 2020), environ 4 119 personnes ayant un cancer n'ont pas été diagnostiquées au Québec, soit 231 en période P13, 1 648 en P01, 1 076 en P02, 799 en P03 et 365 en P04.

Il est à noter que l'analyse de la production des rapports de pathologie ne porte pas sur l'ensemble des établissements ou installations et elle demeure, pour cette raison, une « mesure approximative ». De plus, chaque nouvelle tumeur ne nécessite pas forcément un prélèvement. Il est donc impossible de distinguer les rapports de pathologie provenant de cas de cancer déjà connus de ceux provenant de nouveaux cas, ni de distinguer si plusieurs prélèvements sont associés ou non à une même tumeur.

Une étude sur la détection des nouveaux cas de cancer en période de pandémie ainsi que sur le stade au moment du diagnostic viendra confirmer ou infirmer cette hypothèse. En effet, une démarche est en cours auprès des registres locaux de cancer (RLC) des établissements⁵ afin de déterminer le nombre de personnes atteintes de cancer dans la population chaque année. Le but est d'obtenir le nombre réel de nouveaux cas de cancer, le stade au moment du diagnostic et les caractéristiques de la première ligne de traitements pendant la pandémie. Cette démarche nécessite toutefois un délai de saisie afin d'obtenir les informations pertinentes pour déterminer le stade et les traitements.

4. Estimation basée en partie sur les données d'incidence diffusées par la Société canadienne du cancer (SCC) ainsi que sur les données préliminaires du Registre québécois du cancer (RQC). Les estimations de 2020 de la SCC sont possiblement sous-estimées, car elles sont calculées à partir des données du fichier des tumeurs 2010.

5. Le modèle de fonctionnement du RQC choisi en 2010 repose sur la mise en place des RLC qui saisissent l'information sur les nouveaux cas de cancer dans leur établissement puis la transmettent au RQC, où elle est combinée à l'information provenant d'autres sources de données.

Chirurgie

De façon générale, les interventions ont diminué, faisant écho au délestage d'activités et aux mesures d'adaptation recommandées au début de la pandémie. Les diminutions les plus importantes sont notées à la période financière P01. La période financière P02 montre un volume d'activité qui tend à se rapprocher de la moyenne annuelle de 2019. S'ensuit une baisse des interventions à la période P03, possiblement associée à la période estivale. Pendant les périodes P01 à P03, on remarque une baisse de 16 % des chirurgies oncologiques réalisées et une légère diminution du nombre de cas en attente d'une chirurgie pour l'ensemble des cancers par rapport à 2019, malgré une augmentation de la proportion des cas en attente de plus de 56 jours. L'influence possible des cas de cancer non diagnostiqués au début de la pandémie sur les chirurgies oncologiques réalisées et en attente est difficilement quantifiable à ce stade.

Radiothérapie

Le nombre de patients ayant commencé leur traitement de radiothérapie a légèrement diminué pendant les périodes P01 à P03. On remarque une diminution de 9 % pour la téléthérapie, alors qu'elle est de 51 % pour la curiethérapie (125 patients ayant commencé leur traitement en 2020, comparativement à 253 patients en 2019). En combinant les deux types de traitements afin de comparer de plus grands volumes, une diminution de 10 % est observée.

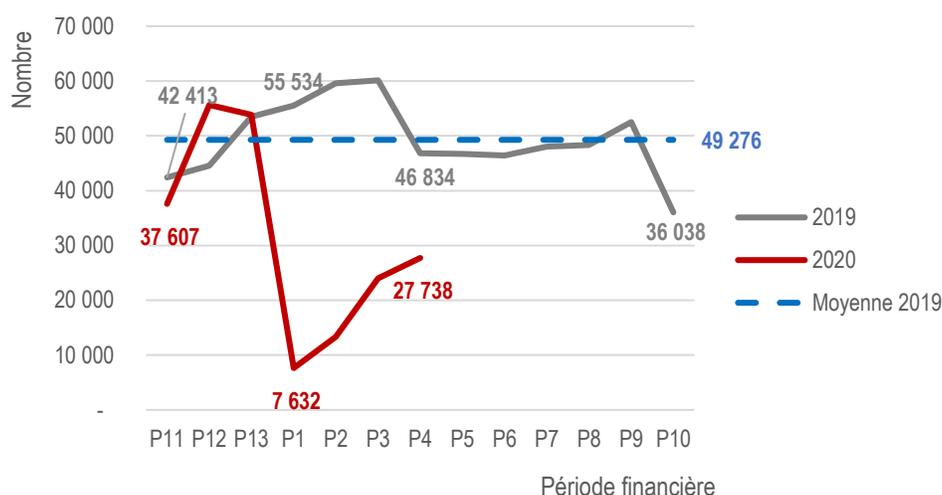
5. Résultats des indicateurs pour le cancer colorectal

Le cancer colorectal peut être détecté précocement grâce à un test de dépistage prescrit par le médecin appelé test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). Un résultat positif à ce test mène à la réalisation d'une coloscopie, soit une endoscopie digestive permettant l'exploration et l'examen visuel du côlon à l'aide d'un coloscope. À la suite d'une coloscopie révélant un cancer colorectal, une chirurgie à visée curative peut être nécessaire ainsi que différents types de traitements comme la radiothérapie et la chimiothérapie.

5.1 Test de RSOSi

Pour l'année financière 2019-2020, 647 253 tests de RSOSi ont été effectués au Québec.

Figure 8. Nombre de tests RSOSi réalisés par période financière



Source : Datamart RSOSi, compilation par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

En 2019, en moyenne par période, 49 276 tests RSOSi ont été réalisés. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne.

Tableau 12. Nombre de tests RSOSi et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Tests RSOSi (positifs et négatifs) (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	53 474	53 863	100,7
P01	55 534	7 632	13,7
P02	59 622	13 306	22,3
P03	60 132	24 034	40,0
P04	46 834	27 738	59,2

Source : Datamart RSOSi, compilation par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

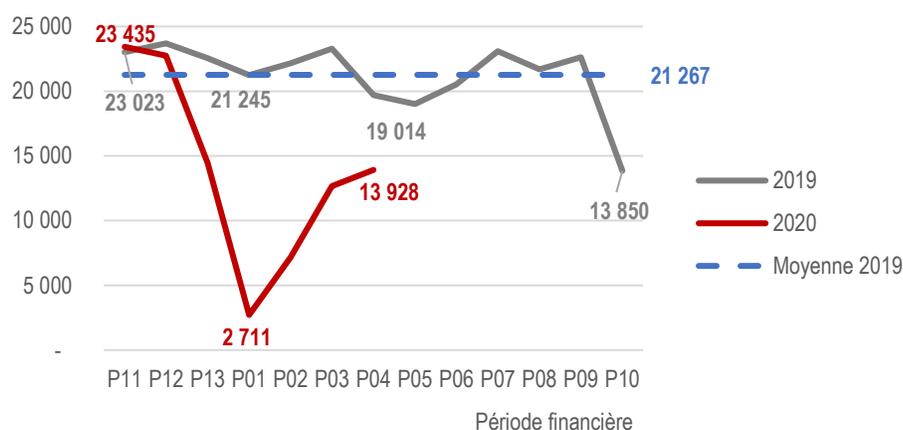
Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 44 972 tests de recherche de sang occulte dans les selles ont été réalisés pendant les périodes P01 à P03 en 2020, alors que 175 288 tests avaient été réalisés pendant les périodes P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 74 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 86 %.

5.2 Coloscopies

Pour l'année financière 2019-2020, 267 823 coloscopies ont été réalisées au Québec.

Figure 9. Nombre de coloscopies réalisées par période financière



Source : MSSS, GESTRED, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données autorapportées par les établissements, extraction de juillet 2020.

En 2019, en moyenne par période, 21 267 coloscopies ont été réalisées. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne.

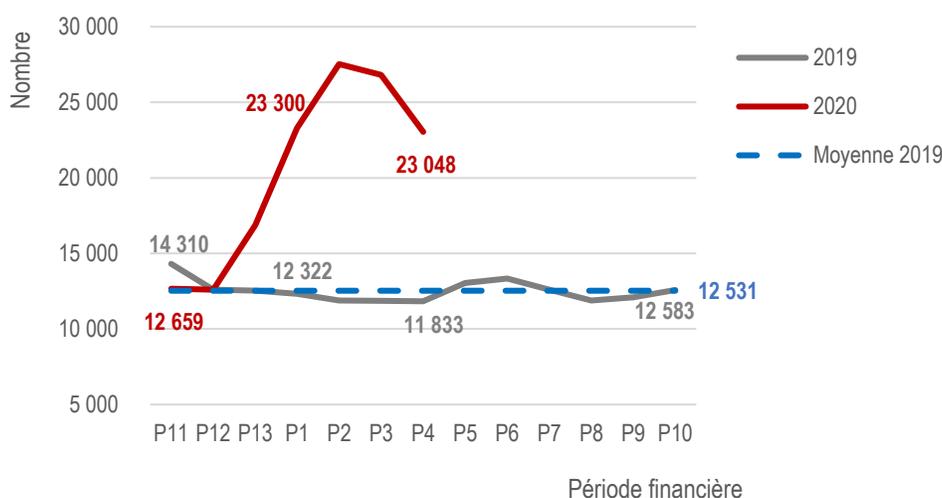
Tableau 13. Nombre de coloscopies réalisées et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Coloscopies réalisées (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	22 546	14 444	64,1
P01	21 245	2 711	12,8
P02	22 157	7 148	32,3
P03	23 289	12 676	54,4
P04	19 703	13 928	70,7

Source : MSSS, GESTRED, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données autorapportées par les établissements, extraction de juillet 2020.

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 22 535 coloscopies ont été réalisées pendant les périodes P01 à P03 en 2020, alors que 66 691 coloscopies avaient été réalisées pendant les périodes P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 66 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 87 %.

Figure 10. Nombre de requêtes primaires en attente hors délai par période financière

Source : MSSS, GESTRED, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données autorapportées par les établissements, extraction de juillet 2020.

- À la fin de chaque période en 2019, en moyenne, 12 531 requêtes primaires étaient hors délai. Depuis la période financière P01, le nombre de requêtes hors délai par période dépasse cette moyenne;
- Il est à noter qu'une requête primaire correspond à l'examen primaire de coloscopie longue : elle ne comprend pas les examens de contrôle (suivi). De même, les requêtes primaires en attente hors délai comprennent toutes les demandes de coloscopie, peu importe leur niveau clinique (1 à 5) auquel correspond un délai établi à respecter.

Tableau 14. Nombre de requêtes primaires en attente hors délai et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Requêtes primaires en attente hors délai (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	12 541	16 867	134,5
P01	12 322	23 300	189,1
P02	11 880	27 529	231,7
P03	11 858	26 923	227,0
P04	11 833	23 048	194,8

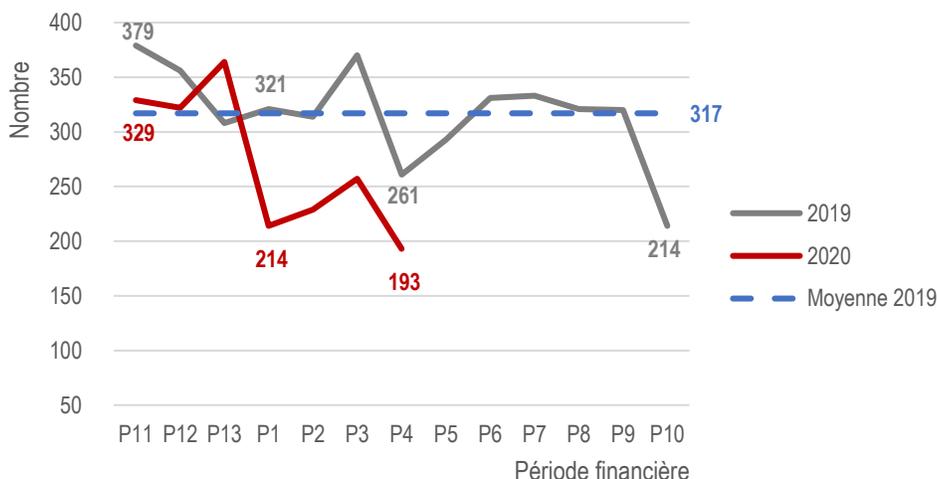
Source : MSSS, GESTRED, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données autorapportées par les établissements, extraction de juillet 2020.

En général, au cours des périodes P01 à P03, le nombre de requêtes primaires en attente en 2020 est supérieur à celui des mêmes périodes l'an passé.

5.3 Chirurgies du cancer colorectal réalisées

Pour l'année financière 2019-2020, 4 093 chirurgies oncologiques colorectales ont été effectuées au Québec, ce qui représente une proportion de 10 % des chirurgies oncologiques.

Figure 11. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer colorectal, par période financière



Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En 2019, en moyenne par période, 317 chirurgies du cancer colorectal ont été réalisées. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne.

Tableau 15. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer colorectal et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	308	364	118,2
P01	321	214	66,7
P02	314	229	72,9
P03	370	257	69,5
P04	261	193	73,9

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 700 chirurgies du cancer colorectal ont été réalisées au cours des périodes P01 à P03 en 2020, alors que 1 005 chirurgies avaient été réalisées pendant la période P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 30 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 33 %.

Tableau 16. Répartition (%) des chirurgies réalisées selon le délai pour un cancer colorectal, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	76,9	21,1	1,9	81,0	17,6	1,4
P01	72,3	25,2	2,5	75,2	24,3	0,5
P02	74,2	23,6	2,2	67,7	21,0	11,4
P03	78,9	19,2	1,9	83,3	12,5	4,3
P04	75,9	20,7	3,4	80,8	14,0	5,2

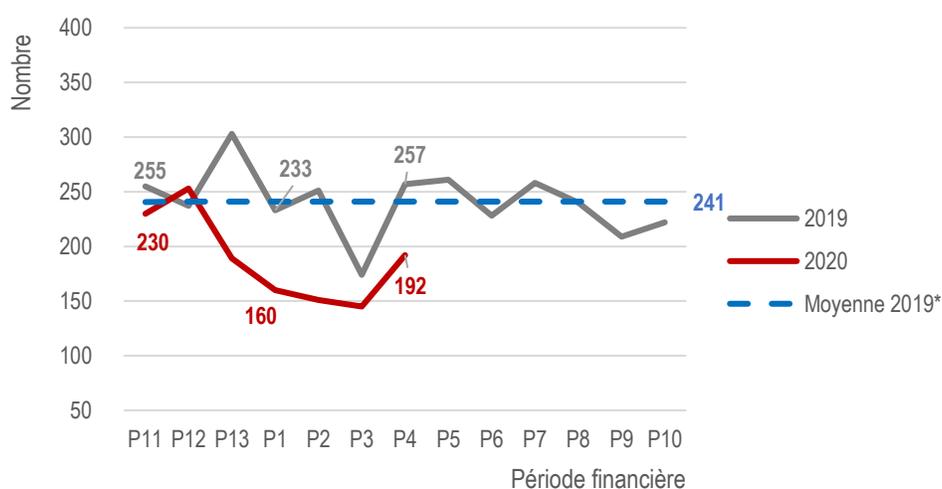
Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que moins de chirurgies pour un cancer colorectal aient été réalisées au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on remarque que :

- de plus fortes proportions de chirurgies colorectales ont été réalisées dans un délai de moins de 28 jours, comparativement aux mêmes périodes en 2019, sauf à la période P02, où 155 chirurgies (68 %) ont été réalisées comparativement à 233 chirurgies (74 %);
- à la période P02, le nombre de chirurgies colorectales réalisées en plus de 56 jours a augmenté, les cas en dépassement étant de 26 cas (11 %) en 2020 comparativement à 7 cas (2 %) en 2019.

5.4 Chirurgies du cancer colorectal en attente

Le nombre de chirurgies du cancer colorectal en attente correspond au nombre de patients en attente à la fin de la période. Cette donnée ne renseigne pas sur le nombre de requêtes opératoires reçues, mais elle donne le nombre de patients en attente d'une chirurgie colorectale.

Figure 12. Nombre de chirurgies en attente d'un cancer colorectal, par période financière

* La moyenne correspond à la moyenne annuelle du nombre de patients qui, à la fin de chaque période, sont sur une liste d'attente pour une chirurgie oncologique.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

À la fin de chaque période en 2019, en moyenne, 241 patients étaient en attente d'une chirurgie pour le cancer colorectal. Depuis la période financière P01, le nombre de cas en attente par période ne dépasse pas cette moyenne.

Tableau 17. Nombre de chirurgies en attente d'un cancer colorectal et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	303	189	62,4
P01	233	160	68,7
P02	251	151	60,2
P03	174	145	83,3
P04	257	192	74,7

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En général, au cours des périodes P01 à P03, le nombre de patients en attente d'une chirurgie pour un cancer colorectal demeure légèrement inférieur à l'an passé.

Tableau 18. Répartition (%) des chirurgies en attente pour un cancer colorectal selon le délai, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	85,1	11,9	3,0	66,7	32,3	1,1
P01	74,7	22,7	2,6	54,4	35,0	10,6
P02	83,3	13,9	2,8	72,8	13,9	13,2
P03	70,1	24,7	5,2	75,9	16,6	7,6
P04	74,7	21,0	4,3	76,0	20,8	3,1

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que le nombre total de cas en attente d'une chirurgie pour un cancer colorectal soit moindre en 2020 qu'en 2019, au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on observe que :

- généralement, une plus faible proportion de cas est en attente d'une chirurgie dans un délai de 0 à 28 jours, sauf à la période P03, alors qu'une plus forte proportion de cas est en attente d'une chirurgie dans un délai de plus de 56 jours, et ce, particulièrement pendant les périodes P01 et P02.

5.5 Cancer colorectal : constats

Selon les données présentées dans cette analyse, la pandémie semble avoir eu un effet marqué sur la trajectoire de soins et de services du cancer colorectal, particulièrement sur le dépistage de ce cancer et de son investigation. En effet, on constate une diminution de 74 % du nombre de tests de RSOSi et de 66 % du nombre de coloscopies réalisées, alors que le nombre de requêtes primaires hors délai a bondi de 116 %. Autant en dépistage qu'en investigation, une diminution importante du nombre d'examen à la période financière P01 a été observée. Les chirurgies du cancer colorectal, quant à elles, ont diminué de 30 %, tout comme les cas en attente. On estime que les chirurgies étaient, en grande partie, réalisées chez des patients dont le diagnostic était connu avant la pandémie. La hausse de dépistage par le test de RSOSi qui émerge à la période P04 laisse présager une forte augmentation de la demande de coloscopies puis de chirurgies, ajoutant aux retards déjà observés.

6. Résultats des indicateurs pour le cancer du sein

Un grand nombre de cancers du sein est détecté à partir d'un dépistage. Au Québec, le dépistage des femmes à risque modéré de cancer du sein, âgées de 50 à 69 ans, est encadré par le PQDCS. Toutefois, il est également possible pour les femmes de se faire dépister hors programme. À la suite d'un diagnostic de cancer du sein, la plupart des patientes auront une chirurgie à visée curative ainsi que différents types de traitements comme la radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie.

6.1 Examens d'imagerie du cancer du sein et biopsies

Pendant la crise sanitaire et la période de confinement, les activités de dépistage du PQDCS ont été mises à l'arrêt⁶. La reprise des activités a commencé entre le 4 juin et le 15 juin 2020, soit à la fin de la période P03. Le PQC recueille des informations sur la volumétrie des examens d'imagerie et les biopsies réalisés ainsi que les délais d'accès dans chaque région depuis la reprise des activités.

Tableau 19. Nombre d'examens d'imagerie du sein et de biopsies, périodes financières P03 et P04

Examens d'imagerie et biopsies	2020*	
	P03**	P04
Mammographie de dépistage PQDCS	5 291	17 495
Mammographie de dépistage hors PQDCS	2 407	4 544
Mammographie diagnostique	12 482	13 559
Cliché complémentaire	2 034	2 779
Échographie mammaire (diagnostique, de suivi et autres)	9 794	9 678
Biopsie	1 162	1 404

* Les données étant colligées depuis la période P03 de 2020-2021, les données sont non existantes pour 2019-2020.

** Les données de la période P03 ne correspondent pas à toute la période, mais seulement à la moitié de la période (environ 2 semaines).

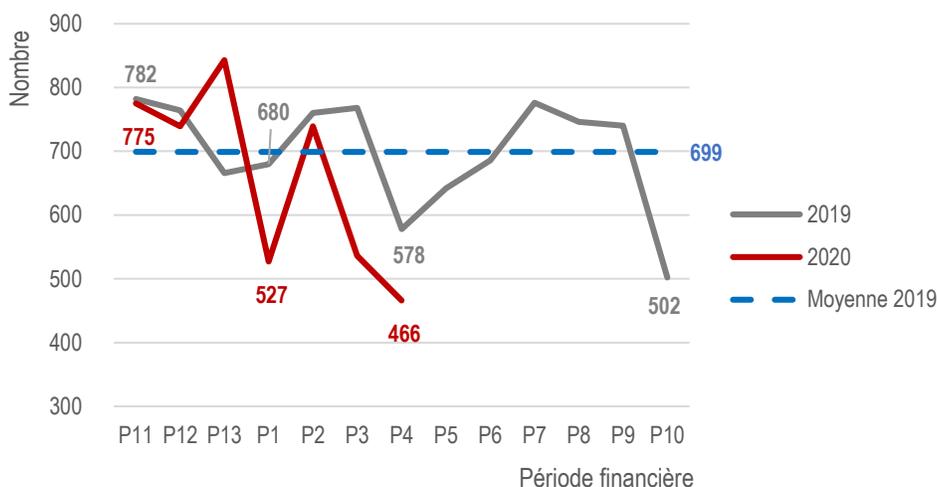
Source : Sondage auprès des centres désignés dans le cadre du PQDCS (privés et publics), 2020-2021 (P03-P04).

Au cours des périodes P03 et P04, on constate une augmentation de la plupart des examens d'imagerie et des biopsies réalisés au Québec, ce qui est en concordance avec la reprise des activités de dépistage du cancer du sein.

6.2 Chirurgies du cancer du sein réalisées

Pour l'année financière 2019-2020, 9 235 chirurgies du cancer du sein ont été effectuées au Québec, ce qui représente une proportion de 22 % des chirurgies oncologiques. L'arrêt des activités de dépistage entraînera probablement un nombre important de chirurgies à la reprise des activités et, donc, des répercussions sur l'accès si un plus grand volume de cas est détecté sur une courte période.

6. Il est à noter que certains examens d'investigation ont été maintenus selon la priorité clinique des patients.

Figure 13. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer du sein, par période financière

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En 2019, en moyenne par période, 699 chirurgies du cancer du sein ont été réalisées. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne, sauf à la période P02.

Tableau 20. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer du sein et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	666	843	126,6
P01	680	527	77,5
P02	760	739	97,2
P03	768	536	69,8
P04	578	466	80,6

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 1 802 chirurgies du cancer du sein ont été réalisées pendant les périodes P01 à P03 en 2020, alors que 2 208 chirurgies avaient été réalisées pendant les périodes P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 18 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P03 avec 30 %. De plus, on note une augmentation singulière à la période P13 de 127 %.

Tableau 21. Répartition (%) des chirurgies réalisées pour un cancer du sein selon le délai, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	76,6	20,6	2,9	82,9	15,1	2,0
P01	76,2	21,0	2,8	74,5	21,9	3,6
P02	75,9	20,7	3,4	73,9	22,3	3,8
P03	77,3	18,5	4,2	73,5	20,2	6,3
P04	73,9	22,7	3,5	76,2	19,5	4,3

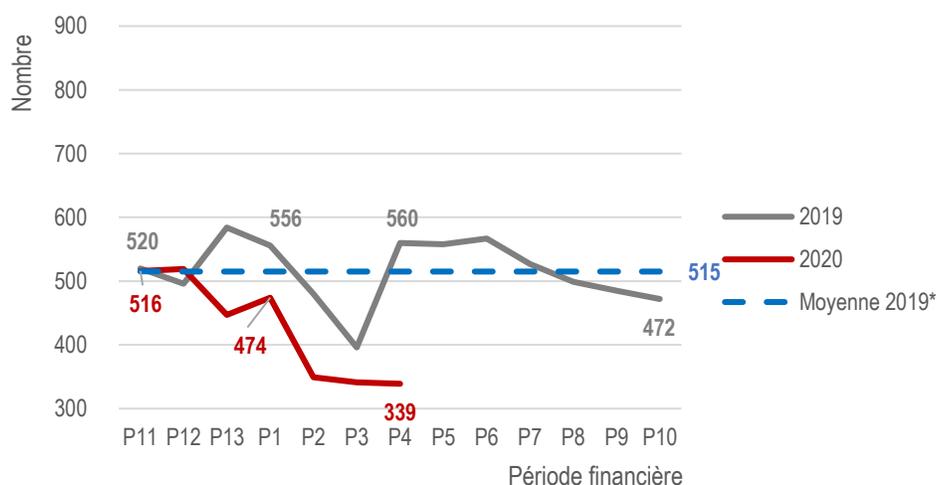
Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que moins de chirurgies pour un cancer du sein aient été réalisées au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on remarque que :

- au cours de la période P13, une plus forte proportion de chirurgies pour un cancer du sein a été réalisée dans un délai de moins de 28 jours, comparativement à la même période en 2019, soit 699 chirurgies (83 %) comparativement à 510 chirurgies (77 %);
- au cours de la période P03, le nombre de chirurgies pour un cancer du sein réalisées en plus de 56 jours a augmenté, les cas en dépassement étant de 87 cas (6 %) en 2020, comparativement à 32 cas (4 %) en 2019.

6.3 Chirurgies du cancer du sein en attente

Le nombre de chirurgies du cancer du sein en attente correspond au nombre de patients en attente à la fin de la période. Cette donnée ne renseigne pas sur le nombre de requêtes opératoires reçues, mais elle donne le nombre de patients en attente d'une chirurgie du cancer du sein.

Figure 14. Nombre de chirurgies en attente pour un cancer du sein, par période financière

* La moyenne correspond à la moyenne annuelle du nombre de patients qui, à la fin de chaque période, sont sur une liste d'attente pour une chirurgie oncologique.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

À la fin de chaque période en 2019, en moyenne, 515 patients étaient en attente d'une chirurgie pour le cancer du sein. Depuis la période financière P01, le nombre de cas en attente par période ne dépasse pas cette moyenne.

Tableau 22. Nombre de chirurgies en attente pour un cancer du sein et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	584	447	76,5
P01	556	474	85,3
P02	480	349	72,7
P03	396	341	86,1
P04	560	339	60,5

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En général, au cours des périodes P01 à P03, le nombre de patients en attente d'une chirurgie pour un cancer du sein demeure légèrement inférieur à l'an passé.

Tableau 23. Répartition (%) des chirurgies en attente pour un cancer du sein selon le délai, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (nombre)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	79,6	17,3	3,1	71,4	26,2	2,5
P01	80,9	16,2	2,9	60,1	34,2	5,7
P02	80,2	16,3	3,5	73,6	13,5	12,9
P03	70,7	26,8	2,5	75,1	17,0	7,9
P04	70,4	26,4	3,2	76,7	16,8	6,5

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que le nombre total de cas en attente d'une chirurgie oncologique pour un cancer du sein soit moindre en 2020 qu'en 2019, en comparant les données par délai, au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on observe que :

- généralement, une plus faible proportion de cas sont en attente d'une chirurgie dans un délai de 0 à 28 jours, sauf à la période P03, alors qu'une plus forte proportion de cas est en attente d'une chirurgie dans un délai de plus de 56 jours, et ce, particulièrement à la période P02.

6.4 Cancer du sein : constats

Selon les données présentées dans cette analyse, la pandémie semble avoir eu un effet sur la trajectoire de soins et de services du cancer du sein. Il est à noter que les activités de dépistage dans le cadre du PQDCS ont été complètement suspendues. La reprise graduelle qui a commencé au cours du mois de juin 2020 se poursuit. Au cours des périodes P03 et P04, on constate une augmentation de la plupart des examens d'imagerie et des biopsies réalisés. Le nombre moyen de chirurgies réalisées a diminué de 18 % au cours des périodes financières P01 à P03. Toutefois, à la période précédente (P13), une hausse importante du nombre de chirurgies réalisées est observée, ce qui pourrait correspondre à la priorisation des chirurgies, particulièrement les chirurgies d'un jour. Les cas de chirurgie en attente, quant à eux, ont diminué, ce qui est possiblement lié à la suspension du dépistage dans le cadre du PQDCS. Il est à prévoir que la reprise de l'envoi des lettres d'invitation au PQDCS aura un effet sur les services de dépistage et d'investigation puis sur les traitements (chirurgies, radiothérapie, chimiothérapie, etc.). La reprise du dépistage du cancer du sein au PQDCS se fait de façon graduelle afin de limiter les délais.

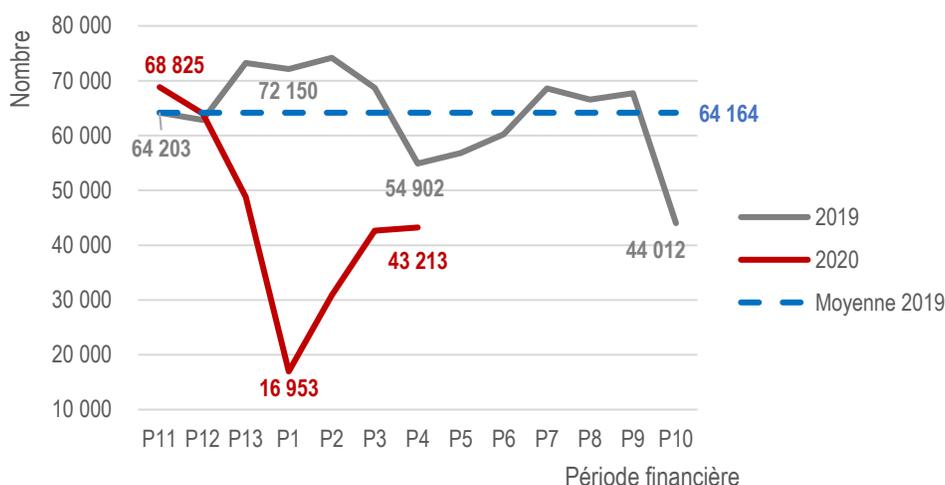
7. Résultats des indicateurs pour le cancer de la prostate

Les tests de dépistage du cancer de la prostate incluent le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) ainsi que le toucher rectal. Bien qu'utiles, ces tests doivent être complétés par des examens d'imagerie et une biopsie. À la suite de ces examens, une chirurgie peut être envisagée ainsi que différents types de traitements comme la radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie.

7.1 Dosage de l'APS

La pratique du dosage de l'APS pour le dépistage du cancer de la prostate est répandue, bien que plusieurs incertitudes demeurent en ce qui a trait aux bienfaits d'une telle stratégie à une échelle populationnelle. Le dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'APS relève d'une prise de décision partagée et éclairée entre le médecin traitant et son patient. Le dosage de l'APS est réalisé au cours d'une prise de sang prescrite par le médecin. L'interprétation du nombre de dosages de l'APS doit être effectuée avec prudence, l'examen n'étant pas exclusivement associé à un dépistage du cancer de la prostate, mais également au suivi en cours de traitement et à la surveillance active.

Figure 15. Nombre de dosages de l'APS par période financière



* Les données n'étant pas encore validées, elles peuvent varier d'ici la fin de l'année.

Source : MSSS, Centralab, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

En 2019, en moyenne par période, 64 164 dosages de l'APS ont été réalisés. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne.

Tableau 24. Nombre de dosages de l'APS et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Dosage de l'APS (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020*	
P13	73 252	48 818	66,6
P01	72 150	16 953	23,5
P02	74 177	30 884	41,6
P03	68 713	42 613	62,0
P04	54 902	43 213	78,7

* Les données n'étant pas encore validées, elles peuvent varier d'ici la fin de l'année.

Source : MSSS, Centralab, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04).

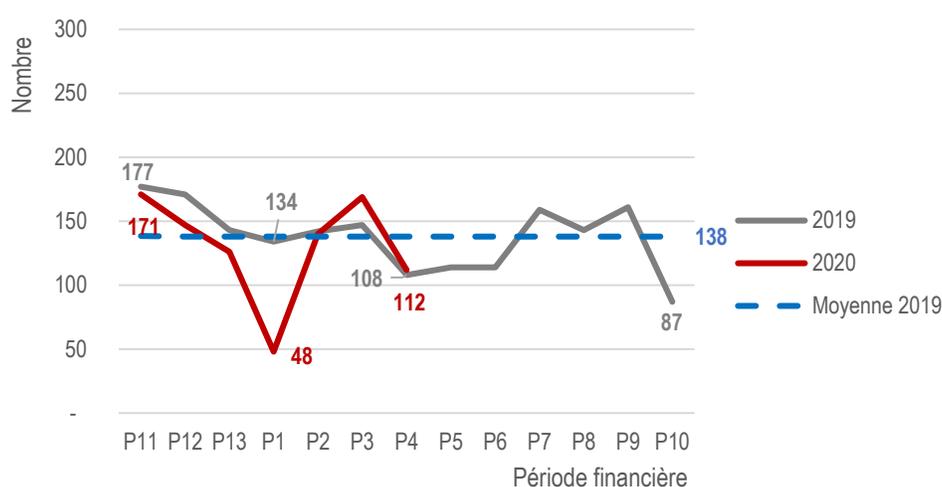
Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 90 450 dosages de l'APS ont été réalisés au cours des périodes P01 à P03 en 2020, alors que 215 040 dosages avaient été réalisés au cours des périodes P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 58 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 76 %.

7.2 Chirurgies du cancer de la prostate réalisées

Pour l'année financière 2019-2020, 1 753 chirurgies oncologiques de la prostate ont été effectuées au Québec, ce qui représente une proportion de 4 % des chirurgies oncologiques.

Figure 16. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer de la prostate, par période financière



Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En 2019, en moyenne par période, 138 chirurgies du cancer de la prostate ont été réalisées. À la période financière P01 en 2020, le volume d'activité était sous cette moyenne avant de se stabiliser à un niveau relativement semblable à celui observé en 2019.

Tableau 25. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer de la prostate et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	143	126	88,1
P01	134	48	35,8
P02	142	140	98,6
P03	147	169	115,0
P04	108	112	103,7

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 357 chirurgies du cancer de la prostate ont été réalisées au cours des périodes P01 à P03 en 2020, alors que 423 chirurgies avaient été réalisées au cours des périodes P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 16 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 64 %.

Tableau 26. Répartition (%) des chirurgies réalisées pour un cancer de la prostate selon le délai, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	35,0	38,5	26,6	43,7	41,3	15,1
P01	41,8	31,3	26,9	54,2	29,2	16,7
P02	36,6	32,4	31,0	30,0	25,0	45,0
P03	35,4	38,8	25,9	30,2	34,9	34,9
P04	34,3	39,8	25,9	32,1	39,3	28,6

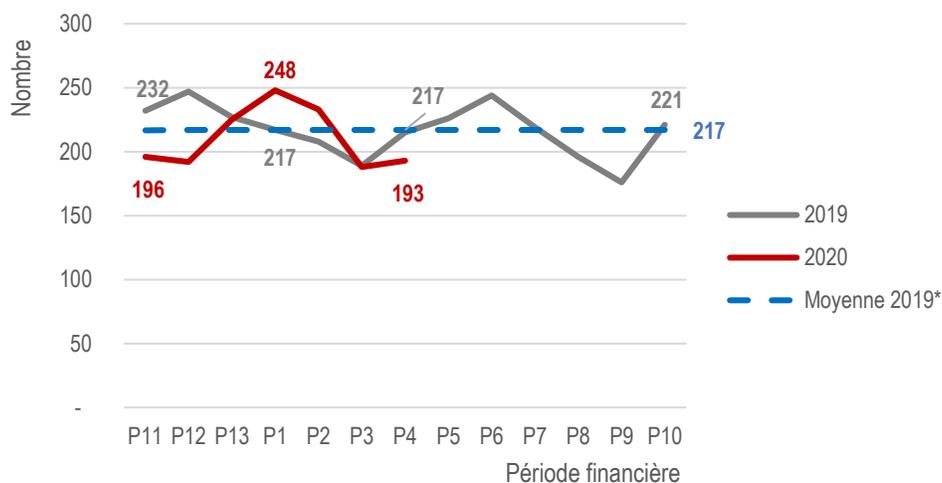
Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que moins de chirurgies pour un cancer de la prostate aient été réalisées au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on remarque que :

- au cours des périodes P13 et P01, de plus fortes proportions de chirurgies ont été réalisées dans un délai de moins de 28 jours, comparativement à la même période en 2019;
- à la période P02, le nombre de chirurgies réalisées en plus de 56 jours a augmenté, les cas en dépassement étant de 63 cas (45 %) en 2020, comparativement à 44 cas (31 %) en 2019.

7.3 Chirurgies du cancer de la prostate en attente

Le nombre de chirurgies du cancer de la prostate en attente correspond au nombre de patients en attente à la fin de la période. Cette donnée ne renseigne pas sur le nombre de requêtes opératoires reçues, mais elle donne le nombre de patients en attente d'une chirurgie du cancer de la prostate.

Figure 17. Nombre de chirurgies en attente, pour un cancer de la prostate, par période financière

* La moyenne correspond à la moyenne annuelle du nombre de patients qui, à la fin de chaque période, sont sur une liste d'attente pour une chirurgie oncologique.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

À la fin de chaque période en 2019, en moyenne 217 patients étaient en attente d'une chirurgie pour le cancer de la prostate. Depuis la période financière P01, le nombre de cas en attente dépasse cette moyenne pendant les périodes P01 et P02 et il diminue par la suite.

Tableau 27. Nombre de chirurgies en attente pour un cancer de la prostate et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	227	225	99,1
P01	217	248	114,3
P02	208	233	112,0
P03	189	188	99,5
P04	215	193	89,8

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Au cours des périodes P01 et P02, le nombre de patients en attente d'une chirurgie pour un cancer de la prostate est supérieur à l'an passé. Ce nombre tend à diminuer à la période P03.

Tableau 28. Répartition (%) des chirurgies en attente pour un cancer de la prostate selon le délai, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	44,9	33,0	22,0	32,9	36,9	30,2
P01	44,2	31,3	24,4	27,8	36,3	35,9
P02	50,5	28,4	21,2	39,5	26,6	33,9
P03	38,1	39,2	22,8	41,0	25,0	34,0
P04	45,1	31,6	23,3	39,9	33,2	26,9

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que le nombre total de cas en attente d'une chirurgie pour un cancer de la prostate soit supérieur en 2020 par rapport à 2019 pour les périodes P01 et P02 (et semblable en P03), en comparant les données par délai, au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on observe que :

- généralement, une plus faible proportion de cas sont en attente d'une chirurgie du cancer de la prostate dans un délai de 0 à 28 jours, sauf à la période P03, alors qu'une plus forte proportion de cas est en attente d'une chirurgie dans un délai de plus de 56 jours, et ce, particulièrement pendant les périodes P01 et P02.

7.4 Cancer de la prostate : constats

Selon les données présentées dans cette analyse, la pandémie semble avoir eu un certain effet sur la trajectoire de soins et de services du cancer de la prostate. Bien que le dosage de l'APS ne soit pas associé uniquement au dépistage, on remarque une diminution semblable à celle des autres examens de dépistage. Ainsi, le nombre de dosages de l'APS a diminué de 58 % pendant les périodes P01 à P03, avec une diminution marquée à la période P01. De plus, le nombre de chirurgies réalisées a diminué de 16 %, bien que le volume d'activité pour la période financière P03 soit au-dessus de la moyenne périodique de 2019. Il est à noter que les cas en attente d'une chirurgie pour un cancer de la prostate ont augmenté, ce qui aura un effet sur les volumes pour les périodes financières à venir.

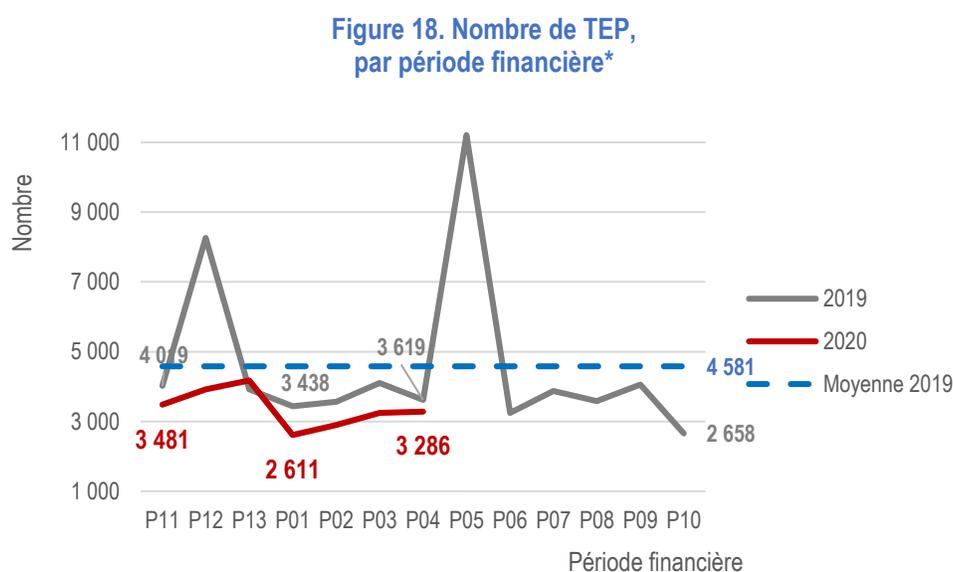
8. Résultats des indicateurs pour le cancer du poumon

Le cancer du poumon peut être détecté grâce à divers examens d'imagerie médicale comme la tomographie par émission de positrons (TEP) ou la tomодensitométrie. À la suite de ces examens, une chirurgie peut être envisagée ainsi que différents types de traitements comme la radiothérapie et la chimiothérapie.

8.1 TEP

La TEP est un examen d'imagerie qui sert à détecter une tumeur cancéreuse ou des métastases et à surveiller leur évolution. Cet examen permet de faire une cartographie de la localisation des cellules cancéreuses en injectant un produit radioactif.

Le nombre de TEP réalisées est présenté à titre indicatif. L'interprétation du nombre de TEP doit être effectuée avec prudence, l'examen n'étant pas forcément associé à un dépistage ni exclusivement à un cancer du poumon.



* Les deux hausses observées en P12 de 2018-2019 et en P05 de 2019-2020 suggèrent des données aberrantes. Si tel est le cas, la moyenne de l'année 2019 est surestimée.

Source : MSSS, GESTRED, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données autorapportées par les établissements, extraction d'octobre 2020.

En 2019, 4 581 TEP ont été réalisées en moyenne par période. Depuis la période financière P01 en 2020, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne.

Tableau 29. Nombre de TEP et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P03

Période	Nombre de TEP réalisées (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	3 920	4 175	106,5
P01	3 438	2 611	75,9
P02	3 563	2 899	81,4
P03	4 106	3 245	79,0
P04	3 619	3 286	90,8

Source : MSSS, GESTRED, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données autorapportées par les établissements, extraction d'octobre 2020.

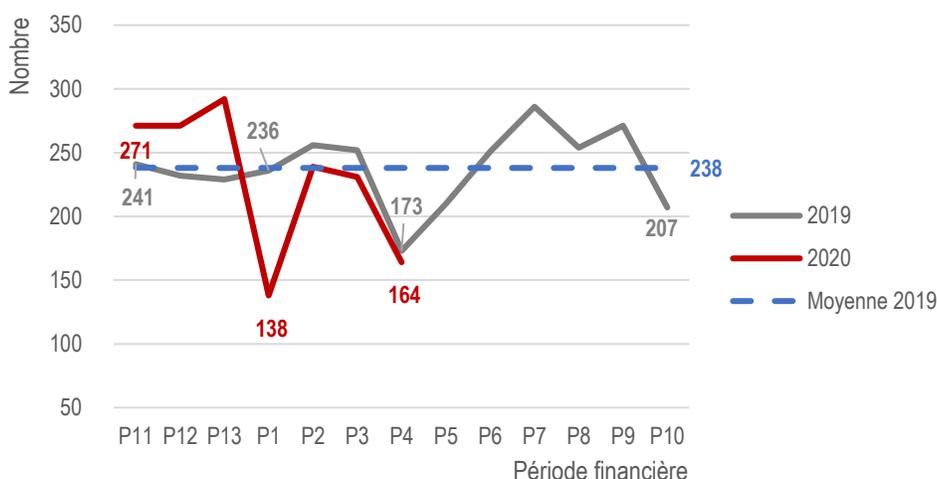
Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 8 755 TEP ont été réalisées au cours des périodes P01 à P03 en 2020, alors que 11 107 TEP avaient été réalisées de P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 21 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 24 %.

8.2 Chirurgies du cancer du poumon réalisées

Pour l'année financière 2019-2020, 3 230 chirurgies oncologiques du poumon ont été effectuées au Québec, ce qui représente une proportion de 8 % des chirurgies oncologiques.

Figure 19. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer du poumon, par période financière



Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En 2019, en moyenne par période, 238 chirurgies du cancer du poumon ont été réalisées. Depuis la période financière P01, le volume d'activité par période ne dépasse pas cette moyenne, sauf à la période P02, où il est égal à la moyenne.

Tableau 30. Nombre de chirurgies réalisées pour un cancer du poumon et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	229	292	127,5
P01	236	138	58,5
P02	256	239	93,4
P03	252	231	91,7
P04	173	164	94,8

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020 :

- 608 chirurgies du cancer du poumon ont été réalisées au cours des périodes P01 à P03 en 2020, alors que 744 chirurgies avaient été réalisées de P01 à P03 en 2019, représentant une diminution de 18 %;
- la diminution la plus marquée a été observée à la période P01 avec 42 %.

Tableau 31. Répartition (%) des chirurgies réalisées pour un cancer du poumon selon le délai, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies réalisées (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	63,3	32,3	4,4	63,7	32,9	3,4
P01	72,0	23,7	4,2	68,1	27,5	4,3
P02	61,3	33,2	5,5	54,4	28,5	17,2
P03	61,1	33,3	5,6	58,9	25,1	16,0
P04	54,3	40,5	5,2	62,4	24,8	12,7

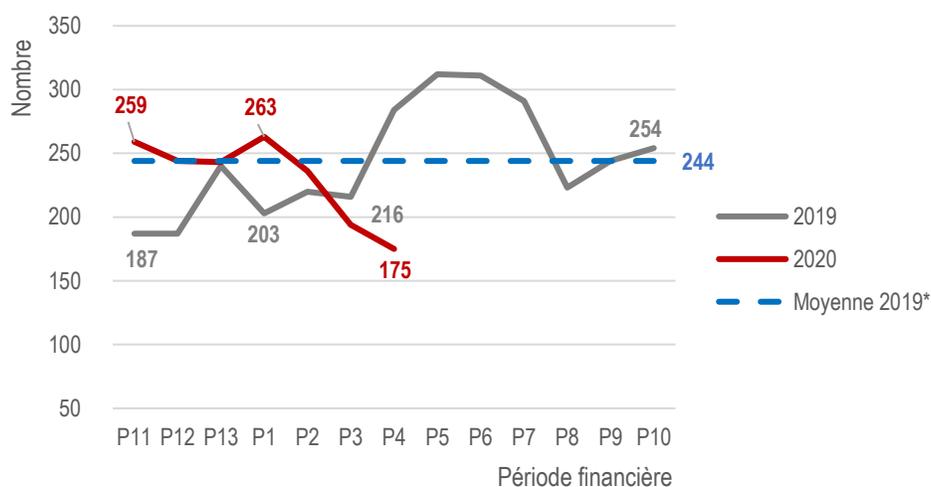
Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que moins de chirurgies pour un cancer du poumon aient été réalisées au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on remarque que :

- au cours de la période P01, une moins forte proportion de chirurgies a été réalisée dans un délai de moins de 28 jours, comparativement à la même période en 2019, soit 94 chirurgies (68 %) comparativement à 170 chirurgies (72 %);
- au cours de la période P02, le nombre de chirurgies réalisées en plus de 56 jours a augmenté, les cas en dépassement étant de 41 cas (17 %) en 2020, comparativement à 14 cas (6 %) en 2019.

8.3 Chirurgies du cancer du poumon en attente

Le nombre de chirurgies du cancer du poumon en attente correspond au nombre de patients en attente à la fin de la période. Cette donnée ne renseigne pas sur le nombre de requêtes opératoires reçues, mais elle donne le nombre de patients en attente d'une chirurgie du cancer du poumon.

Figure 20. Nombre de chirurgies en attente, pour un cancer du poumon, par période financière

* La moyenne correspond à la moyenne annuelle du nombre de patients qui, à la fin de chaque période, sont sur une liste d'attente pour une chirurgie oncologique.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P11 à P13), 2019-2020 (P01 à P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

À la fin de chaque période en 2019, en moyenne, 244 patients étaient en attente d'une chirurgie pour le cancer du poumon. À la période financière P01, le nombre de cas en attente par période dépasse cette moyenne pour ensuite diminuer.

Tableau 32. Nombre de chirurgies en attente, cancer du poumon, et comparaison (%) entre 2020 et 2019, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (nombre)		Comparaison 2020 par rapport à 2019 (%)
	2019	2020	
P13	240	243	101,3
P01	203	263	129,6
P02	220	236	107,3
P03	216	194	89,8
P04	284	175	61,6

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

En général, au cours des périodes P01 à P03, le nombre de patients en attente d'une chirurgie du cancer du poumon demeure relativement similaire à l'an passé. Puis, une diminution est observée à la période P04.

Tableau 33. Répartition (%) des chirurgies en attente pour un cancer du poumon selon le délai, périodes financières P13 ainsi que P01 à P04

Période	Chirurgies en attente (%)					
	2019			2020		
	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours	0 à 28 jours	29 à 56 jours	Plus de 56 jours
P13	82,9	15,8	1,3	54,7	34,2	11,1
P01	67,0	28,6	4,4	41,4	38,0	20,5
P02	75,5	22,7	1,8	49,2	22,9	28,0
P03	58,3	36,6	5,1	57,7	21,6	20,6
P04	49,3	41,9	8,8	56,0	30,3	13,7

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019 (P13), 2019-2020 (P01 à P04 et P13) et 2020-2021 (P01 à P04), données extraites au moment de la mise à jour de P04 de SIMASS.

Bien que le nombre total de cas en attente d'une chirurgie pour un cancer du poumon soit supérieur en 2020 par rapport à 2019 pour les périodes P01 et P02 (et moindre en P03), en comparant les données par délai, au plus fort de la crise sanitaire au printemps 2020, on observe que :

- généralement, une plus faible proportion de cas est en attente d'une chirurgie pour un cancer du poumon dans un délai de 0 à 28 jours, alors qu'une plus forte proportion de cas est en attente d'une chirurgie dans un délai de plus de 56 jours, et ce, particulièrement à la période P02.

8.4 Cancer du poumon : constats

Selon les données présentées dans cette analyse, l'effet de la pandémie sur la trajectoire de soins et de services du cancer du poumon est relativement faible. Le nombre de TEP a diminué de 21 % en moyenne au cours des périodes P01 à P03, avec une diminution marquée à la période P01. Même si la TEP n'est pas un examen exclusivement lié au cancer du poumon, son accessibilité a un effet la trajectoire de soins et de services de ce siège tumoral. Le nombre de chirurgies réalisées pour un cancer du poumon a, quant à lui, diminué de 18 %, alors que les cas en attente d'une chirurgie ont augmenté. Le nombre de chirurgies réalisées aux périodes financières P03 et P04 correspond sensiblement au volume de l'été 2019. Toutefois, à partir de la période P01 en 2020, une baisse des cas en attente de chirurgie est observée, alors qu'en 2019 le nombre de cas en attente était en hausse. Cette diminution de cas en attente d'une chirurgie du cancer du poumon pourrait être due à une diminution du nombre de cancers du poumon diagnostiqués.

9. Interprétation des résultats

L'analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et services en oncologie pour les périodes financières présentées a permis de mettre en lumière les constats suivants :

1. Une diminution du nombre de nouveaux diagnostics de cancer est à prévoir, compte tenu de la baisse des consultations médicales de la population auprès des médecins de première ligne ainsi que de la diminution de l'accès aux différents services associés au diagnostic (examens de dépistage, examens d'investigation menant ou non à un diagnostic de cancer, prélèvements envoyés en pathologie). Le nombre additionnel probable de nouveaux cas de cancer qui seront diagnostiqués ajoutera une charge sur les soins et services en oncologie. Cette charge sera, d'une part, progressive et proportionnelle à la reprise des activités et des consultations et, d'autre part, en lien avec l'évolution de la pandémie et l'accès aux services;
2. Pour les étapes de dépistage et d'investigation, des diminutions marquées sont mesurées principalement parce que la pandémie a causé le délestage et la suspension d'activités ainsi que des mesures d'adaptation. La reprise des activités doit se réaliser judicieusement, d'autant plus qu'un retard est à combler;
3. Les données indiquent que les traitements chirurgicaux des cancers, bien que ralentis à la période P01, ont été priorisés, lorsque possible. Le nombre relativement peu élevé des personnes en attente d'une chirurgie peut s'expliquer par la priorisation des chirurgies oncologiques et aussi par la baisse marquée au cours des derniers mois du nombre de personnes en investigation pour un cancer;
4. Il semble y avoir eu relativement peu de répercussions sur les traitements de radiothérapie. Les traitements se sont poursuivis, mais à un rythme moindre, et la reprise des activités se fait généralement bien;
5. Une inquiétude demeure pour les patients non diagnostiqués. Le délai pour obtenir un diagnostic pourrait avoir des conséquences sur l'évolution de la maladie et sur le stade au moment où le diagnostic sera finalement posé. Un stade plus avancé pourrait influencer le pronostic, les traitements, la qualité de vie et, à terme, la survie des personnes. Les données permettant de mesurer ces conséquences ne sont cependant pas disponibles.

Cette analyse visait à exposer certaines répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et services en oncologie dans les établissements de santé, en présentant les résultats des périodes financières P13 (2019-2020) à P04 (2020-2021) et en s'attardant à la première vague de la crise sanitaire au printemps 2020, soit aux trois premières périodes financières de l'année 2020-2021 (1^{er} avril au 20 juin 2020). Par ailleurs, les données de la quatrième période financière sont présentées tout au long du document pour informer sur la reprise des activités pendant la saison estivale. Au moment de la rédaction de l'analyse, les données des périodes financières subséquentes à P04 sont disponibles et laissent envisager que les activités en oncologie continuent leur reprise, mais des efforts supplémentaires devront être réalisés afin de répondre à la demande habituelle, de rattraper les retards observés, d'offrir les soins et services aux patients qui auront reçu leur diagnostic tardivement et de conjuguer avec d'autres vagues de la pandémie.

10. Prochaines étapes

Cette analyse sur les répercussions du délestage et de la pandémie a été réalisée de façon rétrospective. L'effet d'un retard de la détection du cancer sur la morbidité et la mortalité ne peut se mesurer à court terme. Toutefois, grâce aux informations présentées, il est possible d'avoir une meilleure vue d'ensemble de l'adaptation du RCQ à l'égard de cette crise sanitaire. Les constats dégagés mettent en lumière la nécessité d'élaborer une modélisation des données sur les soins et services en oncologie qui permettra de planifier des scénarios pour une réponse mieux adaptée au contexte de pandémie. Aussi est-il essentiel d'adopter des mécanismes de suivi standardisés dans tous les établissements du Québec afin de privilégier un fonctionnement optimal et structuré. Voici les prochaines étapes prévues :

1. Poursuite de la veille des données;
2. Projet de détection des nouveaux cas de cancer et du stade en collaboration avec les RLC participants;
3. Partage des bonnes pratiques et mentorat pour assurer la conformité des mécanismes de vigie en oncologie dans tous les établissements;
4. Poursuite des rencontres individuelles avec les centres aux prises avec des enjeux de reprise des activités ou de délais d'accès aux soins et services en oncologie.

Les données présentées dans cette analyse proviennent de différentes sources. Certaines données sont colligées de façon régulière, ce qui permet un suivi dans le temps. D'autres données ont été estimées à partir d'informations fragmentaires et en fonction de différentes hypothèses afin de peindre un portrait général de la situation. Des démarches d'acquisition de données étaient en cours avant la pandémie, en collaboration avec plusieurs partenaires, et le PQC entend les poursuivre. Le PQC prévoit également documenter d'autres données dans le but de mieux prévoir et organiser les services en fonction de l'évolution de la pandémie.

11. Conclusion

En somme, au début de la crise sanitaire au printemps 2020, le délestage des activités en lien avec la pandémie de la COVID-19 a eu des répercussions importantes sur les soins et les services en oncologie. Comme démontré, les étapes « détection précoce et dépistage », « investigation et diagnostic » ont été plus touchées que celle du « traitement ». En effet, le dépistage, la détection et le diagnostic ont pris du retard, notamment pour les principaux cancers présentés. Il est important de surveiller la capacité du RCQ à réaliser le flot habituel d'examens de dépistage et d'investigation, tout en comblant les retards accumulés et en intégrant le surplus d'examens des personnes non diagnostiquées pendant la pandémie. Une attention particulière doit être portée sur les chirurgies oncologiques réalisées et le suivi des cas en attente avec la reprise des chirurgies électives et la deuxième vague de la pandémie. Enfin, il faut demeurer vigilant quant aux enjeux relatifs aux mesures de distanciation physique et aux possibles pénuries de personnel qui ont une influence majeure sur la capacité et la productivité des établissements.

La deuxième vague de la COVID-19 pourrait avoir un effet important, non pas sur les patients atteints de cancer en traitement s'ils continuent d'être traités de façon prioritaire, mais plutôt sur les patients non diagnostiqués, puisqu'elle pourrait entraîner de nouveau une perturbation des services de dépistage et d'investigation. De plus, les personnes non diagnostiquées pourraient être réticentes à consulter en présence de symptômes, par crainte de contracter la COVID-19. Cela est d'autant plus préoccupant pour certains patients dont le pronostic dépend de la rapidité de détection et de prise en charge. La vigilance des services en oncologie doit être maintenue par chaque établissement, plus précisément en ce qui a trait à la trajectoire des patients dont le cancer n'a pas été diagnostiqué au printemps 2020 et dont la prise en charge n'est pas encore réalisée ou l'a été tardivement.

Le RSSS est dans une période de rattrapage et doit conjuguer avec une nouvelle réalité de même que la présence d'une deuxième vague d'éclosion de la maladie. Le retour à une normalité ne se fera pas à court terme. L'étape transitoire commencée en juin 2020 devra être adaptée à l'évolution de la pandémie, d'où l'importance de porter dès maintenant un regard sur les décisions prises et leurs répercussions afin d'améliorer la réponse du RCQ et ultimement la sécurité et le bien-être du patient.