



Canadian Cancer Society
Société canadienne du cancer

Canadian Cancer Society Submission to Standing
Committee on Health
Emergency Situation Facing Canadians in Light of the
COVID-19 Pandemic

April 2021

Introduction

The Canadian Cancer Society (CCS) is the only national charity that supports all Canadians living with all cancers across the country. Thanks to our donors and volunteers, we're able to fund groundbreaking cancer research into all types of cancer, offer support services to help people better manage life with cancer, shape health policies to prevent cancer and support those living with the disease, and offer trusted cancer information for all Canadians.

This is an unprecedented time in our history – the COVID-19 health crisis is far-reaching and is having an undeniable impact on people across Canada and around the world. More than 1 million Canadians are living with and beyond cancer. Unfortunately, cancer does not stop being a life-changing and life-threatening disease in the middle of a global health crisis. Those with cancer are among the most vulnerable in our communities right now and may be at greater risk of more serious outcomes from COVID-19. While the impacts of COVID-19 will be felt for months and years to come, so too will the needs of people with cancer and their caregivers change as the impacts of the pandemic evolve. Each province and territory has experienced and responded to the pandemic differently, which requires a unique response to address the concerns of people with cancer across regions.

Collateral Damage of Pandemic

Delayed cancer surgeries

The impact of COVID-19 on cancer treatment and screening programs is both significant and varied depending on province. While most provinces postponed elective surgeries in some form or another during the first wave of the pandemic, some have fared better than others in addressing this backlog, and in certain areas, the surgical backlog continues to grow. According to data from the Canadian Institute for Health Information, during March to June 2020, most people with conditions requiring life-saving and urgent surgery received care.¹ That said, Nationwide, cancer surgeries were 20% lower compared to the same time period in 2019.

In Ontario, nearly 36,000 fewer cancer surgeries were performed in the spring of 2020, compared to the year before, with an immediate 60% decrease in surgical volume on March 15, 2020.² Studies done on the first wave estimated that the timeline to clear the backlog accumulated between March 15 and June 13, 2020 was 84 weeks—and this does not account for the continued accumulation through the second and third waves of COVID-19. Going into the third wave of the pandemic, Ontario accumulated a total backlog of 227,410 surgeries across all categories.³

According to recent data received from the MSSS in Quebec, 6% fewer surgical cancer procedures were performed between 2019-2020 and 2020-2021. That represents about 2,200 surgeries. Through most of the year, wait times for cancer surgeries in Quebec were

¹ Canadian Institute for Health Information. (November 19, 2020). COVID-19's effect on hospital care services. Retrieved from: <https://www.cihi.ca/en/covid-19-resources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/covid-19s-effect-on-hospital>.

² Eskander A, Li Q, Hallet J, et al. Access to Cancer Surgery in a Universal Health Care System During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2021;4(3):e211104. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.1104

³Brown, Dr. Adalsteinn, "Update on COVID-19 Projections: Science Advisory and Modelling Consensus Tables," Update, Ontario COVID-19 Science Advisory Table, March 11, 2021.

significantly higher than previous years due to this backlog.⁴ In Western Canada, B.C. did not report major delays or deferrals of cancer surgeries through 2020 but did accumulate a backlog of over 30,000 non-urgent surgeries in the first wave.⁵ Alberta saw cancer surgeries delayed or deferred for less than 4 weeks and Manitoba was only marginally impacted.⁶ In Eastern Canada, Nova Scotia reported a backlog of 3,200 cancelled surgeries and procedures in August 2020 with estimates that it would be cleared by the fall.

The severity of surgical backlogs must not be underestimated. Results of a study involving Canadian cancer patients published recently in the British Medical Journal, suggest that people whose treatment for cancer is delayed by even one month have about a 10% higher risk of dying. The risk varies from 6 to 13% depending on cancer type and type of treatment.⁷

Risk also increases the longer it takes for treatment to start. Short delays in cancer surgery may not have a significant impact on prognosis in most cases, but longer delays may impact survival. Wait times are considered a measure of timely access as well as a gauge for patient satisfaction with the health care system. Wait times are already lengthy for cancer surgery, varying depending on where you live in Canada and what treatment you need. The backlog of delayed or postponed cancer screening programs, diagnostics, cancer surgeries and follow-up appointments due to COVID-19 will increase the wait times to get quality care and may compromise care

CCS calls for transparency around how decisions are made to prioritize treatment plans. Innovative solutions are necessary to address the clinical backlog, which includes delayed surgeries and cancer screenings. One strategy to address the backlog may include designating some hospitals, health clinics or cancer centres as “COVID-19 free” sites within regions. This will allow these locations to resume services and address the clinical backlog while minimizing risk of COVID-19 exposure. Another strategy to address the surgery backlog may include centralizing surgery wait lists to allow health professionals and cancer centres with lighter caseloads to take on more patients and decrease wait times. Similarly, to the tactics to ensure safe delivery of care, managing cancer surgeries and applying innovative solutions to address clinical backlog may require additional funding, increased human health resources capacity and extended hours to further address the clinical backlog.

Through trends in our information and support programs and ongoing national surveys of people facing cancer and their caregivers, we have a sightline into the continued impact disruptions to care are having on people impacted by cancer.⁸ CCS has conducted 3 engagement surveys with people with cancer and caregivers to learn more about their experience during COVID-19, including one survey with a reflection looking back on the first wave of the pandemic (July 2020) and two surveys during the second wave (Nov 2020 and

⁴ [Analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en oncologie au Québec / Résultats couvrant les premiers mois de la pandémie : printemps 2020 \(gouv.qc.ca\)](#)

⁵ Culbert, Lori, “COVID-19: B.C.’s 30,000-piece surgery puzzle — officials grapple with challenge of rescheduling cancelled procedures,” Vancouver Sun, May 22, 2020.

⁶ Rittberg R. Mann A., Desautels D., Earle C., Navaratnam S., & Pitz M. (2020). Canadian Cancer Centre Response to COVID-19 Pandemic: A National and Provincial Response. *Current Oncology*. 28 (1), 233-251.

⁷ BMJ 2020;371:m4087 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087>

⁸ CCS has conducted 3 engagement surveys with people with cancer and caregivers to learn more about their experience during COVID-19, including one survey with a reflection looking back on the first wave of the pandemic (July 2020) and two surveys during the second wave (Nov 2020 and Jan 2021). In total, we received over 3,200 responses from across the country.

Jan 2021). In total, we received over 3,200 responses from across the country. The survey findings have shown that people with cancer in January before the start of the third wave in most provinces were experiencing less anxiety compared to the start of the COVID-19 pandemic.⁹ Caregivers have consistently reported feeling more anxious than those living with cancer, a strong reminder that cancer affects more than just the person receiving the diagnosis.

Patients reported level of anxiety (i.e. very/somewhat anxious) of about receiving appropriate cancer care remains high, but has decreased over time / across each survey:

- Survey 1 – Before March 2020: 42%, From mid-March to June 2020: 71%, July 2020 and after: 55%
- Survey 2 – Mid-October to mid-November 2020: 45%
- Survey 3 – November 2020-present: 36%

As for caregivers, they continue to have a higher level of anxiety (i.e. very/somewhat anxious) than patients across all points in time:

- Survey 1 – Before March 2020: 51%, From mid-March to June 2020: 82%, July 2020 and after: 69%
- Survey 2 – Mid-October to mid-November 2020: 70%
- Survey 3 – November 2020-present: 76%

Postponed cancer screening programs

Along with the immediate impact that COVID-19 is having on cancer surgeries and treatments, we are concerned about the tsunami of cancers yet to be diagnosed. Since the start of the pandemic, global cancer diagnoses have seen a dramatic decline estimated to be about 40%. All provincial screening programs for breast, cervical and colorectal cancer in Canada were paused through the first wave of the pandemic with program resumption starting in June 2020.¹⁰

A Canadian study estimated the long-term clinical impact of breast and colorectal cancer screening program interruptions using a validated mathematical model.¹¹ The simulation models suggest that a six-month interruption of breast cancer screening due to COVID-19 would result in a 14% decrease in the new breast cancer cases diagnosed. This could lead to 670 additional advanced breast cancers and 250 additional breast cancer deaths. For colorectal cancer, if screening were interrupted for six months, the opportunity for an earlier diagnosis of 19,000 adenomas and colorectal cancers would be missed; of these, about 9,700 would be advanced adenomas and cancers. A six-month suspension of primary colorectal cancer screening could increase colorectal cancer incidence by 2,200 cases with 960 more colorectal cancer deaths in the Canadian population.

⁹ While patient anxiety decreased over time, it is still quite high. All 3 surveys were conducted before the third wave and any impact it has on cancer care.

¹⁰ Rittberg R, Mann A, Desautels D, Earle C, Navaratnam S and Pitz M. (2020). Canadian Cancer Centre Response to COVID-19 Pandemic: A National and Provincial Response. *Current Oncology*. 28 (1), 233-251.

¹¹ Yong, JH et al. (2020). The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *Journal of Medical Screening*. Retrieved from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969141320974711?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&.

In Ontario, from March to December of 2020, nearly one million fewer cancer screening tests were performed compared to the same period in 2019. Through provincial screening programs breast cancer screening was down about 53%, cervical cancer screening was down about 47% and colon cancer screening was down about 56% over the ten-month period.¹²

In Québec, recent estimates indicate that more than 5,000 Quebecers may have gone undiagnosed with cancer. A recent study from McGill University estimates that the impact of the pandemic on screening services and surgical procedures in oncology will increase the number of deaths related to cancer by 8,000 by 2025¹³. This number could go up to more than 10,000 deaths if the care facilities are not able to exceed pre-pandemic capacity.

Regarding the screening services in Québec, there are around 30% fewer activities compared to last year. For colorectal cancer, FIT tests are down by 28%, colonoscopies are down by 27% and 63% of the colonoscopies are delayed. For breast cancer, the screening program was stopped for the first three months and there was a 30% reduction in the overall breast cancer screening compared to last year. Even if the cancer facilities, in the last months, operate close to their pre-pandemic activity rate, the impact of the first three months of the pandemic was significant and will have consequences if not addressed.

In Alberta, media reports note that more than 170,000 tests, including an estimated 40,000 mammograms, were suspended for two months starting at the end of March. Alberta Health Services noted that approximately 20,000 colonoscopies were rescheduled due to the pandemic.¹⁴ In Nova Scotia, colonoscopies resumed the end of May, but there was a backlog of 1,600 Nova Scotians waiting for a screening colonoscopy.¹⁵

A collaboration between Canadian Partnership Against Cancer, cancer screening community, government and patient and family advisors, has developed recommendations on building resilient screening services and programs, Management of Cancer Screening Services During the COVID-19 Pandemic and Building Resilient, Safer and Equitable Screening Services.¹⁶ This guidance document includes 19 recommendations across 7 themes, included in Appendix A.

Lower rates of screening uptake are shown among underserved communities, including First Nations, Inuit, Métis, immigrants, visible minorities, people living with low-income and rural-remote populations. Inequities in screening uptake may potentially be exacerbated during the pandemic. Therefore, screening resumption plan and addressing screening backlogs should include program activities to ensure equitable access and participation in screening services.

¹² Duggal, Sneh, "Nearly one million fewer cancer screening tests performed during COVID-19 pandemic last year," QP Briefing, March 11, 2021.

¹³ [Jusqu'à 8000 décès du cancer de plus d'ici 2025 en raison de la pandémie | Le Devoir](#)

¹⁴ Lee, Jennifer, "Thousands of cancer screening tests halted during pandemic restart in Alberta," CBC News, May 27, 2020.

¹⁵ Government of Nova Scotia, Nova Scotia Health "Colon Cancer home screening kits back in the mail as program resumes after temporary suspension due to COVID-19," Press Release, Oct. 14 2020: <https://www.nshealth.ca/news/colon-cancer-home-screening-kits-back-mail-program-resumes-after-temporary-suspension-due-covid>

¹⁶ Canadian Partnership Against Cancer. Management of Cancer Screening Services During the COVID-19 Pandemic and Building Resilient, Safer & Equitable Screening Services. Toronto, ON: Canadian Partnership Against Cancer; 2020. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/cancer-screening-covid-19/>

Clinical trials

COVID-19 has disrupted oncologic care across the spectrum of cancer care. Clinical trials were affected to various degrees across the country. Clinical trials can provide access to promising therapies to people with cancer. In many cases, patient accrual was paused provincially due to assessment of available staff, healthcare resources and patient safety.

Shifting most public health resources to infectious disease prevention

In many cases, COVID-19 has undermined public health efforts at disease prevention and health promotion. For example, local public health units have shifted staff and resources away from prevention to work on COVID-19. A good example is tobacco control. Inspectors who would be working on enforcing tobacco and vaping product sales to minors laws, smoking bylaws and other laws have very often been shifted to enforce COVID-19 orders. Public health staff who work on smoking cessation have, in a large number of cases, shifted to COVID-19 activities. Smoking tobacco may put individuals at higher risk for more serious outcomes of COVID-19.

Public health measures and coping mechanisms for COVID-19 have impacted behaviours that increase cancer risk. Close to one in five Canadians (19%) said that their consumption of alcohol had increased, and over 1 in 3 (35%) responded that they had increased consumption of junk food and sweets. Sedentary behaviour also increased as over half of Canadians replied that their time watching television or time on the internet had increased.¹⁷ Lastly, in April 2020, about 4 in 10 Canadians indicated they were exercising “less often” now than they were before the pandemic.¹⁸ Governments must continue chronic disease prevention programs and policies through the pandemic.

Recommendations

- Governments must lead the response with a comprehensive and coordinated plan of action to address the future burden of cancer in Canada. This response must include all levels of government, the public, charitable and private sectors, academics, policy-makers, politicians and citizens
 - On addressing the surgical backlog, we encourage health care providers to prioritize treatment plans for people with cancer. CCS supports the guidance for management of cancer surgery as compiled by the Canadian Partnership Against Cancer in consultation with surgical oncology societies, cancer leaders and experts across the country:¹⁹
 - Cancer surgery must remain “essential” and should be among the last type of surgeries to be delayed.
 - Transferring cancer surgery patients to less overwhelmed institutions should be the first-line strategy, requiring planning at a regional or jurisdictional level.
 - If delays are necessary, they should be based on transparent jurisdiction-level clinical prioritization criteria.
 - Plans should be in place to carry out staggered or delayed cancer surgeries within a reasonable time period, even if the pandemic is not over.

¹⁷ Statistics Canada. (June 2020). Canadian Perspectives Survey Series 2: Monitoring the effects of COVID-19, May 2020. Retrieved from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200604/dq200604b-eng.htm>.

¹⁸ The Vanier Institute of the Family. (April 2020). Health Habits During the COVID-19 Pandemic. Retrieved from: <https://vanierinstitute.ca/health-habits-during-the-covid-19-pandemic/>

¹⁹ Finley C et al. (2020). Guidance for management of cancer surgery during the COVID-19 pandemic. Canadian Journal of Surgery 63 (2 Suppl 1). Retrieved from: <https://canisurg.ca/wp-content/uploads/2020/04/covid-supplement.pdf>.

- Once the pandemic is over, there will be a surge in cases that we must anticipate, mitigate and plan for now
- To ensure screening programs remain open during and beyond COVID-19, we encourage the adoption of the recommendations in Management of Cancer Screening Services During the COVID-19 Pandemic and Building Resilient, Safer and Equitable Screening Services.
- The impacts of the COVID-19 across cancer control as well as the increase in the number of cancer cases due to an aging and growing population highlights an increased need for healthcare services and providers, infrastructure, caregivers, family support and other types of programs and services.
- There will be a need for more support for the increasing numbers of cancer survivors.
- Focus is required on the planning of cancer control programs for prevention, screening, early detection, treatment, palliative and other medical care.
- Research is needed to help plan for this increase in cancer cases, and longer term, to find better ways to prevent cancers, and more solutions for effective treatment and supportive care for those with cancer.
- Governments must commit to measuring how public health measures and the response of the health system during COVID-19 affect people living with cancer and caregivers are needed as part of data monitoring and research.
- Canada must prepare for the greater numbers of people with cancer. This will involve coordinated planning in areas such as:
 - Education and training for medical specialists needed to care for the growing number of Canadians diagnosed with cancer, such as oncologists, family doctors, nurses, technicians, and personal support workers;
 - Infrastructure, such as diagnostic and treatment facilities, cancer care centres, and infrastructure to support community-based care;
 - Research into cancer care planning and effective public policy development, including human resources planning;
 - And improved support for family caregivers and better support for cancer survivors.

Appendix A: Management of Cancer Screening Services During the COVID-19 Pandemic and Building Resilient, Safer and Equitable Screening Services

1. Managing screening programs when dealing with constrained resources
 - a. Work with partners to develop pathways and prioritization frameworks and to support the sharing of information to ensure equitable screening during periods of constrained resources.
 - b. Utilize screening program data to inform capacity planning during periods of constrained resources.
 - c. Consider rationing proactive recruitment and correspondence to manage screening services
2. Using evidence to focus screening activities on people who stand to benefit the most
 - a. Leverage FIT triage to improve colonoscopy access
 - b. Implement risk-based management for individuals referred to diagnostic mammograms, colposcopy, and colonoscopy.
 - c. Develop a centralized referral uptake process (e.g. coordinated points of entry for receiving referrals)
3. Delivering cancer screening programs in a culture of safety
 - a. Ensure masks are worn by screening participant and staff, and provide hand sanitizing stations
 - b. Ensure screening centres are set up to enable patient flow and adequate physical distancing, and maintain a clean environment.
 - c. Perform pre-screening for COVID-19 symptoms and possible exposures prior to in-person screening test.
 - d. All healthcare providers should play a role in communicating current information on infection control practices within their clinical setting and responding to concerns of screening participants.
4. Using digital health to optimize the screening journey
 - a. Provide virtual care when safe and feasible, especially for those who are immunocompromised and at highest risk for COVID-19 infection
5. Increasing access to care closer to home
 - a. Implement human papillomavirus (HPV) self sampling for cervical cancer screening prioritizing populations that are more likely to be affected by COVID-19 related travel restrictions
 - b. Implement or continue mailed provision of fecal test kits for colorectal cancer screening
 - c. Continue to schedule mobile breast cancer screening clinics that visit communities so women can access breast cancer screening safely
6. Supporting health care providers
 - a. Engage and communicate with primary care providers about cancer screening on an on-going basis during COVID-19.
7. Supporting communities
 - a. Partner with members of the multidisciplinary team, subject matter experts, community partners, and members of the public to plan screening services during pandemic.
 - b. Build greater cancer awareness of the importance of cancer screening within communities
 - c. Partner with screening participants and families as core members of the healthcare team to enable a person-centred approach to care
 - d. Create a culture where feedback from screening participants, families, public is sought out every day



Canadian Cancer Society
Société canadienne du cancer

Présentation de la Société canadienne du cancer au
Comité permanent sur la Situation d'urgence à laquelle
les Canadiens font face avec la pandémie de la COVID-19

Avril 2021

Introduction

La Société canadienne du cancer (SCC) est le seul organisme de bienfaisance qui appuie les Canadiens atteints de tous les types de cancer à travers le pays. Grâce à nos donateurs et à nos bénévoles, nous pouvons financer des projets de recherche novateurs sur tous les types de cancer, déployer un réseau d'aide pour aider les gens à mieux composer avec le cancer, façonner des politiques visant à prévenir le cancer et à soutenir les personnes vivant avec la maladie, et offrir de l'information fiable sur le cancer à tous les Canadiens.

Nous traversons une période sans précédent dans notre histoire. La crise sanitaire de la COVID-19 a de profondes et indéniables répercussions sur la population canadienne et mondiale. Plus de 1 million de Canadiens sont touchés par la maladie. En plein cœur de la pandémie mondiale, le cancer continue malheureusement à changer la vie des gens. Les personnes atteintes de cancer comptent parmi les plus vulnérables dans nos communautés en ce moment, car elles ont un risque accru d'avoir des complications graves si elles contractent la COVID-19. Alors que les effets de la COVID-19 se feront sentir pendant des mois et des années, les besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches aidants vont aussi évoluer en fonction des conséquences à plus long terme de la pandémie. Comme chaque province et territoire a vécu la pandémie différemment et est intervenu de façon différente, il faut donc une approche adaptée pour répondre aux préoccupations des personnes atteintes de cancer dans toutes les régions.

Dommmages collatéraux de la pandémie

Reports d'interventions chirurgicales liées au cancer

L'incidence de la COVID-19 sur les programmes de traitement et de dépistage du cancer varie selon la province. Bien que la plupart des provinces aient reporté les interventions chirurgicales non urgentes d'une manière ou d'une autre pendant la première vague de la pandémie, certaines ont mieux réussi que d'autres à rattraper ce retard alors que, dans certaines régions, les retards continuent de s'accumuler. Selon des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé, entre les mois de mars et juin 2020, la plupart des personnes dont l'état de santé nécessitait une intervention chirurgicale vitale et urgente ont reçu les soins requis.¹ Cela dit, à l'échelle du pays, les opérations pour un cancer ont diminué de 20 % comparativement à la même période en 2019.

En Ontario, le nombre d'interventions chirurgicales pour traiter un cancer a diminué de près de 36 000 au printemps 2020 en comparaison à l'année précédente, ce qui représentait une diminution de 60 % du volume de ce type d'interventions au 15 mars 2020.² Selon les estimations d'études portant sur la première vague, il faudra 84 semaines pour résorber le retard cumulé entre le 15 mars et le 13 juin 2020 — et cela ne tient pas compte des retards qui ont continué de s'accumuler durant la deuxième et la troisième vague de COVID-19. Au début de la troisième vague de la pandémie, le nombre total d'interventions chirurgicales en suspens en Ontario s'élevait à 227 410, toutes catégories confondues.

¹ Institut canadien d'information sur la santé. (19 novembre 2020). Incidence de la COVID-19 sur les soins hospitaliers. Extrait de : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/soins-hospitaliers>.

² Eskander A, Li Q, Hallet J, et al. Access to Cancer Surgery in a Universal Health Care System During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2021;4(3):e211104. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.1104

Selon des données récentes fournies par le MSSS du Québec, il y a eu une baisse de 6 % des interventions chirurgicales oncologiques réalisées entre 2019-2020 et 2020-2021; ce qui représente environ 2200 opérations. En raison de ces retards, le temps d'attente pour ce type d'interventions au Québec a été beaucoup plus long pendant la plus grande partie de l'année que dans les années antérieures³. Dans l'Ouest canadien, la C.-B. n'a pas signalé de retards ou de reports importants d'interventions chirurgicales liées au cancer en 2020, mais a accumulé des retards totalisant plus de 30 000 interventions chirurgicales non urgentes durant la première vague.⁴ En Alberta, les opérations pour traiter un cancer ont été retardées ou reportées de moins de 4 semaines tandis que le Manitoba a subi peu d'effets.⁵ Dans l'est du Canada, la Nouvelle-Écosse a fait état, en août 2020, d'un retard cumulé de 3 200 opérations et interventions annulées, et prévu qu'il serait comblé à l'automne.

Il ne faut pas sous-estimer la gravité des retards dans les interventions chirurgicales. Les résultats d'une étude portant sur des patients canadiens atteints de cancer, publiée récemment dans le *British Medical Journal*, suggèrent qu'un retard dans le traitement d'un cancer, ne serait-ce que d'un mois, peut augmenter d'environ 10 % le risque de décès. Le risque varie de 6 à 13 % selon le type de cancer et de traitement.⁶

En outre, plus le début du traitement tarde, plus le risque augmente. Dans la plupart des cas, de légers retards dans les interventions chirurgicales pour un cancer peuvent ne pas avoir d'incidence significative sur le pronostic, mais les retards plus importants peuvent influencer sur la survie. Le temps d'attente est considéré comme une mesure de la rapidité d'accès ainsi que comme un indicateur de la satisfaction du patient à l'égard du système de soins de santé. Le temps d'attente est déjà long pour une intervention chirurgicale liée au cancer et varie en fonction de l'endroit où la personne vit au Canada et du traitement dont elle a besoin. Le cumul des retards ou reports dans les programmes de dépistage du cancer, les diagnostics, les interventions chirurgicales et les rendez-vous de suivi qui sont provoqués par la COVID-19 augmentera le temps d'attente pour obtenir des soins de qualité et pourrait compromettre les soins.

La SCC réclame plus de transparence sur la manière dont les décisions sont prises pour donner un ordre de priorité aux plans de traitement. Des solutions novatrices sont nécessaires pour résorber le retard cumulé dans les systèmes de santé, ce qui comprend les interventions chirurgicales et les tests de dépistage reportés. Par exemple, une stratégie pourrait consister à désigner, dans les régions, quelques hôpitaux, cliniques de santé ou centres de cancérologie qui seraient « sans COVID-19 ». Ces endroits pourraient ainsi recommencer à offrir des services et combler les retards tout en minimisant le risque d'exposition à la COVID-19. Une autre stratégie pourrait consister à centraliser les listes d'attentes pour une intervention chirurgicale afin de permettre aux professionnels de la santé et aux centres de cancérologie ayant une charge de travail moins lourde d'accueillir plus de patients et de réduire le temps d'attente. Comme pour les mesures visant à assurer une prestation sécuritaire des soins de santé, la gestion des chirurgies oncologiques et l'application de solutions novatrices pour rattraper les retards dans le système de soins de santé peuvent nécessiter un financement supplémentaire, un renforcement de la capacité

³ [Analyse des répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les soins et les services en cancérologie au Québec / Résultats couvrant les premiers mois de la pandémie : printemps 2020 \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/fr/actualites/actualites-2020/2020-05-20-analyse-des-repercussions-de-la-pandemie-de-la-covid-19-sur-les-soins-et-les-services-en-cancerologie-au-quebec)

⁴ Culbert, Lori, « COVID-19: B.C.'s 30,000-piece surgery puzzle — officials grapple with challenge of rescheduling cancelled procedures », *Vancouver Sun*, 22 mai 2020.

⁵ Rittberg R. Mann A., Desautels D., Earle C., Navaratnam S., & Pitz M. (2020). Canadian Cancer Centre Response to COVID-19 Pandemic: A National and Provincial Response. *Current Oncology*. 28 (1), 233-251.

⁶ *BMJ* 2020;371:m4087 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087>

des ressources humaines en santé et des heures d'ouverture prolongées afin de mieux remédier à la situation.

Grâce aux tendances qui se dégagent de nos programmes d'information et de soutien, ainsi qu'aux enquêtes nationales en cours auprès de personnes aux prises avec le cancer et de leurs proches aidants, nous avons une vue d'ensemble de l'impact continu qu'ont les perturbations des soins sur les personnes touchées par le cancer.⁷ La SCC a réalisé trois sondages faisant appel à la participation auprès de personnes atteintes de cancer et de leurs proches aidants afin de mieux comprendre leur expérience durant la COVID-19, dont un proposant une réflexion sur la première vague de la pandémie (juillet 2020) et deux autres durant la deuxième vague (novembre 2020 et janvier 2021). Au total, nous avons reçu 3200 réponses de partout au pays. Les résultats des sondages ont révélé que les personnes atteintes de cancer en janvier 2021, avant le début de la troisième vague de COVID-19, vivaient moins d'anxiété dans la plupart des provinces comparativement au début de la pandémie. Les proches aidants ont systématiquement indiqué qu'ils se sentaient plus anxieux que les personnes atteintes de cancer, ce qui nous rappelle que cette maladie ne touche pas seulement la personne qui reçoit le diagnostic.

Le niveau d'anxiété des patients (c.-à-d., très/assez anxieux) reste élevé quant à la possibilité de recevoir des soins appropriés contre le cancer, mais il a diminué au fil du temps/à chaque sondage :

- Sondage 1 – Avant mars 2020 : 42 % ; de la mi-mars à juin 2020 : 71 %; à partir de juillet 2020 : 55 %
- Sondage 2 – De la mi-octobre à la mi-novembre 2020 : 45 %
- Sondage 3 – Depuis novembre 2020 : 36 %

Chez les proches aidants, le niveau d'anxiété (c.-à-d., très/assez anxieux) demeure plus élevé que chez les patients, à toutes les étapes :

- Sondage 1 – Avant mars 2020 : 51 %; de la mi-mars à juin 2020 : 82 %; à partir de juillet 2020 : 69 %
- Sondage 2 – De la mi-octobre à la mi-novembre 2020 : 70 %
- Sondage 3 – Depuis novembre 2020 : 76 %

[Programmes de dépistage du cancer reportés](#)

Parallèlement aux effets immédiats de la COVID-19 sur les opérations et les traitements du cancer, nous nous inquiétons du tsunami de cancers qui n'ont pas encore été diagnostiqués. Depuis le début de la pandémie, les diagnostics de cancer dans le monde ont connu une baisse spectaculaire estimée à environ 40 %. Tous les programmes provinciaux de

⁷ La SCC a réalisé trois sondages faisant appel à la participation auprès de personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches aidants afin de mieux comprendre leur expérience durant la COVID-19, dont un proposant une réflexion sur la première vague de la pandémie (juillet 2020) et deux autres durant la deuxième vague (novembre 2020 et janvier 2021). Au total, nous avons reçu 3200 réponses de partout au pays.

dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal au Canada ont été suspendus pendant la première vague de la pandémie, pour reprendre en juin 2020.⁸

Une étude canadienne a évalué l'impact clinique à long terme de l'interruption des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal à l'aide d'un modèle mathématique validé.⁹ Les modèles de simulation suggèrent qu'une interruption de six mois du dépistage du cancer du sein en raison de la COVID-19 entraînerait une diminution de 14 % des nouveaux diagnostics de cancer du sein. Une telle interruption pourrait entraîner 670 diagnostics supplémentaires de cancer du sein à un stade avancé et 250 décès supplémentaires dus au cancer du sein. Pour ce qui est du cancer colorectal, si le dépistage était interrompu pendant six mois, ce sont 19 000 adénomes et cancers colorectaux qui ne seraient pas diagnostiqués à un stade plus précoce; parmi ceux-ci, environ 9700 seraient des adénomes et des cancers à un stade avancé. Une suspension de six mois du dépistage primaire du cancer colorectal pourrait accroître l'incidence de ce type de cancers de 2200 cas et entraîner 960 décès de plus dans la population canadienne.

En Ontario, entre les mois de mars et décembre 2020, près d'un million de tests de dépistage du cancer ont été effectués en moins par rapport à la même période en 2019. Dans les programmes de dépistage provinciaux, le dépistage du cancer du sein a diminué d'environ 53 %, celui du cancer du col de l'utérus d'environ 47 % et celui du cancer du côlon d'environ 56 % au cours de la période de dix mois.¹⁰

Au Québec, des estimations récentes indiquent que plus de 5000 Québécois pourraient être atteints d'un cancer non diagnostiqué. Dans une étude récente de l'Université McGill, on estime que l'impact de la pandémie sur les services de dépistage et le traitement chirurgical du cancer augmentera de 8000 le nombre de décès liés au cancer d'ici 2025. Ce chiffre pourrait dépasser les 10 000 décès si les établissements de santé ne parviennent pas à se doter d'une capacité supérieure à celle d'avant la pandémie.

En ce qui concerne les services de dépistage au Québec, il y a environ 30 % moins d'activités comparativement à l'an dernier. Pour le cancer colorectal, les tests fécaux immunochimiques (TFi) ont diminué de 28 %, les coloscopies de 27 %, et 63 % des coloscopies sont pratiquées hors délais. Pour ce qui est du cancer du sein, le programme de dépistage a été interrompu pendant les trois premiers mois et une baisse de 30 % pour l'ensemble du dépistage a été enregistrée comparativement à l'an dernier. Même si, au cours des derniers mois, les centres de traitement du cancer ont fonctionné à un rythme proche de celui d'avant la pandémie, l'impact des trois premiers mois de la pandémie a été important et aura des conséquences si l'on n'y remédie pas.

En Alberta, les médias indiquent que plus de 170 000 tests, dont environ 40 000 mammographies, ont été suspendus pendant deux mois à partir de la fin mars. Services de santé Alberta a indiqué qu'environ 20 000 coloscopies ont été remises en raison

⁸ Rittberg R, Mann A, Desautels D, Earle C, Navaratnam S and Pitz M. (2020). Canadian Cancer Centre Response to COVID-19 Pandemic: A National and Provincial Response. *Current Oncology*. 28 (1), 233-251.

⁹ Yong, JH et al. (2020). The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *Journal of Medical Screening*. Extrait de : https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969141320974711?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&.

¹⁰ Duggal, Sneh, « Nearly one million fewer cancer screening tests performed during COVID-19 pandemic last year », QP Briefing, 11 mars 2021.

de la pandémie.¹¹ En Nouvelle-Écosse, on a recommencé à effectuer des coloscopies à la fin du mois de mai, mais il y avait une liste de 1600 Néo-Écossais en attente d'une coloscopie de dépistage.¹²

Une collaboration entre le Partenariat canadien contre le cancer, le milieu du dépistage du cancer, le gouvernement et les représentants des patients et des familles a formulé des recommandations sur la mise en place de programmes et services de dépistage résilients, *Gestion des services de dépistage du cancer pendant la pandémie de COVID-19 et mise en place de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables*.¹³ Ce document d'orientation comprend 19 recommandations couvrant 7 thèmes, présentées à l'Annexe A.

Les taux de participation au dépistage sont plus faibles dans les communautés mal desservies, notamment chez les Premières nations, les Inuits, les Métis, les immigrants, les minorités visibles, les personnes vivant avec de faibles revenus et les populations rurales éloignées. Les inégalités dans le recours au dépistage peuvent potentiellement être exacerbées pendant la pandémie. Par conséquent, le plan de reprise et le rattrapage en matière de dépistage doivent inclure des activités visant à garantir un accès et une participation équitables aux services de dépistage.

Essais cliniques

Le COVID-19 a perturbé les soins oncologiques dans leur ensemble. Les essais cliniques ont été touchés à des degrés divers dans tout le pays. Ces essais peuvent permettre aux personnes atteintes de cancer d'avoir accès à des thérapies prometteuses. Dans de nombreux cas, le recrutement des patients a été interrompu à l'échelle provinciale, car on procédait à une évaluation du personnel disponible, des ressources en matière de soins de santé et de la sécurité des patients.

Réaffectation de la plupart des ressources de santé publique à la prévention des maladies infectieuses

Dans de nombreux cas, la COVID-19 a miné les efforts de santé publique en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé. Par exemple, les bureaux de santé publique locaux ont réorienté des effectifs et des ressources consacrés à la prévention vers la lutte contre la COVID-19. La lutte contre le tabagisme en constitue un bon exemple. Les inspecteurs qui seraient chargés de faire respecter les lois sur la vente de tabac et de produits de vapotage aux mineurs, les règlements sur le tabagisme et d'autres lois ont très souvent été réaffectés à l'exécution des ordonnances relatives à la COVID-19. Une grande partie du personnel de santé publique qui travaille sur la désaccoutumance au tabac a entrepris des activités liées à la COVID-19. Le tabagisme peut exposer les individus à un risque accru d'avoir des conséquences plus graves s'ils contractent la COVID-19.

Les mesures de santé publique et les mécanismes d'adaptation à la COVID-19 ont eu un impact sur les comportements qui accroissent le risque de cancer. En mai 2020, environ 5 % des Canadiens ont indiqué que leur consommation de tabac avait augmenté. Près de 1 Canadien sur cinq (19 %) a déclaré que sa consommation d'alcool s'était accrue, et plus

¹¹ Lee, Jennifer, « Thousands of cancer screening tests halted during pandemic restart in Alberta », CBC News, 27 mai 2020.

¹² <https://www.nshealth.ca/news/colon-cancer-home-screening-kits-back-mail-program-resumes-after-temporary-suspension-due-covid>

¹³ Partenariat canadien contre le cancer. *Gestion des services de dépistage du cancer pendant la pandémie de COVID-19 et mise en place de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables*. Toronto, ON: Partenariat canadien contre le cancer; 2020. <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2021/02/Management-Cancer-Screening-FRE.pdf>

de 1 Canadien sur trois (35 %) a indiqué qu'il avait consommé davantage de malbouffe et de sucreries. Les comportements sédentaires sont également à la hausse, dans la mesure où plus de la moitié des Canadiens ont répondu qu'ils passaient plus de temps devant la télévision ou sur Internet.¹⁴ Enfin, en avril 2020, environ 4 Canadiens sur 10 affirmaient qu'ils faisaient actuellement « moins souvent » de l'exercice qu'avant la pandémie.¹⁵ Les gouvernements doivent poursuivre les programmes et politiques de prévention des maladies chroniques pendant la pandémie.

Recommandations

- Les gouvernements doivent piloter la réponse en mettant en œuvre un plan d'action complet et coordonné pour faire face au futur fardeau du cancer au Canada. Cette réponse doit inclure tous les ordres de gouvernement, les secteurs public, caritatif et privé, les universitaires, les décideurs, les politiciens et les citoyens.
 - Pour ce qui est de combler le retard en matière d'interventions chirurgicales, nous encourageons les fournisseurs de soins de santé à donner la priorité aux plans de traitement destinés aux personnes atteintes de cancer. La SCC appuie l'orientation pour la gestion de la chirurgie oncologique, telle que formulée par le Partenariat canadien contre le cancer en consultation avec les sociétés d'oncologie chirurgicale, les chefs de file de la lutte contre le cancer et les experts de tout le pays :¹⁶
 - La chirurgie oncologique doit demeurer « essentielle » et devrait être parmi les derniers types d'interventions chirurgicales à être retardés.
 - Le transfert des patients en chirurgie oncologique vers des établissements moins surchargés devrait être la stratégie de première ligne, nécessitant une planification à l'échelle régionale ou en fonction des compétences.
 - Si des reports sont inévitables, ils doivent être fondés sur des critères transparents de hiérarchisation clinique à l'échelle des autorités compétentes.
 - Des plans doivent être mis en place pour effectuer les opérations pour le cancer échelonnées ou retardées dans un délai raisonnable, même si la pandémie n'est pas terminée.
 - Une fois la pandémie terminée, il y aura une recrudescence des cas que nous devons anticiper, atténuer et planifier dès maintenant.
- Pour faire en sorte que les programmes de dépistage restent ouverts pendant et après la COVID-19, nous encourageons l'adoption des recommandations formulées dans le document *Gestion des services de dépistage du cancer pendant la pandémie de COVID-19 et mise en place de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables*.
- Les incidences de la COVID-19 sur la lutte contre le cancer ainsi que l'augmentation du nombre de cas de cancer due au vieillissement et à la croissance de la population mettent en évidence un besoin accru de services et de fournisseurs de soins de santé, d'infrastructures, de proches aidants, de soutien aux familles et d'autres types de programmes et services.

¹⁴ Statistique Canada. (Juin 2020). Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 2 : suivi des effets de la COVID-19, mai 2020. Extrait de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200604/dq200604b-fra.htm>.

¹⁵ L'Institut Vanier de la famille. (Avril 2020). Les habitudes en matière de santé pendant la pandémie de COVID-19. Extrait de : <https://vanierinstitute.ca/fr/les-habitudes-en-matiere-de-sante-pendant-la-pandemie-de-covid-19/>

¹⁶ Finley C et al. (2020). Guidance for management of cancer surgery during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Surgery* 63 (2 Suppl 1). Extrait de : <https://canjsurg.ca/wp-content/uploads/2020/04/covid-supplement.pdf>.

- Il sera nécessaire de renforcer le soutien aux survivants du cancer, de plus en plus nombreux.
- L'accent doit être mis sur la planification des programmes de lutte contre le cancer visant la prévention, le dépistage, la détection précoce, le traitement, les soins palliatifs et autres soins médicaux.
- La recherche est nécessaire pour aider à faire face à cette augmentation des cas de cancer et, à plus long terme, pour trouver de meilleurs moyens de prévenir les cancers et apporter davantage de solutions pour un traitement efficace et des soins de soutien aux personnes atteintes de cancer.
- Dans le cadre du suivi des données et de la recherche, il est nécessaire de s'engager à évaluer comment les mesures de santé publique et la réponse du système de santé pendant la COVID-19 affectent les personnes vivant avec le cancer et leurs proches aidants.
- Le Canada doit se préparer à une augmentation du nombre de cas de cancer. Cela supposera une planification coordonnée dans des domaines tels que :
 - L'éducation et la formation des spécialistes médicaux nécessaires pour prendre en charge le nombre croissant de Canadiens atteints de cancer, notamment des oncologues, médecins de famille, infirmières, techniciens et préposés aux services de soutien à la personne
 - Les infrastructures, telles que les centres de diagnostic et de traitement, les centres de cancérologie, et les infrastructures destinées à soutenir les soins de santé communautaires
 - La recherche sur la planification du traitement du cancer et l'élaboration de politiques publiques efficaces, y compris la planification des ressources humaines
 - Un meilleur soutien aux aidants familiaux et aux survivants du cancer

Annexe A : Gestion des services de dépistage du cancer pendant la pandémie de COVID-19 et mise en place de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables

8. Gestion des programmes de dépistage lorsque les ressources sont limitées
 - a. Travailler avec les partenaires pour concevoir des filières et des cadres de priorisation et pour soutenir l'échange d'information afin d'assurer un dépistage équitable pendant les périodes où les ressources sont limitées.
 - b. Utiliser les données des programmes de dépistage pour éclairer la planification des capacités pendant les périodes où les ressources sont limitées.
 - c. Envisager de rationaliser le recrutement proactif et la correspondance pour gérer les services de dépistage.
9. Utilisation de données probantes pour axer les activités de dépistage sur les personnes à qui elles seront le plus profitables
 - a. Mettre à profit le triage à l'aide du test fécal immunochimique (TFi) en vue d'améliorer l'accès à la coloscopie.
 - b. Mettre en œuvre une gestion fondée sur les risques pour les personnes aiguillées vers une mammographie diagnostique, une coloscopie et une coloscopie.
 - c. Élaborer un processus centralisé de prise en charge des aiguillages (p. ex., des points d'entrée coordonnés pour la réception des aiguillages).
10. Offre de programmes de dépistage du cancer dans une culture de la sécurité
 - a. Veiller à ce que les participants au dépistage et le personnel portent des masques et prévoir des postes de désinfection des mains.
 - b. S'assurer que des centres de dépistage sont créés de manière à permettre le flux des patients, un éloignement physique suffisant et le maintien d'un environnement propre.
 - c. Effectuer une évaluation préalable des symptômes de la COVID-19 et des expositions possibles avant le test de dépistage en personne.
 - d. Tous les fournisseurs de soins de santé devraient jouer un rôle dans la communication des renseignements récents sur les pratiques de contrôle des infections dans leur cadre clinique et dans la réponse aux préoccupations des participants au dépistage.
11. Utilisation de la santé numérique pour optimiser le parcours de dépistage
 - a. Fournir des soins virtuels lorsque cela est sécuritaire et possible, en particulier pour les personnes immunodéprimées et les plus exposées au risque de contracter la COVID-19.
12. Amélioration de l'accès aux soins près du domicile
 - a. Mettre en œuvre l'autoprélèvement pour la détection du virus du papillome humain (VPH) dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus en donnant la priorité aux populations qui sont plus susceptibles d'être touchées par les restrictions de déplacements liées à la COVID-19.
 - b. Mettre en œuvre ou poursuivre l'envoi par courrier de trousse de tests fécaux pour le dépistage du cancer colorectal.
 - c. Continuer à organiser des cliniques mobiles de dépistage du cancer du sein qui se rendent dans les communautés afin que les femmes puissent accéder au dépistage du cancer du sein en toute sécurité.
13. Soutien aux fournisseurs de soins de santé
 - a. Collaborer et communiquer avec les fournisseurs de soins primaires relativement au dépistage du cancer de manière continue pendant la pandémie de COVID-19.

14. Soutien aux communautés

- a. S'associer aux membres de l'équipe multidisciplinaire, aux experts en la matière, aux partenaires communautaires et aux membres du public pour planifier les services de dépistage pendant la pandémie.
- b. Sensibiliser davantage les communautés à l'importance du dépistage du cancer.
- c. Établir des partenariats avec les participants au dépistage et les familles en tant que membres essentiels de l'équipe de soins afin de permettre une approche des soins centrée sur la personne.
- d. Créer une culture où le retour d'information des participants au dépistage, des familles, du public est recherché chaque jour.