



**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 oncologie au Québec**

Résultats couvrant la première année de la pandémie :
1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Programme québécois de oncologie
Septembre 2021

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.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-90330-7 (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

Ce document a été produit par le Programme québécois de cancérologie (PQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Rédaction

Bourassa, Annie : professionnelle, PQC, MSSS

Sarra-Bournet, Joëlle : professionnelle, PQC, MSSS

Contribution

Caouette, Émilie : professionnelle, PQC, MSSS

De Benedictis, Oronzo : professionnel, PQC, MSSS

Dumont, Chantale : professionnelle, PQC, MSSS

Fournier, Sarah : professionnelle, PQC, MSSS

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

Vaillancourt, Sara : professionnelle, PQC, MSSS

Révision

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

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, Centre universitaire de santé McGill

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

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

Mot du directeur national

Le PQC du MSSS présente l'*Analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie au Québec : résultats couvrant la première année de la pandémie*. À l'instar de l'analyse publiée couvrant les premiers mois de la pandémie, soit le printemps 2020, ce document brosse le portrait, après un an, de la situation de l'offre de soins et de services en période de pandémie pour la personne en dépistage, en investigation ou en traitement d'un cancer.

La dernière année a été caractérisée par des vagues importantes d'infections de la COVID-19 qui ont entraîné des répercussions sur les soins et les services de santé au Québec. Les résultats présentés dans cette analyse font état des effets marqués qu'a eus la pandémie en oncologie, mais aussi des services qui ont été maintenus grâce au travail des équipes de oncologie, et la priorisation des patients atteints de cancer tout au long de cette période. Ces résultats mettent en lumière la formidable adaptation qui en a résulté afin de maintenir 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. Deux secteurs plus touchés, le dépistage du cancer du sein et l'investigation du cancer colorectal, constituent des priorités pour la suite en 2021-2022.

Plusieurs personnes, dont les noms sont mentionnés dans la page des crédits, ont participé à cette analyse, et je les en remercie. Je tiens également à souligner le travail de tous les professionnels des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui ont contribué à la collecte des données et à en assurer la qualité ainsi que tous les intervenants du Réseau de oncologie du Québec pour les soins et services offerts aux personnes ayant un cancer et à leurs proches. Un remerciement aussi au Comité national de performance en oncologie du PQC, dont les conseils ont aidé au choix de certains indicateurs et à la présentation des résultats.

Ensemble, le MSSS, les professionnels du réseau, les groupes communautaires et les personnes touchées par le cancer contribuent à faire progresser notre performance en matière d'accessibilité, de qualité des soins et des services ainsi que d'utilisation optimale des ressources. Dans cette optique, il est important de poursuivre nos efforts afin d'améliorer l'accès aux données et de systématiser la mesure, l'évaluation et le suivi de nos résultats en tant que Réseau de oncologie du Québec.

Jean Latreille, MDCM, FRCPC

Directeur national du Programme québécois de oncologie

Mot du Comité national de performance en oncologie

Le Comité national de performance en oncologie est fier d'avoir contribué à l'*Analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie au Québec : résultats couvrant la première année de la pandémie*. Ce rapport offre un tour d'horizon des différents indicateurs du continuum de soins et de services permettant d'évaluer l'effet de la pandémie sur les niveaux d'activité en oncologie au Québec et sur la continuité des soins et des services. Il est basé sur les données actuellement disponibles.

La situation liée à la COVID-19 continuera de perturber pendant plusieurs mois les soins et les services aux personnes touchées par le cancer. Un tel rapport a le mérite de faire prendre conscience des défis auxquels le Réseau de oncologie du Québec (RCQ) doit faire face, mais aussi du travail accompli au cours de cette année. Il réaffirme l'importance d'une vigie des différents indicateurs.

Le Comité national de performance en oncologie tient à remercier les directions du MSSS qui ont participé à cette analyse. Il remercie également tous les intervenants du RCQ qui ont contribué étroitement à réduire les répercussions sur les personnes touchées par le cancer et à leur assurer l'accès aux soins et aux services.

La crise sanitaire a permis de renforcer l'importance de l'exploitation de données fiables de la prévention aux traitements, en passant par le dépistage, l'investigation et le diagnostic. Le Comité national de performance en oncologie est convaincu de l'importance de structurer, d'exploiter et de valoriser les données du continuum de soins et de services, permettant l'utilisation optimale de celles-ci pour mieux planifier, évaluer et améliorer la performance du réseau.

Marie-Andrée Fortin, MD, FRCPC

Présidente du Comité national de performance en oncologie

Pour les membres du Comité national de performance en oncologie

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Pandémie et soins et services en oncologie	2
3.	Méthodologie.....	3
4.	Résultats pour l'ensemble des cancers.....	6
4.1	Rapports de pathologie et diagnostic de cancer	6
4.2	Chirurgies oncologiques réalisées.....	7
4.3	Chirurgies oncologiques en attente	10
4.4	Radiothérapie	12
5.	Résultats pour le cancer colorectal	14
5.1	Test de RSOSi	14
5.2	Coloscopies.....	15
5.3	Chirurgies du cancer colorectal réalisées et en attente.....	18
6.	Résultats pour le cancer du sein	20
6.1	Mammographies de dépistage au PQDCS et hors PQDCS et mammographies diagnostiques	20
6.2	Examens complémentaires d'investigation	23
6.3	Chirurgies du cancer du sein réalisées et en attente	25
7.	Stratégies mises en place pour répondre à la pandémie	27
8.	Constats et prochaines étapes.....	29
9.	Conclusion	30

Liste des sigles et acronymes

APS	Antigène prostatique spécifique
CDD	Centre de dépistage désigné
CDTC	Comité du diagnostic et du traitement du cancer
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CMS	Centre médical spécialisé
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019-nCoV
CRID	Centre de référence et d'investigation désigné
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PQC	Programme québécois de cancérologie
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLC	Registre local du cancer
RPA	Résidence pour personnes âgées
RQC	Registre québécois du cancer
RSOSi	Recherche de sang occulte dans les selles
SARDO-Path	Dépisteur de rapports de pathologie de SARDO
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
TEP	Tomographie par émission de positrons

1. Introduction

Depuis plus d'un an, la pandémie de la COVID-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé partout dans le monde. Les soins et les services de santé prodigués à la population et aux patients ont dû évoluer et se transformer pour s'adapter à une nouvelle réalité d'offre de soins en contexte de crise sanitaire. Le secteur de la cancérologie n'y a pas échappé.

Il y a quelques mois, le PQC publiait une analyse des 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 Québec¹. Cette analyse couvrait les résultats du début de la pandémie jusqu'à la reprise des activités, principalement du 1^{er} avril au 20 juin 2020. Cette première analyse mettait en lumière quelques grandes répercussions, notamment la baisse à prévoir du nombre de nouveaux diagnostics de cancer, la diminution marquée des activités de dépistage et d'investigation, la priorisation des chirurgies oncologiques et le maintien des traitements de radiothérapie. De plus, une inquiétude quant à la reprise de la production et aux conséquences sur l'évolution de la maladie, sur son stade ainsi que sur la qualité de vie des patients qui n'ont pas été diagnostiqués en début de pandémie avait été soulignée.

Le présent document poursuit cette analyse et brosse le portrait de la première année de la pandémie, soit du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021. Une mise en contexte ainsi que la méthodologie utilisée afin d'illustrer le bilan de plusieurs indicateurs sont d'abord présentées. À chaque section, une analyse détaillée permet de voir les secteurs d'activité en cancérologie ayant été les plus touchés, d'estimer le retard à combler en fonction de la production habituelle, de cibler les cancers les plus fréquents qui nécessitent une surveillance accrue et de dégager différents constats sur l'interdépendance des étapes de la trajectoire de soins. Enfin, la dernière partie du document décrit les pratiques mises en œuvre pendant la première année de la pandémie, les constats ainsi que les travaux en cours afin de soutenir la prise de décision nécessaire à la gestion des soins et des services en cancérologie en contexte de pandémie.

¹ MSSS. *Analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie*, Québec, Programme québécois de cancérologie, 2021, 37 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-378W.pdf>].

2. Pandémie et soins et services en oncologie

La période étudiée aux fins de la présente analyse inclut les deux premières vagues d'infections de la COVID-19. Le nombre quotidien d'hospitalisations suit habituellement l'évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19, mais il présente un léger décalage dans le temps. C'est pourquoi les répercussions sur les soins et les services de santé ne sont pas observées instantanément avec la hausse des cas, mais bien souvent quelques semaines plus tard.

La première vague de la pandémie qui a eu lieu à la fin de l'hiver et au printemps 2020 a entraîné des répercussions sur les soins et les services en oncologie de la mi-mars à la mi-juin 2020. Elle a impliqué des mesures draconiennes qui ont influencé les soins et les services en oncologie, notamment l'arrêt des activités de dépistage du cancer du sein, le délestage des activités dans les secteurs de l'endoscopie, de l'imagerie, de la chirurgie ainsi que dans les centres de oncologie, de même que le retard ou l'absence de consultation auprès des médecins de famille pour obtenir une référence vers les services visant la détection d'un cancer. À ce délestage s'est ajoutée la réticence des citoyens à se présenter à leurs rendez-vous en centre hospitalier ou à aller consulter un médecin pour des symptômes nouveaux ou qui perdurent depuis un certain temps, par crainte de contracter la COVID-19. Une baisse des niveaux d'activité en oncologie a été vécue par plusieurs établissements, et plus fortement dans la région de Montréal et les régions limitrophes. La pandémie a touché davantage les personnes âgées, notamment celles qui vivent dans des résidences pour personnes âgées (RPA) ou des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou celles qui sont hospitalisées. D'autres facteurs ont également eu un effet, que ce soit la pénurie de personnel, le rapatriement de certains intervenants dans des secteurs plus touchés par la COVID-19, la mise en place des mesures additionnelles de protection et de contrôle des infections et la réorganisation complète des services afin de respecter les zones froides et chaudes, et d'offrir un environnement sécuritaire pour les patients atteints de cancer.

Considérant la nécessité d'agir rapidement pour minimiser les effets négatifs potentiels pour les personnes qui vivent une suspicion de cancer et les patients atteints de la maladie, des recommandations pour les soins et services en oncologie et des guides de pratique couvrant la majorité des sièges de cancer ont été élaborés par le PQC en collaboration avec des experts du RCQ. Afin de guider les établissements dans la modification de leur niveau d'activité dans les différents soins et services en oncologie, une échelle d'adaptation des services avec des critères de mesure a été partagée aux établissements. Cette échelle a permis de moduler le délestage et la reprise des activités selon la situation vécue localement². Afin de veiller à la préservation du secteur de la oncologie et au maintien de ses activités, plusieurs établissements ont notamment effectué une réorganisation des services visant à mettre à contribution toutes les ressources disponibles pour privilégier l'autosuffisance. De plus, la plupart des établissements ont maintenu une communication régulière avec les autres directions et unités, en exprimant les besoins au fur et à mesure et en modifiant certaines trajectoires de soins. Tous ces efforts, cette collaboration et cet engagement envers les patients atteints d'un cancer ou chez qui un cancer est suspecté ont permis, la plupart du temps, de maintenir les activités en oncologie malgré les vagues subséquentes de la pandémie. Dès le début de l'été 2020, la reprise graduelle des consultations de première ligne et des activités de dépistage de même que la relance des activités d'endoscopie, d'imagerie et de chirurgie ont permis de reprendre un rythme de production comparable aux années passées tout en intégrant les nouvelles pratiques imposées par la crise sanitaire.

La deuxième vague, quant à elle, s'est étendue sur une plus longue période, soit de septembre 2020 à février 2021 et a engendré des répercussions majeures dans les établissements du RCQ, principalement en décembre 2020 et en janvier 2021. Pendant cette période, la pandémie a touché plusieurs régions du Québec et la population active a été davantage infectée par le virus. Contrairement à la première vague où la plupart des services ont été suspendus de façon systématique, l'accessibilité aux soins et aux services en oncologie lors de la deuxième vague a été modulée en fonction de la capacité des établissements et de la réalité épidémiologique régionale. Les régions les plus touchées par la COVID-19 ont alors dû diminuer leur niveau d'activité plus que les régions les moins touchées. La troisième vague d'infections qui a débuté à la fin du mois de mars 2021 et qui s'est poursuivie au début de l'année financière 2021-2022 ne sera pas abordée dans cette analyse.

² MSSS. *Plan d'adaptation des niveaux d'activité en oncologie en situation de pandémie de COVID-19 selon les niveaux d'alerte du plan provincial de contingence en centre hospitalier (octobre 2020)*, Québec, 2020, 10 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-005_cancerologie-niveaux-d-activite-octobre-2020.pdf].

3. Méthodologie

La pandémie a confirmé la nécessité de suivre les indicateurs de soins et de services en oncologie. Ceux-ci permettent d'avoir un portrait de la situation, de mieux soutenir les décideurs et les différents intervenants du milieu de la santé dans les actions à entreprendre et de guider les responsables du RCQ dans les adaptations stratégiques et tactiques à apporter au programme. Pour y arriver, leur suivi doit s'inscrire dans un processus d'amélioration continue, notamment en ce qui a trait au développement de nouveaux indicateurs ou encore à l'analyse et à la production en temps réel des indicateurs existants.

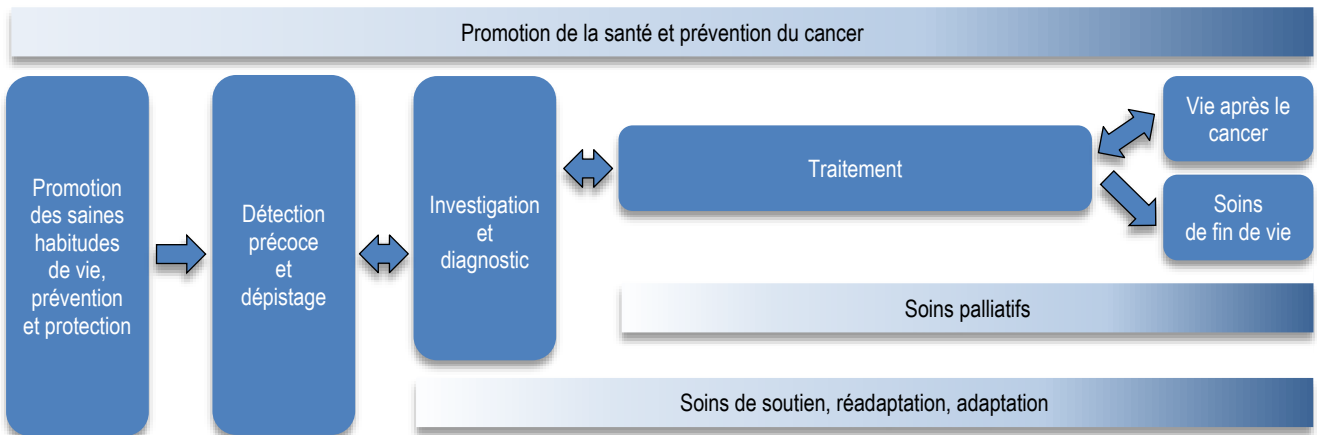
Les critères ayant guidé le choix des indicateurs présentés dans cette analyse sont principalement leur disponibilité et leur utilité en oncologie ainsi que leur fiabilité, leur validité, leur reconnaissance et leur compréhension dans le milieu. Contrairement à la première analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie publiée en janvier 2021, le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) n'est pas présenté, puisque cet examen sanguin correspond davantage à un suivi régulier demandé par le médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) qu'au dépistage du cancer de la prostate. De même, les données de volumétrie sur la tomographie par émission de positrons (TEP scan) ne sont pas incluses, car cet examen d'imagerie n'est pas utilisé exclusivement en oncologie ni uniquement pour le dépistage ou l'investigation du cancer du poumon. Enfin, les données concernant la téléthérapie et la curiethérapie ne sont pas illustrées séparément. Elles sont plutôt incluses dans le total des données de radiothérapie en raison de leur bilan stable et du petit volume habituel réalisé en curiethérapie. Par ailleurs, les données relatives aux traitements systémiques (chimiothérapie) ne sont pas présentées, car elles sont en développement. Les indicateurs retenus sont énumérés dans le tableau suivant.

Tableau 3.1 Indicateurs retenus

Catégorie	Description sommaire	Source	Ventilation
Rapports de pathologie	– Nombre de rapports de pathologie attribués à un cancer	Dépisteur SARDO-Path, représentant 20 établissements sur 30	Ensemble des cancers
Chirurgies oncologiques	– Nombre de chirurgies réalisées – Nombre de chirurgies en attente	SIMASS	Ensemble des cancers Cancer du sein Cancer colorectal Cancer du poumon Cancer de la prostate
Radiothérapie	– Proportion (%) de patients ayant commencé un traitement en radio-oncologie dans le délai – Nombre de patients ayant commencé un traitement de radiothérapie	Données des établissements	Ensemble des cancers
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
Coloscopies	– Nombre de coloscopies réalisées – Nombre de requêtes primaires en attente hors délai	GESTRED	Cancer colorectal
Examens d'imagerie du cancer du sein et biopsies	– Nombre de mammographies réalisées (mammographie de dépistage du Programme québécois de dépistage du cancer du sein [PQDCS], hors PQDCS et mammographies diagnostiques) – Nombre d'examens complémentaires pour l'investigation du cancer du sein réalisés (clichés complémentaires, échographies mammaires, y compris les échographies diagnostiques et les échographies de suivi et les biopsies mammaires)	RAMQ Sondage auprès des centres désignés dans le cadre du PQDCS (privés et publics)	Cancer du sein

Cette analyse se base principalement sur le volume d'activité de différents secteurs liés à la cancérologie. Les étapes permettant de reconstituer l'ordre de la trajectoire de soins et de services sont illustrées à la figure 3.1. Les indicateurs retenus font partie des étapes de détection précoce et dépistage, d'investigation et diagnostic ainsi que de traitement. L'interprétation des résultats se base sur des hypothèses et sur l'interrelation des différentes étapes du continuum. Ainsi, l'analyse des indicateurs doit se réaliser en tenant compte qu'il existe un certain délai entre les examens de dépistage, les examens d'investigation permettant de conclure à un diagnostic et le traitement proposé.

Figure 3.1 Continuum de soins et de services en cancérologie



La pandémie ayant eu des répercussions dans les dernières périodes de l'année financière 2019-2020, principalement en mars 2020, la présente analyse compare les résultats de l'année financière 2020-2021 aux résultats des deux années financières précédentes, soit 2018-2019 et 2019-2020³. La majorité des indicateurs en cancérologie étant habituellement en progression d'année en année, il paraît logique de les apprécier par rapport à 2018-2019 et également à 2019-2020 malgré la baisse de production observée en fin d'année, pour obtenir une perspective plus complète de la performance du réseau de cancérologie.

Pour chaque indicateur, un premier graphique est présenté par période financière afin de visualiser la baisse de production vécue au début de la pandémie et la progression constante observée dans les mois qui ont suivi. Un deuxième graphique permet d'illustrer le cumul de la production et de le comparer à celui des deux années antérieures. Cette donnée vise à estimer la reprise nécessaire dans les différents secteurs pour combler le retard attribuable à la pandémie.

Il est à noter que les indicateurs concernant les mammographies réalisées dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), celles réalisées hors programme, les mammographies diagnostiques ainsi que les examens complémentaires d'investigation du cancer du sein – sauf pour l'échographie – regroupent les données des trois dernières années financières, soit 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021. Toutefois, pour les données ne provenant pas de la même source⁴, la comparaison entre les années doit être réalisée avec précaution. Une ligne pointillée dans le graphique représente les données du sondage réalisé par le PQC auprès du réseau pour obtenir une information en temps réel, les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'étant pas disponibles au moment de la publication.

³ Chaque comparaison (en %) présentée dans l'analyse est une comparaison du volume de l'année 2020-2021 par rapport à celui d'une année précédente (2019-2020 ou 2018-2019) et se calcule comme suit : $(\text{volume de 2020-2021} \times 100) \div \text{volume de l'année précédente}$.

Les augmentations ou diminutions (en %) mentionnées dans l'analyse sont des variations et elles se calculent comme suit : $((\text{volume de 2020-2021} - \text{volume de l'année précédente}) \times 100) \div \text{volume de l'année précédente}$.

⁴ Un sondage périodique portant sur les indicateurs d'accès aux examens de dépistage et d'investigation du cancer du sein est rempli par tous les centres de dépistage désignés (CDD) et les centres de référence et d'investigation désignés (CRID) depuis la reprise des activités.

Les graphiques comprennent, lorsque possible, les résultats des années financières 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021, où chacune des années est représentée par une couleur différente. De même, deux zones grisées dans chaque graphique indiquent les deux vagues d'infection vécues au cours de la dernière année financière et, donc, les périodes où le système de santé a été le plus perturbé. Enfin, la volumétrie des différents indicateurs retenus diminue généralement aux périodes P04 et P05 ainsi qu'à la période P10, peu importe l'année présentée. Ces périodes correspondent à l'été (juillet et août) et à la période des fêtes (décembre), ce qui peut expliquer cette baisse de production. De plus, la volumétrie varie selon le nombre de jours ouvrables qui, pour une même période financière, peut différer d'une année à l'autre, particulièrement au début et à la fin de l'année financière. Le tableau 3.2 décrit les périodes financières utilisées au MSSS et dans les établissements du réseau.

Tableau 3.2 Calendrier des périodes financières de 2018-2019 à 2020-2021

	Année financière		
	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Période 01	1 ^{er} avril au 28 avril 2018	1 ^{er} avril au 27 avril 2019	1 ^{er} avril au 25 avril 2020
Période 02	29 avril au 26 mai 2018	28 avril au 25 mai 2019	26 avril au 23 mai 2020
Période 03	27 mai au 23 juin 2018	26 mai au 22 juin 2019	24 mai au 20 juin 2020
Période 04	24 juin au 21 juillet 2018	23 juin au 20 juillet 2019	21 juin au 18 juillet 2020
Période 05	22 juillet au 18 août 2018	21 juillet au 17 août 2019	19 juillet au 15 août 2020
Période 06	19 août au 15 septembre 2018	18 août au 14 septembre 2019	16 août au 12 septembre 2020
Période 07	16 septembre au 13 octobre 2018	15 septembre au 12 octobre 2019	13 septembre au 10 octobre 2020
Période 08	14 octobre au 10 novembre 2018	13 octobre au 9 novembre 2019	11 octobre au 7 novembre 2020
Période 09	11 novembre au 8 décembre 2018	10 novembre au 7 décembre 2019	8 novembre au 5 décembre 2020
Période 10	9 décembre 2018 au 5 janvier 2019	8 décembre 2019 au 4 janvier 2020	6 décembre 2020 au 2 janvier 2021
Période 11	6 janvier au 2 février 2019	5 janvier au 1 ^{er} février 2020	3 janvier au 30 janvier 2021
Période 12	3 février au 2 mars 2019	2 février au 29 février 2020	31 janvier au 27 février 2021
Période 13	3 mars au 31 mars 2019	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>].

Il est à noter que l'interprétation des résultats présentée dans ce document porte sur les soins et les services offerts à l'ensemble des personnes atteintes de cancer, sans tenir compte de leur âge. Ainsi, les constats dégagés dans l'analyse ne s'appliquent pas nécessairement aux particularités des enfants et des adolescents.

4. Résultats pour l'ensemble des cancers

4.1 Rapports de pathologie et diagnostic de cancer

Dès le début de la pandémie, une appréhension quant à une possible baisse de diagnostics de cancer a été soulevée par les professionnels du RCQ et du PQC. Cette diminution anticipée de patients diagnostiqués était d'autant plus préoccupante pour certains patients dont le pronostic dépend de la rapidité de détection et de prise en charge. Pour avoir une idée rapide de la situation et 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 analysée. En effet, l'estimation du volume de production des rapports de pathologie permet d'estimer le retard de diagnostic entraîné par les mesures liées à la COVID-19 en comparant les données de 2020-2021 par rapport à celles de 2019-2020.

L'information est disponible pour 20 établissements sur 30 et, pour certains de ces établissements, le recul n'est pas possible pour l'année 2018-2019⁵, c'est pourquoi l'année 2018-2019 n'est pas illustrée sur les graphiques. De plus, cette mesure comporte des limites et elle demeure une approximation des nouveaux cas de cancer en temps réel, notamment parce que chaque nouvelle tumeur ne nécessite pas forcément un prélèvement et 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.

À la période financière P01 en 2020-2021, soit lors de la première vague de la pandémie, on remarque une baisse du nombre de rapports de pathologie attribués à un cancer, soit une diminution de 9 % par rapport à la période financière P01 en 2019-2020 (8 566 comparativement à 9 370). Toutefois, dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend rapidement et il semble suivre la tendance de l'année 2019-2020. À la période P11 en 2020-2021, soit pendant la deuxième vague de la pandémie, on observe une baisse du nombre de rapports de pathologie par rapport à l'an passé, mais celle-ci ne perdure pas. Le volume d'activité tend à dépasser légèrement les résultats de l'année 2019-2020 en fin d'année, soit aux périodes P12 et P13 en 2020-2021.

À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de rapports de pathologie attribués à un cancer est à 95 % par rapport au cumul de l'an passé (118 021/124 612).

Interprétation des résultats

Selon l'échantillon des 20 établissements pour lesquels l'information était disponible, une diminution de 5 % du nombre de rapports de pathologie attribués à un cancer est constatée. Cette diminution est plus importante lors de la première vague, particulièrement aux périodes P02 et P03 avec des baisses observées

Figure 4.1 Nombre de rapports de pathologie attribués à un cancer par période financière

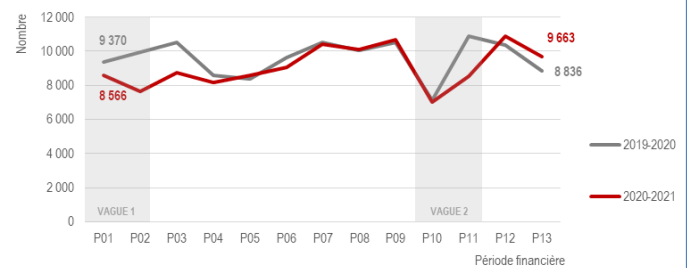
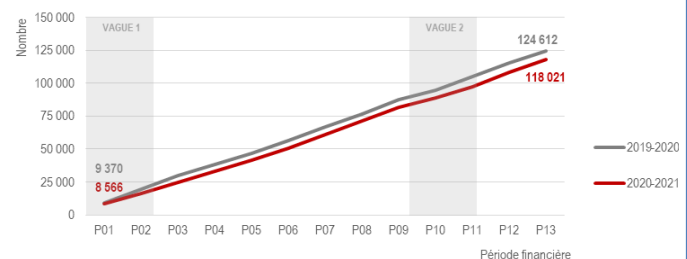


Figure 4.2 Nombre cumulé de rapports de pathologie attribués à un cancer par période financière



Note : Analyse basée sur les données de 20 établissements ayant le dépisteur SARDO-Path.
Source : SARDO-Path, extraction par semaine, se terminant le 30 avril 2021.

⁵ Le nombre de rapports de pathologie ainsi que la date du prélèvement sont extraits à l'aide du dépisteur de rapports de pathologie SARDO-Path, représentant 20 établissements sur 30 (5 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). 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 avril 2021 permet une analyse sur des données relativement complètes jusqu'à la période P13 2020-2021. Il est à noter que la banque de données est « ouverte » : les données peuvent varier d'une extraction à l'autre.

de 23 % et de 17 %, respectivement. Une diminution de 22 % à la période P11 vient marquer la deuxième vague, puis un retour sensiblement à la même situation que 2019-2020 a lieu en fin d'année⁶.

4.2 Chirurgies oncologiques réalisées

Le MSSS a priorisé le maintien des traitements pour le cancer – chirurgie oncologique, traitements systémiques et radiothérapie – et il a demandé que le personnel attiré à ce secteur soit protégé et non déployé vers d'autres secteurs. La rétention des équipes de soins a été plus difficile en chirurgie, car ce personnel détient des compétences en soins critiques nécessaires à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19. Devant la capacité réduite des blocs opératoires, les cas en attente de chirurgie oncologique devaient être priorisés ou redirigés vers une solution de traitement alternative jugée acceptable et figurant dans les guides de pratique. Pour s'assurer que cette priorisation était effectuée adéquatement, le MSSS a demandé aux établissements de créer un comité de bloc responsable d'analyser et de prioriser chaque patient en attente d'une opération de même qu'un comité de vigie en oncologie afin de faire le suivi rigoureux des patients atteints de cancer dont la chirurgie était reportée. Ce comité de vigie en oncologie, dont le rôle consiste à prioriser et à rediriger vers une solution de traitement alternative les cas en attente d'une chirurgie oncologique, peut, lorsque jugé nécessaire, impliquer les experts du Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) du siège concerné.

À la période financière P01 en 2020-2021, lors de la première vague de la pandémie, la mesure du nombre de chirurgies oncologiques montre une baisse importante des opérations réalisées, soit une diminution de 32 % par rapport à la période P01 en 2019-2020 (2 059 comparativement à 3 043). Toutefois, dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend rapidement et il semble suivre la tendance des deux dernières années, et ce, malgré la présence de la deuxième vague. À partir de la période P09 en 2020-2021, le nombre de chirurgies réalisées dépasse légèrement les résultats des deux années antérieures.

Au cumul, à la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre total de chirurgies oncologiques réalisées est à 95 % par rapport à l'année passée (39 403/41 313) et à 96 % par rapport à 2018-2019 (39 403/40 855).

Figure 4.3 Nombre de chirurgies réalisées par période financière pour l'ensemble des cancers

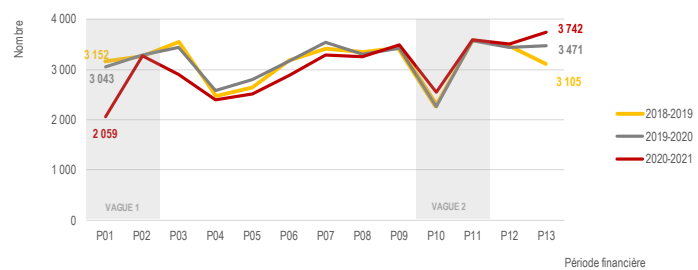
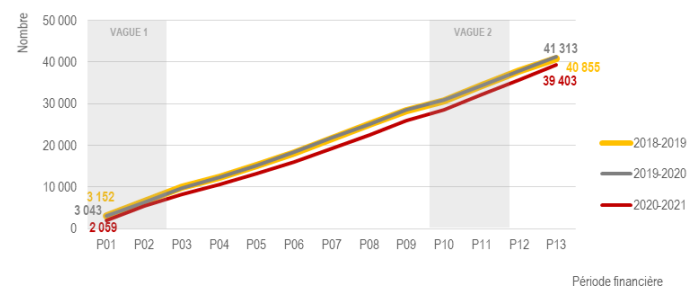


Figure 4.4 Nombre cumulé de chirurgies oncologiques réalisées par période financière



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID. À la suite d'une erreur de saisie commise par un établissement, ces données sont en validation pour l'ensemble des établissements du Québec.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

⁶ Bien que le nombre cumulé de rapports de pathologie attribués à un cancer soit à 95 % par rapport au cumul de l'an passé, il ne faut pas oublier que le nombre de nouveaux diagnostics de cancer augmente d'année en année. Ainsi, il faut ajouter une augmentation annuelle habituellement de l'ordre de 2 à 3 % à l'effet de la pandémie. Statistique Canada, Tableau : 13-10-0747-01 (anciennement CANSIM 103-0554). [www.statcan.gc.ca].

Les cibles ministérielles pour les délais d'accès à la chirurgie oncologique visent à ce que 90 % des chirurgies soient réalisées à l'intérieur de 28 jours et à ce que 100 % le soient à l'intérieur de 56 jours. En 2020-2021, ce sont 64,5 % des 39 403 chirurgies oncologiques effectuées qui ont été réalisées à l'intérieur de 28 jours et 90,6 % qui ont été réalisées à l'intérieur de 56 jours, comparativement à 64,7 % et à 91,9 %, respectivement, en 2019-2020. Le délai moyen est, quant à lui, passé de 27,3 jours en 2019-2020 à 28,5 jours en 2020-2021.

Tableau 4.1 Nombre de chirurgies oncologiques réalisées selon le siège tumoral de 2018-2019 à 2020-2021 et comparaison entre 2020-2021 et 2018-2019 et 2019-2020

Siège tumoral	2018-2019	2019-2020	2020-2021	Comparaison (%)	
				2020-2021/ 2018-2019	2020-2021/ 2019-2020
Sein	8 912	9 235	7 990	90	87
Poumon	2 927	3 230	2 742	94	85
Colorectal	4 243	4 093	3 252	77	79
Prostate	1 864	*	*	s. o.	s. o.
Œsophage	221	246	251	114	102
Estomac	324	333	342	106	103
Pancréas	411	420	448	109	107
Hépatobiliaire	595	596	599	101	101
Thyroïde	1 517	1 513	1 595	105	105
Peau	2 667	2 922	3 022	113	103
Urologique (excluant prostate)	9 345	9 315	9 255	99	99
Ovaire	950	917	920	97	100
Endomètre	1 751	1 660	1 686	96	102
Col utérin	290	*	*	s. o.	s. o.
Gynécologique (autres)	359	346	360	100	104
Cerveau	829	886	981	118	111
Autres	3 650	3 611	3 939	108	109
TOTAL	40 855	41 313	39 403	96	95

Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible.

* À la suite d'une erreur de saisie commise par un établissement, ces données sont en validation pour l'ensemble des établissements du Québec. Sous toute réserve, les données préliminaires corrigées pour le cancer de la prostate se situeraient entre 84 % (1 575/1 864) pour la comparaison de l'année 2020-2021 par rapport à l'année 2018-2019 et 91 % (1 575/1 731) pour la comparaison de l'année 2020-2021 par rapport à l'année 2019-2020. Pour le cancer du col utérin, la comparaison pour ces mêmes années financières serait de 91 % (236/290) et de 120 % (263/220).

Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

Comme exposé dans le tableau 4.1, le nombre total de chirurgies réalisées en 2020-2021 lorsque comparé aux résultats des deux années antérieures s'est maintenu ou a légèrement augmenté pour la majorité des sièges tumoraux, sauf dans le cas du cancer du sein, du cancer du poumon et du cancer colorectal, où une diminution de l'activité chirurgicale est observée.

Effectivement, la production de chirurgies du cancer colorectal connaît une diminution, variant entre 21 et 23 % par rapport aux deux années précédentes. Le cancer du sein présente aussi une diminution de production de chirurgies variant entre 10 et 13 % par rapport aux deux années antérieures. Les indicateurs relatifs à la chirurgie pour ces deux sièges tumoraux sont analysés plus en profondeur, dans les sections 5 et 6 qui regroupent d'autres indicateurs liés à la trajectoire de soins et de services du cancer colorectal et du cancer du sein. Le cancer du poumon ainsi que le cancer de la prostate, quant à eux, présentent également une diminution de production de chirurgies qui est détaillée dans les prochaines pages.

Le cancer du poumon

À la période P01 en 2020-2021, soit lors de la première vague de la pandémie, on remarque une baisse de chirurgies pour un cancer du poumon, soit une diminution de 42 % par rapport à la période P01 en 2019-2020 (138 comparativement à 236). Toutefois, dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend rapidement et il semble suivre la tendance des deux dernières années, malgré la présence de la deuxième vague.

À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de chirurgies pour un cancer du poumon réalisées est à 85 % par rapport au cumul de l'an passé (2 742/3 230) et à 94 % par rapport au cumul de 2018-2019 (2 742/2 927).

Le délai moyen d'accès à la chirurgie pour un cancer du poumon est de 28,3 jours en 2020-2021, comparativement à 30,5 jours en 2019-2020.

Figure 4.5 Nombre de chirurgies réalisées par période financière pour un cancer du poumon

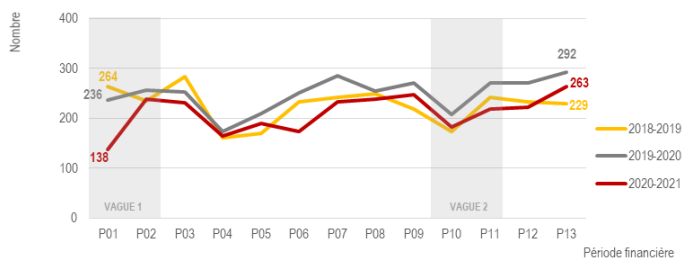
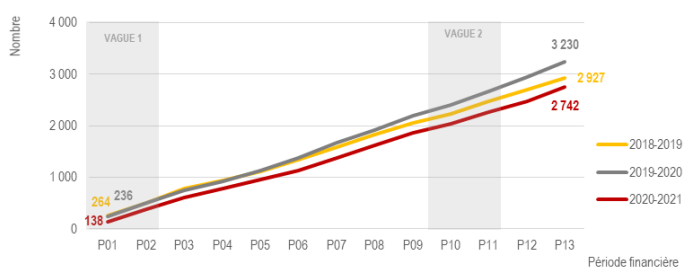


Figure 4.6 Nombre cumulé de chirurgies réalisées par période financière pour un cancer du poumon



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

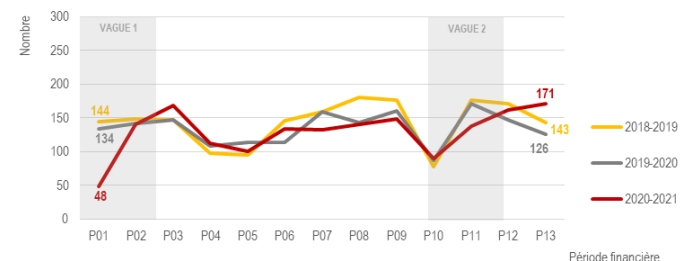
Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

Le cancer de la prostate

À la période P01 en 2020-2021, soit lors de la première vague de la pandémie, on remarque une baisse des chirurgies pour un cancer de la prostate, soit une diminution de 64 % par rapport à la période P01 en 2019-2020 (134 comparativement à 144). Toutefois, dès la période P02 et dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend et il semble suivre la tendance des deux dernières années, malgré la présence de la deuxième vague. À la période P13 en 2020-2021, le nombre de chirurgies réalisées dépasse légèrement les résultats des deux années antérieures. Il est à noter que le nombre cumulé de chirurgies pour un cancer de la prostate réalisées en 2020-2021 est en validation (voir la note sous le graphique 4.7).

Le délai moyen d'accès à la chirurgie pour un cancer de la prostate est de 45,8 jours en 2020-2021, comparativement à 45,3 jours en 2019-2020.

Figure 4.7 Nombre de chirurgies réalisées par période financière pour un cancer de la prostate



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

À la suite d'une erreur de saisie commise par un établissement, ces données sont en validation pour l'ensemble des établissements du Québec. Sous toute réserve, les données préliminaires corrigées pour le cancer de la prostate se situeraient entre 84 % (1 575/1 864) pour la comparaison de l'année 2020-2021 par rapport à l'année 2018-2019 et 91 % (1 575/1 731) pour la comparaison de l'année 2020-2021 par rapport à l'année 2019-2020.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

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. De la période P01 à la période P07 en 2020-2021, le nombre de chirurgies oncologiques en attente est inférieur aux résultats des deux années antérieures présentées. Toutefois, de la période P08 à la période P13 en 2020-2021, le nombre de cas en attente par période augmente légèrement avec une pointe à la période P10, soit lors de la deuxième vague.

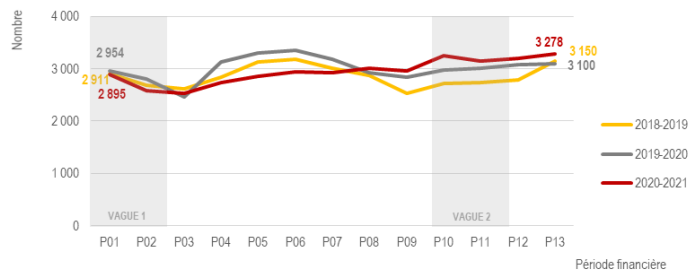
Le cancer du poumon

En 2020-2021, le nombre de chirurgies en attente pour un cancer du poumon a diminué progressivement jusqu'à la période P05. À partir de la période P06 en 2020-2021, le nombre de cas en attente augmente légèrement et il semble suivre la tendance des années antérieures malgré la deuxième vague.

Le cancer de la prostate

Aux périodes P01 et P02 en 2020-2021, soit pendant la première vague, le nombre de chirurgies en attente pour un cancer de la prostate est plus élevé qu'aux mêmes périodes en 2019-2020 et en 2018-2019. Dans les périodes subséquentes, le nombre de cas en attente est inférieur aux résultats des deux années antérieures présentées. Toutefois, de la période P08 à la période P13 en 2020-2021, les cas en attente augmentent légèrement et ils suivent la tendance des années précédentes.

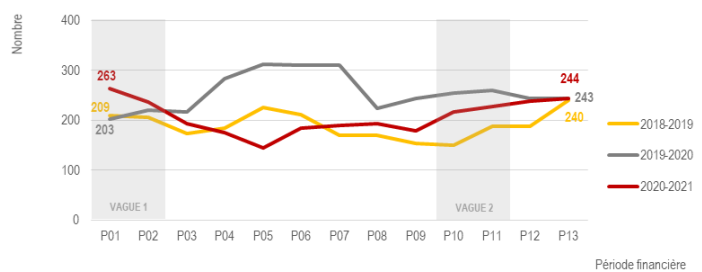
Figure 4.8 Nombre de chirurgies en attente par période financière pour l'ensemble des cancers



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

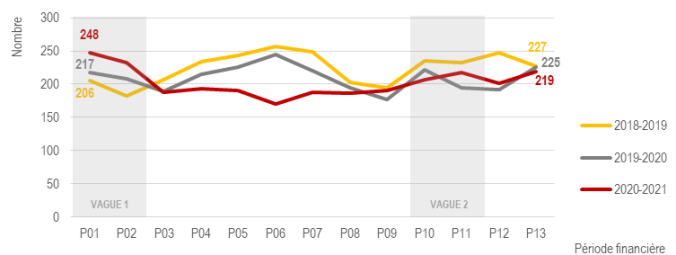
Figure 4.9 Nombre de chirurgies en attente par période financière pour un cancer du poumon



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

Figure 4.10 Nombre de chirurgies en attente par période financière pour un cancer de la prostate



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

Interprétation des résultats

La réduction importante des activités chirurgicales ainsi que la redirection de certains cas en attente de chirurgie vers une solution de traitement alternative en début de pandémie ont pu contribuer à la diminution marquée du nombre de chirurgies oncologiques réalisées à la période P01. Cependant, tout au long de l'année, la priorisation des chirurgies oncologiques a permis d'éviter une accumulation de cas en attente. La deuxième vague n'a pas entraîné de réduction importante de la production, mais plutôt une légère augmentation du nombre de chirurgies réalisées, ce qui démontre possiblement l'effet de la reprise graduelle des programmes de dépistage, de l'investigation et des consultations en première ligne, de même que la pertinence des mesures en place pour prioriser les usagers en attente d'une chirurgie oncologique. Le délai moyen de réalisation d'une chirurgie, quant à lui, est passé de 27,3 jours en 2019-2020 à 28,5 jours en 2020-2021. Ce délai de réalisation, qui demeure stable, porte à croire que les actions mises en place par le RCQ pendant la pandémie se sont avérées efficaces.

Par ailleurs, l'interprétation de ces données doit se faire avec prudence, car bien que le nombre de chirurgies oncologiques réalisées périodiquement soit redevenu comparable à celui de l'an dernier en cours d'année, la diminution observée au début de la pandémie n'est pas encore totalement rattrapée. Il en résulte un manque à gagner de près de 2 000 chirurgies par rapport à l'an dernier, soit environ 4 % à 5 % de la production selon l'année de comparaison. Ce manque semble plus marqué pour les cancers qui dépendent d'un dépistage, soit le cancer du sein et le cancer colorectal.

Un suivi régulier des délais d'accès en chirurgie oncologique de même que l'élaboration de plans d'action de la part des établissements qui ne respectent pas les cibles ministérielles doivent être maintenus. Par ailleurs, il faut veiller à minimiser les effets de la pandémie en assurant le maintien d'une priorisation adéquate de la chirurgie oncologique dans le flot total des interventions chirurgicales semi-urgentes et électives. Enfin, les travaux pour développer une méthodologie harmonisée de priorisation des chirurgies, dont les chirurgies oncologiques, se poursuivent.

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 pour réduire la présence des usagers en milieu hospitalier, permettant de minimiser le risque d'exposition des patients tout en assurant un service correspondant à la situation du patient. L'instauration d'une zone sécuritaire dite « froide » dans tous les services de radio-oncologie a également fait en sorte de minimiser le plus possible le risque pour les patients de contracter la COVID-19 en milieu hospitalier.

Tableau 4.1 Pourcentage (%) de patients ayant commencé un traitement de radiothérapie à l'intérieur de 28 jours

Période	Pourcentage (%) de patients ayant commencé leur traitement à l'intérieur de 28 jours
	Cible 90 % 2020-2021
P01	91
P02	86
P03	95
P04	96
P05	98
P06	99
P07	99
P08	99
P09	99
P10	99
P11	98
P12	99
P13	99

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

Ainsi, en analysant de plus près le nombre de patients ayant commencé un traitement de radiothérapie indépendamment du délai, à la période P01 en 2020-2021, soit lors de la première vague, une baisse importante du nombre de patients ayant commencé leur traitement de radiothérapie est remarquée, soit une diminution de 27 % par rapport à la période P01 en 2019-2020 (1 515 comparativement à 2 065). Toutefois, dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend rapidement et il semble suivre la tendance des deux dernières années, malgré la présence de la deuxième vague.

À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de patients ayant commencé leur traitement de radiothérapie est à 94 % par rapport au cumul de l'an passé (26 515/28 107) et à 96 % par rapport au cumul de 2018-2019 (26 515/27 485).

Par ailleurs, d'autres mesures d'adaptation propres à la radio-oncologie 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 est jugé supérieur aux bienfaits du traitement. Dès que la situation a pu le permettre, les patients reportés ont été rappelés pour commencer leurs traitements. Le RCQ a rapporté que les patients pour qui un traitement de radiothérapie était médicalement requis l'ont reçu dans des délais acceptables, comme présenté dans le tableau 4.1. La cible d'accès de 90 % des patients ayant commencé leur traitement à l'intérieur de 28 jours a été respectée toute l'année, sauf à la période P02 où une légère diminution est observée. Ce résultat est en accord avec la demande formulée en début de pandémie par le MSSS afin de diminuer le niveau d'activité de l'ensemble des services de radio-oncologie. Par la suite, les services ont modulé leur niveau d'activité en fonction de leur capacité au regard des ressources et de leur réalité sanitaire.

Figure 4.11 Nombre de patients ayant amorcé un traitement de radiothérapie par période financière

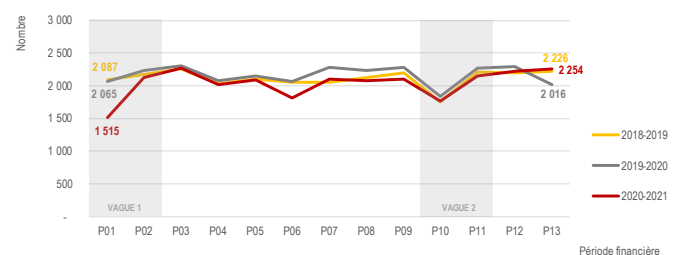
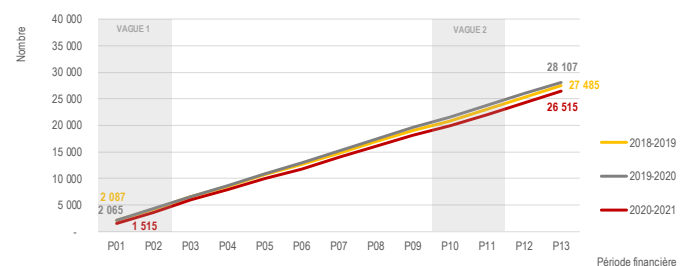


Figure 4.12 Nombre cumulé de patients ayant amorcé un traitement de radiothérapie par période financière



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

Interprétation des résultats

Un comité d'experts a été mobilisé en début de crise afin d'élaborer un guide de recommandations en contexte de pandémie propre au secteur de la radiothérapie incluant des protocoles de reprise et des solutions alternatives issus de la littérature. Contrairement aux traitements systémiques intraveineux qui peuvent être administrés en « zone chaude » au besoin, les traitements de radiothérapie doivent obligatoirement être réalisés au service de radio-oncologie, étant donné que les équipements de traitement ne peuvent être déplacés, puisqu'ils sont installés dans des salles blindées selon des normes très strictes. Cette particularité a dû être prise en compte dans les recommandations formulées. Le maintien d'une « zone froide » en tout temps, les précautions prises pour le dépistage de la COVID-19 de l'ensemble des patients et du personnel avant leur venue dans le service de radio-oncologie, la vérification de la présence de symptômes ou le recours à un test de dépistage au moindre doute ainsi que l'interdiction d'accès aux personnes ayant un risque d'avoir contracté la COVID-19 ont été primordiaux afin d'assurer la sécurité des patients. Considérant qu'un patient atteint de la COVID-19 ou suspecté de l'avoir contractée ne peut recevoir de traitement, des consignes de report et d'arrêt ont été déterminées afin de minimiser le plus possible l'incidence sur l'efficacité du service. De plus, la recommandation de favoriser la mise en place de l'hypofractionnement a été une solution employée puisque les données reçues des services de radio-oncologie démontrent une diminution du nombre moyen de fractions par patient, passant de 13,6 fractions par patient en 2019-2020 à 11,9 fractions par patient en 2020-2021, soit une baisse de 13 %⁷. Le PQC poursuit ses travaux sur l'implantation de l'hypofractionnement dans les différents sièges tumoraux afin de déterminer la pertinence de conserver ces changements de pratique et de les considérer éventuellement comme un nouveau standard de pratique, lorsque cliniquement approprié. L'introduction de l'hypofractionnement permet d'offrir un traitement aussi efficace tout en minimisant le nombre de fois où l'utilisateur doit se présenter au centre de cancérologie, ce qui a comme effet positif de créer plus de capacité de mise en traitement au sein des services de radio-oncologie.

En outre, à la fin de l'année, une légère diminution du nombre cumulatif de patients ayant entrepris un traitement est remarquée, alors qu'on note habituellement une augmentation d'année en année. Cela s'explique par la baisse importante de production lors de la première vague, particulièrement à la période P01. Comme plusieurs trajectoires de traitement contre le cancer impliquent une chirurgie avant la radiothérapie, on peut penser que la réduction importante des activités au bloc opératoire survenue à ce moment a contribué à la diminution des références en radio-oncologie de même que l'arrêt des programmes de dépistage ou encore la diminution des consultations chez le médecin de famille. Par la suite, le rythme de production a fluctué légèrement et il est revenu graduellement à la normale en fin d'année.

⁷ Bien que les données sur l'hypofractionnement des traitements de radiothérapie soient disponibles, ce n'est pas le cas pour les changements apportés aux protocoles de chimiothérapie. Par ailleurs, les propos rapportés par le RCQ portent à croire que peu de retard a été observé dans les traitements de chimiothérapie étant donné la capacité d'adaptation de ce secteur.

5. Résultats pour le cancer colorectal

La présente section permet de regrouper certains indicateurs de la trajectoire du 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 s'avérer nécessaire ainsi que différents types de traitements comme la radiothérapie et la chimiothérapie. La vue d'ensemble de ces indicateurs permet de saisir la situation vécue pendant l'année financière 2020-2021.

5.1 Test de RSOSi

En 2012, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a suggéré de retenir le test de RSOSi pour le dépistage du cancer colorectal pour les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen (asymptomatiques et sans autre facteur de risque). Ce test, qui est prescrit majoritairement par le médecin de famille et l'IP SPL, ne permet pas de diagnostiquer un cancer, mais permet de détecter la présence de sang dans les selles invisible à l'œil nu. Un résultat positif à ce test n'indique pas nécessairement la présence de polypes ou d'un cancer, car il peut s'agir de multiples autres conditions telles qu'un ulcère, des hémorroïdes ou une maladie intestinale inflammatoire. Avant la pandémie, le MSSS visait à ce qu'au moins 40 % de la population ciblée passe un tel test tous les 2 ans. Si l'analyse signale qu'il y a des traces de sang dans les selles, une investigation devra être réalisée.

À la période financière P01 en 2020-2021, soit lors de la première vague de la pandémie, on remarque une baisse importante des tests de recherche de sang occulte dans les selles réalisés, soit une diminution de 86 % par rapport à P01 en 2019-2020 (7 632 comparativement à 55 863). Toutefois, dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend graduellement pour atteindre une pointe à la période P07. De la période P08 à la période P13, le nombre de tests de RSOSi réalisés semble suivre la tendance des deux dernières années, malgré la présence de la deuxième vague.

À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de tests de RSOSi réalisés est à 74 % par rapport au cumul de l'an passé (480 494/647 254) et à 77 % par rapport au cumul de 2018-2019 (480 494/620 417).

Figure 5.1 Nombre de tests de RSOSi réalisés par période financière

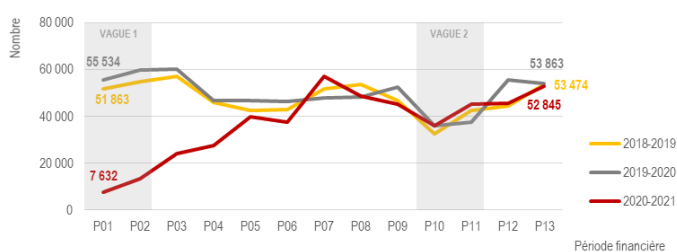
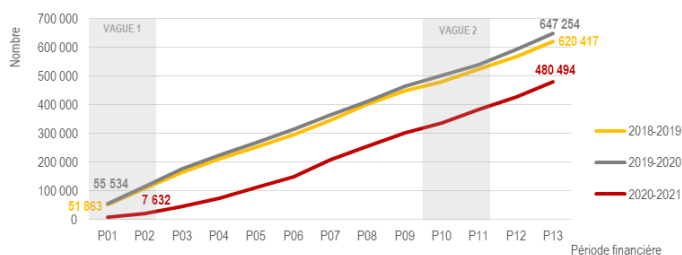


Figure 5.2 Nombre cumulé de tests de RSOSi réalisés par période financière



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

Interprétation des résultats

Depuis les dernières années, une progression constante du nombre de tests de RSOSi a été réalisée annuellement. Cela peut s'expliquer par diverses actions, notamment par la promotion réalisée auprès des médecins de première ligne sous forme de campagne et d'activités afin de les inciter à discuter du test de dépistage opportuniste avec leurs patients faisant partie de la population ciblée. Bien qu'aucune consigne de délestage n'ait été donnée au RSSS pour ce test, une baisse du nombre de tests réalisés au cours de la dernière année est constatée, soit une diminution de 160 000 tests de RSOSi en 2020-2021 par rapport à 2019-2020. Une diminution de la prescription du test par les professionnels de première ligne dont les services étaient réduits ou une diminution de la récupération des trousse de dépistage par les usagers sont des hypothèses pouvant expliquer cette baisse. Il est à noter que si l'ensemble des tests de RSOSi qui n'ont pas été effectués depuis le début de la pandémie était réalisé dans un avenir proche, cela pourrait engendrer une demande supplémentaire à l'investigation en coloscopie pour les cas ayant eu un résultat positif.

5.2 Coloscopies

À la période financière P01 en 2020-2021, une baisse importante des coloscopies réalisées est observée, soit une diminution de 87 % par rapport à la période P01 en 2019-2020 (2 711 comparativement à 21 245). Toutefois, dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend rapidement et il semble suivre la tendance des deux dernières années.

À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de coloscopies réalisées est à 78 % par rapport au cumul de l'an passé (207 694/267 823) et à 76 % par rapport au cumul de 2018-2019 (207 694/274 896). Ainsi, une diminution du nombre de coloscopies réalisées de près de 66 000 est observée pour l'année financière 2020-2021 par rapport à l'année 2019-2020.

Figure 5.3 Nombre de coloscopies réalisées par période financière

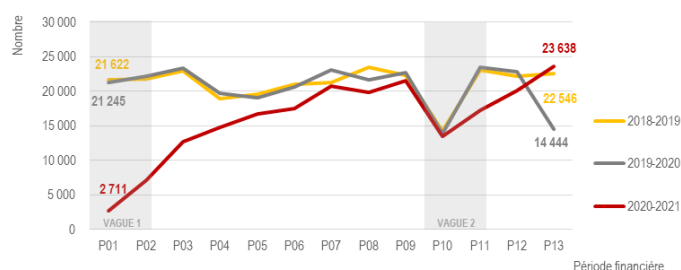
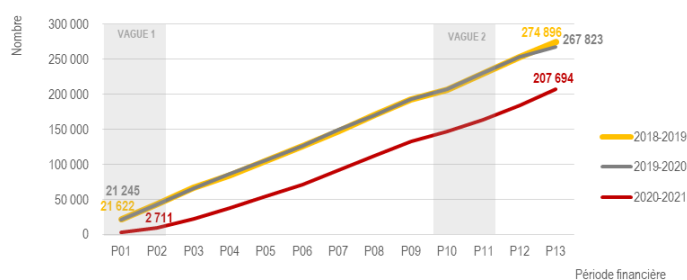


Figure 5.4 Nombre cumulé de coloscopies réalisées par période financière



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

En 2020-2021, le nombre de requêtes de coloscopie primaire en attente, toutes priorités confondues⁸, est nettement supérieur aux résultats des deux années antérieures présentées. En 2020-2021, le nombre de requêtes de coloscopie primaire hors délai passe de 23 300 à la période P01 à 26 302 à la période P13. Le maximum de requêtes de coloscopie primaire en attente hors délai observé est à la période P02 avec 27 529 cas, soit lors de la première vague de la pandémie. La deuxième vague de la pandémie entraîne également une hausse des cas en attente hors délai aux périodes P10 et P11.

Il est à noter que les requêtes primaires pour avoir accès à la coloscopie sont catégorisées par priorité (P1 à P5). La priorité P3 inclut, entre autres, la catégorie de patients avec un test de dépistage de RSOSi positif⁹. Comme présenté à la figure 5.6, le nombre de requêtes de coloscopie primaire en attente, priorité P3, est supérieur aux résultats des deux années antérieures. Pour l'année financière 2020-2021, le nombre de requêtes de coloscopie primaire de priorité P3 hors délai passe de 16 163 à la période P01 à 13 430 à la période P13. Le maximum de requêtes de coloscopie en attente hors délai de priorité P3 est à la période P02 avec 18 825 cas, soit lors de la première vague de la pandémie. La deuxième vague de la pandémie entraîne également une hausse des cas de priorité P3 en attente hors délai aux périodes P10 et P11.

En plus du nombre de requêtes primaires de coloscopie, le nombre de cas de contrôle (suivi) en attente hors délai est surveillé. En 2020-2021, le nombre de coloscopies de contrôle hors délai passe de 22 104 à la période P01 à 43 148 à la période P13. Ainsi, les suivis en attente hors délai en 2020-2021 sont largement supérieurs à ce qui est observé en 2019-2020.

Figure 5.5 Nombre de requêtes de coloscopie primaire hors délai par période financière

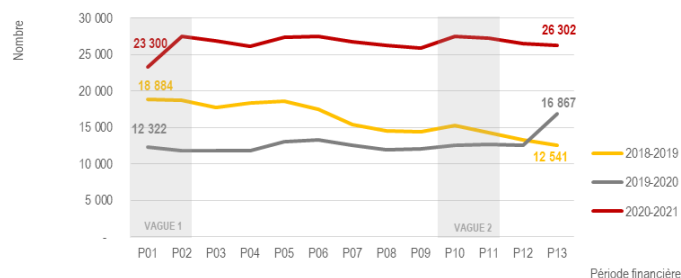


Figure 5.6 Nombre de requêtes de coloscopie primaire de priorité P3 hors délai, par période financière

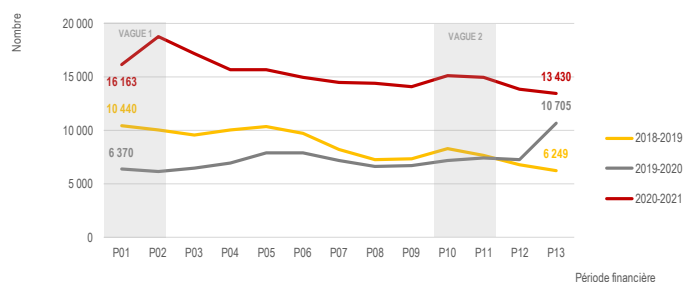
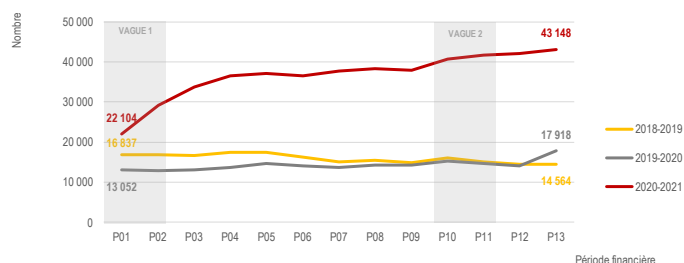


Figure 5.7 Nombre de requêtes de coloscopie de contrôle hors délai, par période financière



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

⁸ Les requêtes primaires en attente hors délai comprennent toutes les demandes de coloscopie, excluant les examens de contrôle (suivi), peu importe leur priorité clinique (1 à 5) auquel correspond un délai établi à respecter.

MSSS. *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec*, Québec, Direction québécoise de cancérologie, 2014, 145 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-902-15W.pdf>].

⁹ MSSS. *Demande de coloscopie longue AH-702*, Décembre 2017, 2 p.

[[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/96a8089a669d4f4a8525800900661462/\\$FILE/AH-702_DT9241\(2017-12\).D.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/96a8089a669d4f4a8525800900661462/$FILE/AH-702_DT9241(2017-12).D.pdf)]

Interprétation des résultats

La diminution des activités en endoscopie a eu un effet majeur sur le nombre de coloscopies réalisées, en attente dans les délais et en attente hors délai. Puisqu'une liste d'attente existait déjà avant la pandémie de la COVID-19, le contrecoup de la dernière année a fait en sorte que près de 110 000 coloscopies (requêtes de coloscopie primaire et de contrôle) sont en attente en date du 31 mars 2021, dont 63 % sont hors délai depuis plusieurs mois. Par ailleurs, les 160 000 tests de RSOSi qui n'ont pas été réalisés pendant la période étudiée pourraient contribuer à engendrer une demande supplémentaire en coloscopie si l'ensemble de ces tests était effectué dans un avenir rapproché. Toutefois, comme mentionné précédemment, ce ne sont pas tous les tests de RSOSi qui mènent à un résultat positif, et donc à une coloscopie. De plus, le test de dépistage du cancer colorectal étant recommandé tous les deux ans, il est fort possible que plusieurs choisissent d'attendre ou de différer un cycle de dépistage. Ainsi, la reprise des tests de RSOSi non effectués depuis le début de la pandémie sera probablement étalée dans le temps.

Cela dit, le nombre actuel de coloscopies (requêtes de coloscopie primaire et de contrôle) devant être réalisées au Québec demeure considérable. Devant la situation, le MSSS a autorisé des ententes entre les établissements et les cliniques privées ou les centres médicaux spécialisés (CMS) pour augmenter la capacité de production de coloscopies. De juin 2020 à mars 2021, 7 404 examens endoscopiques ont été effectués en cliniques privées et en CMS, et ce, afin de contribuer à la réalisation de coloscopies, lesquelles sont incluses dans le nombre cumulé de coloscopies présenté.

De plus, pour certains établissements, une deuxième offre de service intra ou interétablissements a été mise en place dès qu'une installation atteint l'équilibre entre l'offre et la demande pour ses patients, c'est-à-dire lorsqu'elle est en voie d'atteindre un maximum de 10 % de requêtes hors délai en coloscopie. Cette stratégie permet de rapatrier les patients d'une liste d'attente hors délai vers une liste d'attente en équilibre.

5.3 Chirurgies du cancer colorectal réalisées et en attente

À la période financière P01 en 2020-2021, soit lors de la première vague de la pandémie, on remarque une baisse des chirurgies pour un cancer colorectal, soit une diminution de 33 % par rapport à la période P01 en 2019-2020 (214 comparativement à 321). Toutefois, dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend progressivement et il semble suivre, à partir de la période P09, la tendance des deux dernières années, et ce, malgré la présence de la deuxième vague.

À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de chirurgies réalisées pour un cancer colorectal est à 79 % par rapport au cumul de l'an passé (3 252/4 093) et à 77 % par rapport au cumul de 2018-2019 (3 252/4 243).

Le délai moyen d'accès à la chirurgie pour un cancer colorectal est de 22,8 jours à la fois en 2020-2021 et en 2019-2020.

Figure 5.8 Nombre de chirurgies réalisées par période financière pour un cancer colorectal

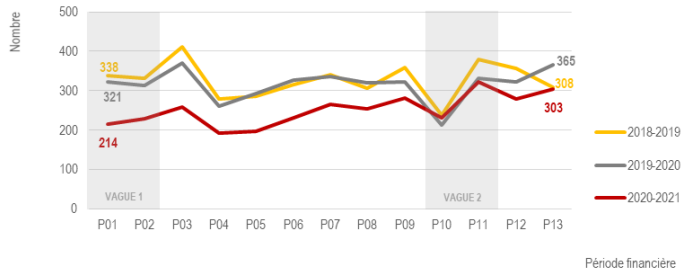
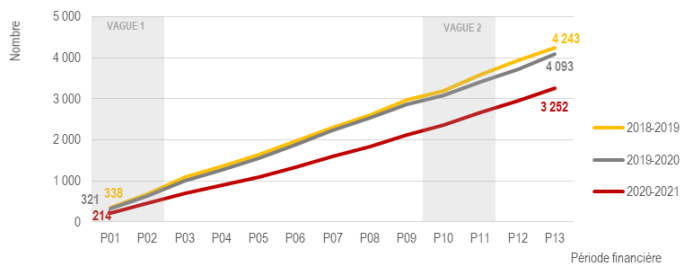


Figure 5.9 Nombre cumulé de chirurgies réalisées par période financière pour un cancer colorectal

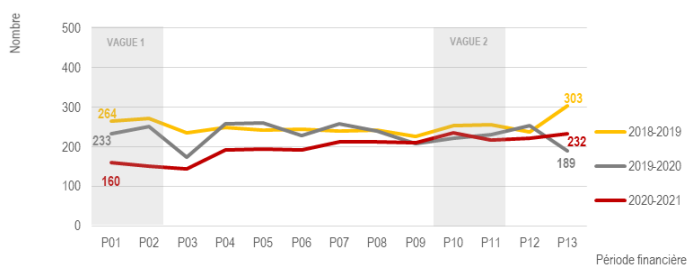


Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

De la période P01 à la période P08 en 2020-2021, le nombre de chirurgies oncologiques en attente est inférieur aux résultats des deux années antérieures présentées. Toutefois, de la période P08 à la période P13 en 2020-2021, le nombre de cas en attente reste stable pendant la deuxième vague de la pandémie jusqu'à la fin de l'année financière.

Figure 5.10 Nombre de chirurgies en attente par période financière pour un cancer colorectal



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

Interprétation des résultats

Dans les dernières années, une diminution progressive du nombre de chirurgies pour un cancer colorectal est observée, ce qui porte à penser que, grâce au dépistage du cancer colorectal, plusieurs cas à risque sont détectés précocement au stade de polype et une intervention en amont est possible, évitant ainsi la nécessité d'une chirurgie oncologique. Cependant, la diminution en 2020-2021 est plus importante que la courbe habituelle observée et elle peut possiblement s'expliquer par le fait que le délestage des activités de dépistage et l'accès restreint à l'investigation pendant plusieurs mois ont eu un effet sur le nombre de patients ayant nécessité une chirurgie colorectale. D'autres facteurs ont probablement contribué à l'accentuation de cette baisse, notamment la diminution des consultations en première ligne ou en milieu hospitalier, ou encore le fait que les usagers ne consultaient pas leur médecin ou leur IPSPL ou ne se présentaient pas à leur rendez-vous par crainte de contracter la COVID-19, surtout au début de la pandémie.

Somme toute, malgré les diminutions observées au début de la pandémie, l'accès à la chirurgie est demeuré relativement stable avec un délai moyen de réalisation de l'intervention de 22,8 jours en 2020-2021, lequel est identique à celui de 2019-2020. Ce maintien du délai d'accessibilité à la chirurgie colorectale s'explique aussi en partie par le fait que la liste d'attente n'a pas augmenté et qu'il n'y a donc pas eu d'accumulation importante de cas en attente pour cette chirurgie. Par ailleurs, il est important de souligner que le retard dans la production des examens de dépistage et d'investigation pourrait avoir des répercussions sur certains cas de cancer possiblement diagnostiqués à des stades plus avancés et qui ne sont plus candidats pour une chirurgie.

6. Résultats pour le cancer du sein

La présente section permet de regrouper certains indicateurs de la trajectoire du cancer du sein afin de favoriser une vue d'ensemble de la situation vécue pendant l'année financière 2020-2021. De façon générale, cette trajectoire commence par une mammographie de dépistage qui est suivie par des examens complémentaires tels que le cliché complémentaire, la mammographie diagnostique et l'échographie, pour se terminer par une biopsie, si celle-ci est pertinente. À la suite d'un diagnostic de cancer du sein, la plupart des patientes ont une chirurgie à visée curative ainsi que différents types de traitements comme la radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie.

Au Québec, le dépistage des femmes à risque modéré de cancer du sein, âgées de 50 à 69 ans, est encadré par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Les femmes ciblées sont invitées à participer au programme par une lettre qui fait office d'ordonnance pour une mammographie. En 2019, un peu plus d'un million de lettres ont été envoyées par le PQDCS. Le MSSS vise à ce qu'au moins 70 % de la population ciblée passe un tel test. Il est également possible pour les femmes de tous les âges de se faire dépister hors programme sur ordonnance médicale.

6.1 Mammographies de dépistage au PQDCS et hors PQDCS et mammographies diagnostiques

Les examens de dépistage du cancer du sein incluent la mammographie de dépistage réalisée auprès des femmes admissibles participant au PQDCS, mais également auprès de femmes de tous les âges ne participant pas au PQDCS. Par ailleurs, une mammographie diagnostique est utilisée lorsqu'un symptôme est déclaré ou qu'une anomalie est repérée au moment de l'examen clinique du sein. Il est à noter que les données présentées ne proviennent pas de la même source, et la comparaison entre les années doit être réalisée avec précaution. Une ligne pointillée dans le graphique représente l'utilisation des données du sondage réalisé par le PQC auprès du RSSS pour obtenir une information en temps réel, les données de la RAMQ n'étant pas disponibles au moment de la publication.

Figure 6.1 Nombre périodique et cumulé de mammographies de dépistage au PQDCS réalisées, y compris les unités mobiles

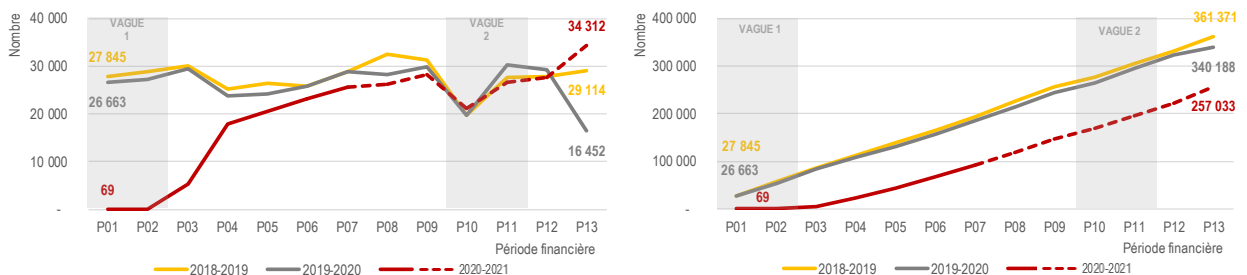


Figure 6.2 Nombre périodique et cumulé de mammographies de dépistage hors PQDCS réalisées

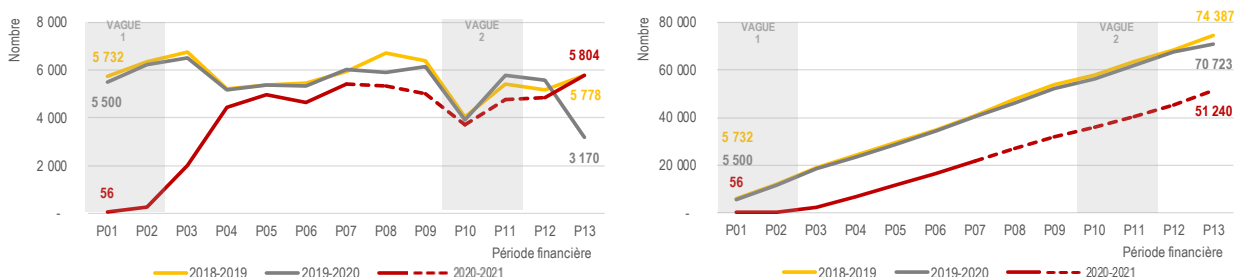
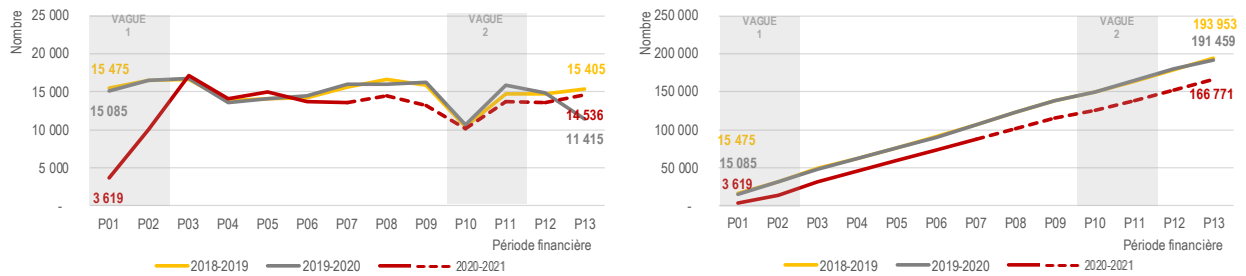


Figure 6.3 Nombre périodique et cumulé de mammographies diagnostiques réalisées



Note : Les données des années financières 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021 ne proviennent pas de la même source. Elles ne sont donc pas parfaitement comparables.

Sources : RAMQ, données budgétaires 2018-2019 et 2019-2020.

RAMQ, données temporaires 2020-2021 (P01 à P06).

Sondage réalisé auprès des centres désignés dans le cadre du PQDCS (privés et publics), 2020-2021 (P07 à P13).

Au début de la crise sanitaire, les activités de dépistage du cancer du sein ont été mises à l'arrêt au Québec comme ailleurs au Canada et dans le monde¹⁰. À cet effet, tant les mammographies de dépistage que l'envoi des lettres d'invitation ont été suspendus dès le 17 mars 2020, soit environ à la dernière moitié de la période financière P13 en 2019-2020, et ce, pour une durée d'environ 12 semaines. La reprise des activités a commencé à la fin de la période P03 en 2020-2021, entre le 4 juin et le 15 juin 2020, et elle s'est poursuivie graduellement jusqu'à l'automne 2020.

À la suite de la reprise des activités de dépistage à la fin de la période P03 en 2020-2021, une augmentation graduelle des mammographies de dépistage réalisées au PQDCS est observée. À partir de la période P08 en 2020-2021, le volume d'activité semble suivre la tendance des deux dernières années et on observe une augmentation du nombre de mammographies réalisées à la période P13 en 2020-2021, et ce, malgré la présence de la deuxième vague. À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de mammographies du PQDCS réalisées est à 76 % par rapport au cumul de l'an passé (257 033/340 188) et à 71 % par rapport au cumul de 2018-2019 (257 033/361 371). Ainsi, selon l'année de comparaison, ce sont entre 83 155 (2019-2020) et 104 338 (2018-2019) mammographies de dépistage du PQDCS qui n'ont pas été réalisées en 2020-2021.

À partir de la période P02 en 2020-2021, une augmentation graduelle du nombre de mammographies de dépistage hors PQDCS est observée. Bien que le volume d'activité semble suivre la tendance des deux dernières années, il demeure inférieur aux résultats de 2018-2019 et de 2019-2020. De la période P10 à la période P13 en 2020-2021, on observe une augmentation du nombre de mammographies réalisées, et ce, malgré la présence de la deuxième vague. À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de mammographies hors PQDCS réalisées est à 72 % par rapport au cumul de l'an passé (51 240/70 723) et à 69 % par rapport au cumul de 2018-2019 (51 240/74 387). Selon l'année de comparaison, ce sont donc entre 19 483 (2019-2020) et 23 147 (2018-2019) mammographies de dépistage hors PQDCS qui n'ont pas été réalisées en 2020-2021.

À la période P03 en 2020-2021, le nombre de mammographies diagnostiques réalisées se compare aux résultats des deux années antérieures présentées. De la période P07 à la période P09 en 2020-2021, le volume d'activité diminue légèrement avant de suivre à nouveau la tendance de 2018-2019, et ce, malgré la présence de la deuxième vague. À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de mammographies diagnostiques est à 87 % par rapport au cumul de l'an passé (166 771/191 459) et à 86 % par rapport au cumul de 2018-2019 (166 771/193 953). Selon l'année de comparaison, ce sont donc entre 24 688 (2019-2020) et 27 182 (2018-2019) mammographies diagnostiques qui n'ont pas été réalisées en 2020-2021.

¹⁰ Il est à noter que certains examens d'investigation ont été maintenus selon la priorité clinique des patients (voir la section 6 b).

Interprétation des résultats

L'arrêt temporaire des activités de dépistage a eu un effet majeur sur le nombre de mammographies réalisées en 2020-2021. À partir de septembre 2020, soit à la période P08¹¹ en 2020-2021, le volume de mammographies réalisées dans le cadre du PQDCS se stabilise et il revient à un niveau comparable à celui de 2019-2020. Toutefois, la production annuelle de mammographies de dépistage au PQDCS pour l'année 2020-2021 est en deçà de celle de 2019-2020. En plus de la suspension des mammographies de dépistage et de l'arrêt de l'envoi des lettres d'invitation au PQDCS au début de la pandémie, d'autres raisons expliquant cette diminution peuvent être avancées, dont la baisse d'achalandage dans les centres de dépistage causée par la crainte de la COVID-19, la baisse de capacité des centres à offrir la mammographie ou encore la réalisation des examens d'investigation au détriment des examens de dépistage. Enfin, la pénurie de technologues en imagerie médicale spécialisés en mammographie qui était déjà observée avant le début de la pandémie est un facteur qui influence la capacité de production des examens de dépistage. Au total, selon les données disponibles, ce sont entre 127 326 (2019-2020) et 154 667 (2018-2019) mammographies (PQDCS, hors PQDCS et diagnostiques) qui n'ont pas été effectuées en 2020-2021, lorsque comparé à 2019-2020 ou à 2018-2019, ce qui pourrait engendrer une demande supplémentaire à l'investigation, si l'ensemble des mammographies non effectuées au cours de la période étudiée est réalisé dans un avenir rapproché. Toutefois, il est à noter que les mammographies non effectuées depuis le début de la pandémie dans le cadre du PQDCS n'entraîneront probablement pas de demande supplémentaire subite à cause, entre autres, de l'étalement contrôlé de l'envoi des lettres d'invitation et de l'offre récurrente de participation tous les deux ans pour la population ciblée.

¹¹ Les données à partir de la période P08 en 2020-2021 proviennent du sondage réalisé par le PQC auprès du RSSS.

6.2 Examens complémentaires d'investigation

À la suite d'une mammographie avec un résultat anormal, des examens complémentaires sont nécessaires pour établir un diagnostic. Ces examens comprennent le cliché complémentaire, l'échographie mammaire ainsi que la biopsie mammaire.

Figure 6.4 Nombre périodique et cumulé de clichés complémentaires réalisés

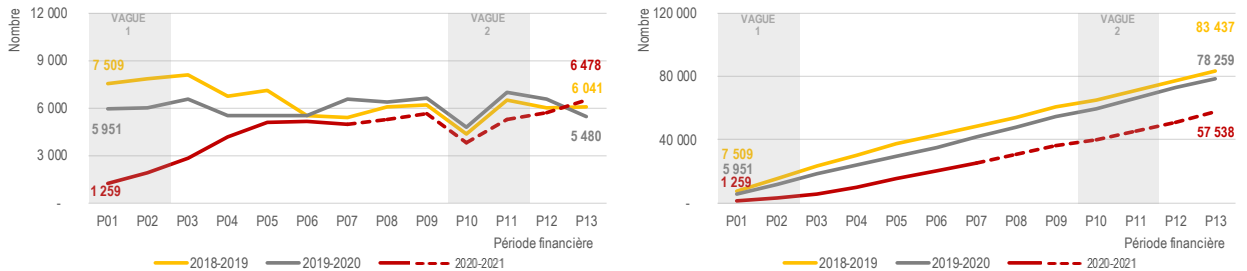


Figure 6.5 Nombre périodique et cumulé d'échographies mammaires réalisées

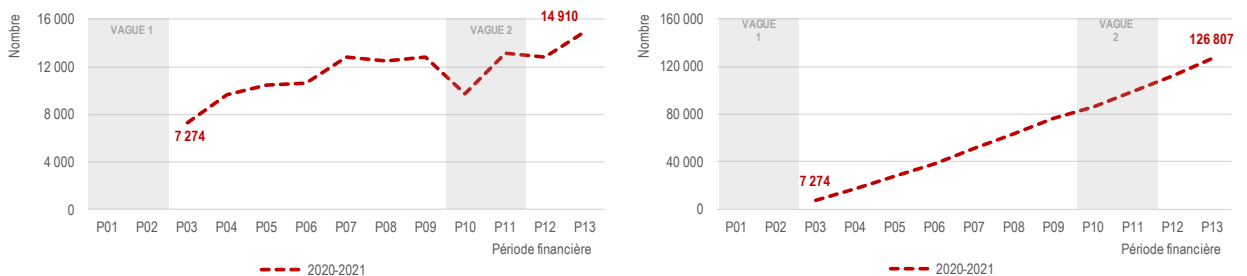
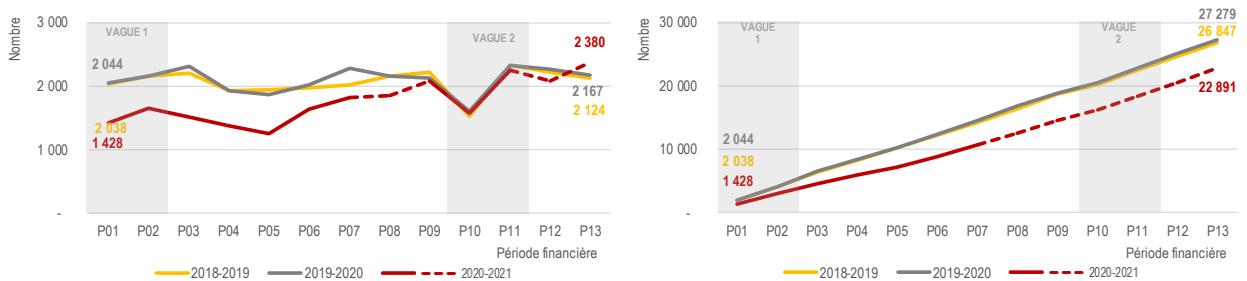


Figure 6.6 Nombre périodique et cumulé de biopsies mammaires réalisées



Notes : Les données de l'année financière 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021 ne proviennent pas de la même source. Elles ne sont donc pas parfaitement comparables. Les données 2020-2021 (P03 à P13) pour l'échographie mammaire proviennent du sondage réalisé auprès des centres désignés dans le cadre du PQDCS (privés et publics), puisque la RAMQ collige uniquement le nombre d'échographies générales réalisées. Ainsi, le nombre périodique d'échographies mammaires précédant P03 de l'année 2020-2021 n'est pas disponible.

Sources : RAMQ, données budgétaires 2018-2019 et 2019-2020.
RAMQ, données temporaires 2020-2021 (P01 à P06).
Sondage réalisé auprès des centres désignés dans le cadre du PQDCS (privés et publics), 2020-2021 (P07 à P13).

Dès la reprise des activités de dépistage à la fin de la période P03 en 2020-2021, on remarque une augmentation graduelle du nombre de clichés complémentaires réalisés. À partir de la période P05 en 2020-2021, le volume d'activité suit la tendance des deux dernières années et on observe une légère augmentation du nombre de clichés complémentaires réalisés à la dernière période en 2020-2021. À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre de clichés complémentaires réalisés est à 74 % par rapport au cumul de l'an passé (57 538/78 259) et à 69 % par rapport au cumul de 2018-2019 (57 538/83 437). Selon l'année de comparaison, ce sont entre 20 721 (2019-2020) et 25 899 (2018-2019) clichés complémentaires qui n'ont pas été réalisés en 2020-2021.

De la période financière P03 à la période P13 en 2020-2021, le nombre d'échographies mammaires augmente graduellement, malgré une légère baisse du volume d'activité à la période P10 en 2020-2021, qui correspond à la deuxième vague de la pandémie. De la période P03 à la période P13 en 2020-2021, le nombre cumulé d'échographies mammaires est de 126 807.

De la période P01 à la période P08 en 2020-2021, le nombre de biopsies mammaires réalisées demeure inférieur aux résultats des deux dernières années. De la période P09 à la période P13 en 2020-2021, on observe que le volume d'activité augmente jusqu'à suivre la tendance des deux dernières années avant de terminer en hausse à la dernière période en 2020-2021. À la fin de la période financière P13 de l'année 2020-2021, le nombre cumulé de biopsies mammaires est à 84 % par rapport au cumul de l'an passé (22 891/27 279) et à 85 % par rapport au cumul de 2018-2019 (22 891/26 847). Selon l'année de comparaison, ce sont entre 3 956 (2018-2019) et 4 388 (2019-2020) biopsies mammaires qui n'ont pas été réalisées en 2020-2021.

Interprétation des résultats

Comme la reprise des activités de dépistage du cancer du sein s'est faite de façon graduelle en fonction de la capacité du RSSS, les répercussions sur l'accès aux examens d'investigation et aux traitements ont été de moindre ampleur que ce qui avait été présagé, bien qu'on dénote une diminution importante de la production annuelle. En effet, les comités de reprise des activités de dépistage du cancer du sein mis en place dans les établissements à la demande du MSSS se sont assurés de faire un suivi régulier de la situation et d'adapter leurs activités pour éviter des délais d'accès trop importants. De plus, tous les établissements ont dû produire et suivre un plan de reprise des activités de dépistage du cancer du sein impliquant des actions graduelles à réaliser. Parmi les mesures mises en place, la modulation du volume de lettres d'invitation au PQDCS a été essentielle afin de respecter la capacité des centres.

Par ailleurs, deux documents contenant l'ensemble des recommandations liées à la reprise des activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein ont été rédigés conjointement par le MSSS et des groupes d'experts. Ils ont été diffusés aux partenaires concernés, et les recommandations y figurant ont rapidement été appliquées. Il s'agit des recommandations en fonction des niveaux d'activités cliniques du plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier qui sont disponibles dans le tableau synoptique des niveaux d'adaptation des activités du dépistage du cancer du sein¹² ainsi que des recommandations concernant les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein¹³ énonçant la liste des examens d'imagerie mammaire à prioriser ou à déléster en fonction de la priorité clinique et les lieux d'investigation à privilégier.

Contrairement aux examens de dépistage du PQDCS, les examens d'investigation n'ont pas été suspendus pendant la pandémie. Or, une baisse de production des examens d'investigation est tout de même observée en 2020-2021. Cela peut s'expliquer par l'interdépendance des étapes de la trajectoire de soins et de services. Effectivement, le nombre de mammographies de dépistage réalisées influence directement le volume d'examens d'investigation à effectuer. Le manque de ressources humaines et la diminution de l'achalandage causée par la crainte de la COVID-19 sont également deux facteurs qui ont contribué à la diminution de la production des examens d'investigation.

¹² MSSS, *Tableau synoptique des niveaux d'adaptation des activités du dépistage du cancer du sein, Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et dépistage hors PQDCS, Octobre 2020*, Québec, 2020, 2 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-005_pqdc-synoptique-niveaux-adap-activites-octobre-2020.pdf].

¹³ MSSS, *Recommandations concernant les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein, Octobre 2020, Révision numéro 6*, Québec, 2020, 2 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-005_cancerologie-imagerie-mammaire-octobre-2020.pdf].

6.3 Chirurgies du cancer du sein réalisées et en attente

À la période P01 en 2020-2021, soit lors de la première vague de la pandémie, on remarque une baisse des chirurgies pour un cancer du sein, soit une diminution de 23 % par rapport à la période P01 en 2019-2020 (527 comparativement à 680). Dans les périodes subséquentes, le volume d'activité reprend graduellement et, à partir de la période P09 en 2020-2021, le nombre de chirurgies pour un cancer du sein réalisées semble suivre la tendance des deux années antérieures.

À la fin de la période financière P13 en 2020-2021, le nombre cumulé de chirurgies réalisées pour un cancer du sein est à 87 % par rapport au cumul de l'an passé (7 990/9 235) et à 90 % par rapport au cumul de 2018-2019 (7 990/8 912).

Le délai moyen d'accès à la chirurgie pour un cancer du sein est de 22,6 jours en 2020-2021 comparativement à 22,0 jours en 2019-2020.

Figure 6.7 Nombre de chirurgies réalisées par période financière pour un cancer du sein

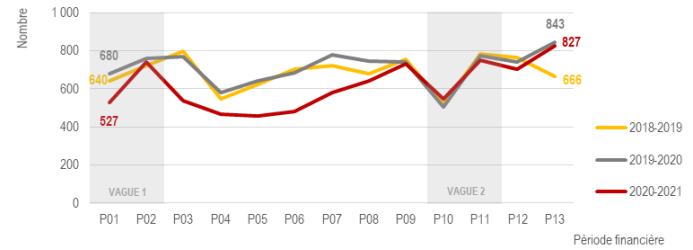
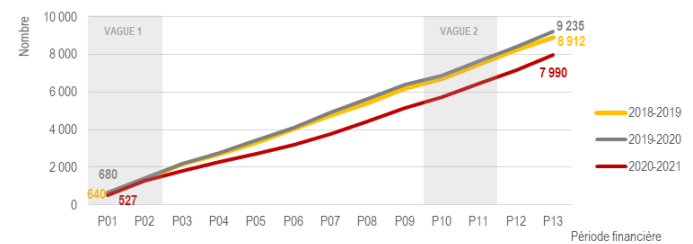


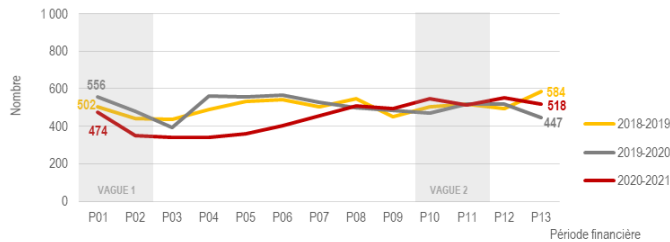
Figure 6.8 Nombre cumulé de chirurgies réalisées par période financière pour un cancer du sein



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

Figure 6.9 Nombre de chirurgies en attente par période financière pour un cancer du sein



Note : Les données ont été extraites du Système d'information décisionnel (SID) du MSSS à la date de la mise à jour de la dernière période disponible. Les données du graphique peuvent donc légèrement varier avec celles continuellement mises à jour dans le SID.

Source : MSSS, SIMASS, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

De la période P01 à la période P07 en 2020-2021, le nombre de chirurgies pour un cancer du sein en attente est inférieur aux résultats des deux années antérieures présentées. De la période P08 à la période P13 en 2020-2021, le nombre de cas en attente par période augmente légèrement et il suit la tendance des années antérieures.

Interprétation des résultats

L'explication principale de la diminution du nombre de chirurgies pour un cancer du sein en 2020-2021 est la suspension des activités de dépistage du cancer du sein pendant trois mois. Au début de la pandémie, la diminution importante des activités chirurgicales dans l'ensemble du Québec a fait chuter le nombre de chirurgies oncologiques réalisées, phénomène observable dans la première période financière de l'année 2020-2021. Cependant, dès la période P02, la chirurgie oncologique est reprise et priorisée. Ainsi, les chirurgies du cancer du sein, qui sont réalisées en chirurgie d'un jour, sont abondamment effectuées, ce qui permet de diminuer les listes d'attente. De la période P03 à la période P08, une baisse de chirurgies pour le cancer du sein est observée. Celle-ci est probablement attribuable à une diminution du nombre de femmes diagnostiquées, ce qui entraîne moins de cas dirigés vers une chirurgie. Dans les dernières périodes de l'année, la volumétrie semble revenir à la normale et elle est comparable aux deux années antérieures, ce qui concorde avec la reprise des activités de dépistage dans les régions du Québec. Le fait que le délai moyen d'accès à la chirurgie du cancer du sein soit demeuré relativement stable en 2020-2021, soit 22,6 jours, alors qu'il était de 22,0 jours en 2019-2020, semble corroborer l'hypothèse selon laquelle la baisse d'activité observée est davantage attribuable à la diminution de l'affluence des patientes en provenance du PQDCS qu'aux difficultés d'accès aux plateaux techniques du bloc opératoire.

7. Stratégies mises en place pour répondre à la pandémie

L'évolution optimale de la trajectoire d'une personne ayant besoin de soins et de services en oncologie repose sur plusieurs acteurs positionnés à différents niveaux stratégiques. Au centre, la personne atteinte de cancer et ses proches sont entourés de professionnels et d'autres membres de l'équipe traitante, mais également de gens des équipes de l'imagerie, des laboratoires, de la chirurgie, de la pharmacie et, plus globalement, des gestionnaires du Programme de oncologie des établissements et des professionnels du MSSS. Les bénévoles, les patients partenaires et les groupes communautaires gravitent également autour du patient. Ces acteurs sont tous interreliés et jouent ensemble un rôle de filet de sécurité. Dès les premières heures de la crise sanitaire, l'attention a été portée sur les répercussions possibles ou avérées et sur le déploiement d'une stratégie visant le maintien de la prestation sécuritaire des soins et services. Experts et professionnels ont travaillé de pair dans cette entreprise. Plusieurs stratégies ont été mises en place pour prioriser et maximiser les soins en oncologie, et une vigie a été assumée.

Le soutien aux établissements

Le PQC a pour mission d'orienter et de coordonner l'action gouvernementale dans le domaine de la oncologie pour assurer une offre de soins et de services répondant aux besoins de la population ainsi que des personnes touchées par le cancer et soutenir les équipes traitantes dans l'exercice de leurs rôles. En contexte de pandémie, il a paru tout aussi important de veiller à l'accessibilité et à la qualité des soins de même qu'à l'utilisation judicieuse des ressources et à la sécurité des patients. Les différentes directives émises ont permis de soutenir les établissements placés devant l'obligation de prendre des décisions rapides et de les mettre en place. Il est rapidement devenu nécessaire de valider leur mise en application et d'offrir un soutien aux établissements éprouvant des difficultés en formalisant les échanges. En plus de permettre de parfaire la compréhension des processus à instaurer, ces échanges se sont avérés porteurs, favorisant l'identification de certains enjeux vécus ou de certaines vulnérabilités, tout en permettant d'orienter les actions en conséquence. Des pratiques exemplaires déployées ont également été mises en lumière et partagées avec l'ensemble du RSSS grâce aux activités du PQC.

Les canaux de communication

La culture de communication, à tous les niveaux de l'organisation, est un point essentiel à souligner. Certains établissements ont réussi à mettre en place, en situation de crise, une structure de communication efficace impliquant les parties prenantes et touchant l'ensemble des niveaux stratégique, tactique et opérationnel. La mise en place de cette concertation et la transmission de l'information de manière horizontale et verticale ont favorisé l'agilité, et ce, quelle que soit la taille de l'établissement. Par exemple, la création de rencontres fixes par visioconférence pour les employés de tous les secteurs de l'hôpital ou de rencontres par programme de type « *stand-up meeting* » a permis la circulation des informations, en plus de donner à chacun une voix pour s'exprimer.

La résilience et la solidarité

La très grande résilience dont les équipes ont su faire preuve au cours de la dernière année mérite d'être soulignée. Des efforts considérables ont été déployés afin de faire face à cette situation de crise sans précédent. Les équipes n'ont pas hésité à faire des heures supplémentaires et à adapter les horaires pour maintenir l'offre de service et combler le manque de ressources. Les gestes de solidarité et cette entraide spontanée ont contribué à mobiliser encore plus le personnel. La pandémie a fait ressortir un fort sentiment d'appartenance et d'engagement envers les patients atteints de cancer. Il est important de continuer de soutenir et de motiver les équipes afin de maintenir une offre de soins et de services de qualité.

L'agilité

Pendant la dernière année, les équipes et les gestionnaires ont travaillé en étroite collaboration pour prêter main-forte à d'autres secteurs tout en maintenant les activités en oncologie. La mise à contribution de la première ligne, du soutien à domicile, des centres locaux de services communautaires et de la téléconsultation a permis de minimiser les déplacements des patients vers l'hôpital. Le secteur de la oncologie étant considéré comme prioritaire et fonctionnant autant que possible à son maximum, l'accent a été mis sur la protection des travailleurs œuvrant dans ce secteur de même que sur la protection des usagers, qui sont plus vulnérables. La cogestion médico-administrative a

permis de réunir le volet administratif, clinique et médical dans un partenariat de gestion, et ces efforts ont contribué à prévenir le délestage en oncologie et à maintenir, dans les circonstances, un bon accès aux soins spécialisés.

La vigie des trajectoires

La capacité de conserver une vision transversale du parcours global du patient semble déterminante. En effet, plus que jamais, les interrelations entre les différentes constituantes de la trajectoire se sont révélées indispensables, mettant en évidence l'effet domino qu'une étape peut avoir sur le reste du parcours. La réponse du milieu hospitalier et du secteur de la oncologie à l'égard de la pandémie a été rapide et concertée. Ce faisant, elle a permis de maintenir les services offerts en oncologie. Toutefois, malgré la présence de la zone hospitalière permettant une prise en charge sécuritaire, il importe de demeurer vigilant quant aux étapes qui précèdent les interventions à l'hôpital.

La priorisation de cas et la prise en charge

Le CDTC des établissements réunit périodiquement des cliniciens de diverses professions afin de réviser le plan de traitement des cas complexes en oncologie et de déterminer la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique pour le patient, basée sur les données probantes, en tenant compte des risques et des bénéfices. Pendant la pandémie, le MSSS a encouragé les établissements à renforcer l'implication des CDTC.

Les établissements ont aussi dû mettre en place un comité de vigie en oncologie, composé de gestionnaires et de médecins spécialistes. Ces comités ont eu pour objectif de prioriser et de veiller à la prise en charge, dans des délais raisonnables, des patients atteints de cancer à qui une solution de traitement alternative a été proposée ou dont le traitement a pu être reporté, notamment en raison d'une réduction du niveau d'activité de l'hôpital ou des blocs opératoires par manque de personnel ou de ressources. Des guides de pratique ont été diffusés et ils ont servi de lignes directrices pour la priorisation. En cas d'ambiguïté pour certains cas plus complexes, le comité de vigie a pu se tourner vers le CDTC pour déterminer la meilleure option. Également, une étroite collaboration a été encouragée entre le comité du bloc opératoire, chargé de la planification de l'ensemble des chirurgies, et le comité de vigie, dont le rôle est de surveiller les patients oncologiques qui ne pouvaient être programmés sur la liste opératoire et de s'assurer de leur priorisation au besoin. La collaboration établie entre ces deux comités a pu permettre d'assurer de façon optimale la prise en charge et le suivi des patients dirigés vers la chirurgie pour leur cancer.

Le changement de paradigme vers les besoins du patient

Malgré ses répercussions négatives, la pandémie a été l'occasion de modifier certaines façons de faire. Grâce au déploiement d'outils permettant des interventions de télésanté, des patients ont eu accès à des suivis virtuels, bonifiant ainsi la qualité de l'intervention thérapeutique tout en réduisant les déplacements à l'hôpital, l'attente en salle et le stress. De même, la pandémie a favorisé l'introduction de certaines pratiques cliniques offrant des avantages considérables pour le patient, par exemple, l'hypofractionnement en radiothérapie, qui consiste en l'administration d'un moins grand nombre de séances de radiothérapie tout en ayant un effet thérapeutique équivalent à un fractionnement plus étendu, ou encore l'adoption rapide d'une acceptation de la *Food and Drug Administration* des États-Unis permettant l'administration de l'immunothérapie toutes les six semaines et non plus toutes les trois semaines. Par ailleurs, les établissements du RSSS ont dû aménager des zones protégées ou « froides/vertes », favorisant un environnement sans contamination pour les secteurs de oncologie. Ces environnements mis en place malgré les contraintes physiques et les installations parfois vétustes des hôpitaux ont permis de protéger les patients atteints d'un cancer contre la COVID-19. De telles initiatives pourront contribuer dans l'avenir à mieux protéger les usagers vulnérables contre divers types de maladies infectieuses ou nosocomiales et s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue.

8. Constats et prochaines étapes

L'analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie a notamment soulevé les constats suivants :

1. En début de pandémie, la diminution observée de la production de rapports de pathologie attribués à un cancer laissait présager un nombre additionnel de nouveaux cas de cancer à venir en cours d'année. Or, les différents indicateurs présentés dans cette analyse ne montrent pas, pour l'instant, une telle augmentation. Toutefois, si cette augmentation se présente, elle entraînera une charge supplémentaire sur les soins et services en oncologie.
2. Pour les étapes de dépistage et d'investigation, des diminutions marquées sont mesurées, principalement parce que la pandémie a causé la suspension et le délestage des activités dans ces secteurs. Un retard reste à combler pour les examens de dépistage et d'investigation du cancer colorectal et du cancer du sein. Bien que le présent document ne présente pas de données sur d'autres secteurs d'investigation comme l'imagerie médicale, ces secteurs ont également été touchés.
3. Il semble y avoir eu des répercussions limitées sur les traitements chirurgicaux des cancers et les traitements de radiothérapie. Les conséquences en chirurgie oncologique concernent principalement les sièges de cancer associés à une trajectoire de dépistage.
4. 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. L'effet d'un retard de la détection du cancer sur la morbidité et la mortalité ne peut se mesurer à court terme, mais il sera probablement davantage observé par les cliniciens et la population.

Un projet est en cours, en collaboration avec des registres locaux du cancer (RLC), afin de décrire l'effet de la pandémie de la COVID-19 sur l'incidence des nouveaux cas de cancer et, pour les quatre sièges principaux – sein, poumon, colorectal et prostate –, sur la sévérité de la maladie au diagnostic ainsi que sur la première ligne de traitement.

De plus, au moment de produire le présent bilan, une série d'actions sont en cours dans le RCQ pour maintenir l'accessibilité aux services de oncologie qui ont été en grande partie protégés pendant la pandémie et pour récupérer les retards dans les secteurs qui ont été touchés tel le dépistage. Les actions les plus notables comprennent les activités de vigie et de priorisation, le suivi des délais d'accès, les ententes avec des prestataires privés, les outils de priorisation clinique ou encore les collaborations interétablissements, lorsque possible. Dans un contexte où les ressources humaines sont limitées et où de nombreux secteurs sont en rattrapage, des démarches permettant de dégager de la capacité pour faire face aux volumes de services à offrir sont aussi au cœur des plans d'action.

Par ailleurs, un projet de modélisation des données sur les soins et services en oncologie est en cours. Il s'agit d'un projet pilote visant à planifier des scénarios et à modéliser la volumétrie des services – chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie – afin de mieux gérer les perturbations de production et prévoir les répercussions sur l'accès aux soins.

Enfin, en collaboration avec plusieurs partenaires, le PQC prévoit poursuivre des démarches qui étaient en cours avant la pandémie afin de définir et de rendre accessibles d'autres indicateurs de performance dans le but de mieux prévoir et organiser les soins et les services en oncologie. Le contexte de la pandémie a mis de l'avant la nécessité de valoriser les données et de disposer de données de qualité, en temps opportun, permettant une lecture nationale et par établissement, et ce, afin d'obtenir des gains d'efficacité et de prendre des décisions éclairées.

9. Conclusion

Au moment d'écrire ces lignes, une recrudescence des cas de la COVID-19 est observée au Québec, donnant lieu à une quatrième vague. La vaccination des Québécoises et des Québécois a pour but principal de réduire les hospitalisations et les décès liés à la COVID-19 chez les personnes les plus à risque. Bien que la campagne de vaccination se déroule bien, pour le RSSS, plusieurs défis restent à surmonter.

Malgré la reprise des activités et la préservation du secteur de la oncologie durant la dernière année, des répercussions importantes sont observées et documentées dans le présent bilan. Le dépistage, l'investigation et le diagnostic du cancer du sein et du cancer colorectal, deux cancers pour lesquels un dépistage populationnel et opportuniste est disponible au Québec, ont pris du retard, et la trajectoire de soins et de services leur étant associée pourrait en être perturbée. Effectivement, les données relatives à ces deux cancers montrent une reprise plutôt lente par rapport au nombre de cas non dépistés ou non diagnostiqués, et ce, particulièrement au début de la pandémie. Ainsi, il demeure nécessaire de surveiller et de modifier la capacité du RCQ afin de réaliser le flot habituel d'exams de dépistage et d'investigation, tout en comblant les retards accumulés. Ces défis se présentent alors qu'il faut composer avec un nombre limité de ressources et avec du personnel et des équipes qui ont été durement éprouvés.

Par ailleurs, la crise sanitaire engendrée par la pandémie présente également une occasion d'apprentissage sans précédent. Les stratégies et l'agilité développées de même que le travail extraordinaire effectué par les équipes sur le terrain ont permis de maintenir et d'adapter l'offre de soins et de services aux patients en oncologie. Pour ne pas perdre les retombées positives qui ressortent de cette crise, il sera nécessaire de réviser les innovations déployées ainsi que les connaissances acquises afin de veiller à l'accessibilité et à la qualité des soins et des services en oncologie offerts à la personne ayant un cancer, tout en tenant compte des ressources disponibles au sein du RSSS.

