



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

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

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.

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

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 \(gouv.qc.ca\)](#)

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>

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 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&rft_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rft_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

1. 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.
2. 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).
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

7. 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.