

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

Document d'orientation

Publié en novembre 2020

Partenariat canadien contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) est un organisme indépendant financé par le gouvernement fédéral et investi du mandat d'accélérer la lutte contre le cancer pour tous les Canadiens. Le Partenariat a été fondé en 2007 pour assurer la coordination de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer \(la Stratégie\)](#). Dix ans d'efforts communs ont permis d'obtenir des résultats et de tirer des enseignements clés en ce qui concerne la mise en œuvre de changements systémiques par des modes de collaboration uniques et l'amélioration de l'expérience des Canadiens atteints de cancer et de leur famille. Notre objectif est d'intégrer les enseignements tirés des réussites et des obstacles au changement à des politiques et à des pratiques de première ligne, influentes et largement répandues au Canada, au profit de tous les patients atteints de cancer ou des personnes qui présentent un risque de cancer.

Nos efforts sont collectivement axés sur les objectifs à long terme de réduire l'incidence du cancer, de diminuer la probabilité de mourir du cancer et d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le cancer. La stratégie et les travaux que nous soutenons pour la réaliser donnent la priorité au défi consistant à remédier au manque d'accès équitable à des soins de qualité pour tous les Canadiens. Notre travail s'étend sur tout le continuum de la lutte contre le cancer – de la prévention et du dépistage aux soins palliatifs et à la survie, en passant par le diagnostic et les soins cliniques – et couvre ce continuum à l'aide d'initiatives visant à surveiller et à améliorer le rendement du système de lutte contre le cancer, et à tirer parti des données probantes pour favoriser des améliorations des politiques et des pratiques.

L'élément central de cet effort consiste à influencer les structures administratives et les politiques du système de santé afin de créer judicieusement un changement de comportement systémique et

clinique qui soutient de manière mesurable les besoins des patients et des familles. Notre objectif est de nous assurer que le système adopte activement une approche centrée sur la personne dans le cadre de la prestation de programmes de qualité. De plus, notre travail continuera de se concentrer sur la collaboration avec les partenaires pour comprendre les obstacles rencontrés, puis mettre en œuvre des pratiques et des politiques pour aborder les besoins uniques des populations mal desservies qui n'ont pas encore tiré de profit équitable de la [Stratégie](#). Nos données indiquent que les inégalités en matière de santé sont les plus importantes pour les personnes qui vivent dans la pauvreté, surtout les collectivités canadiennes rurales, nordiques et éloignées. Nous demeurons également déterminés à travailler avec tous les territoires de compétence pour les aider à mettre en place un plan d'action culturellement approprié pour la lutte contre le cancer avec et pour les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis – une priorité essentielle pour le Partenariat.

Remerciements

La production du présent document d'orientation a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada. Le Partenariat tient à remercier les représentants des patients et des familles, les conseillères des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le Groupe de travail sur la résilience du dépistage et la COVID-19 et le groupe d'experts virtuel pour leur importante contribution à l'élaboration du présent document d'orientation. Le Partenariat souhaite également remercier l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour leur participation au Groupe de travail sur la résilience du dépistage et la COVID-19 et pour les ressources partagées en vue de soutenir l'élaboration du présent document.

Le document d'orientation a été préparé entre septembre et octobre 2020. À mesure que de nouveaux éléments apparaîtront, le Partenariat étudiera les possibilités d'actualiser les recommandations et les considérations exposées dans le présent document.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *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, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cancer-screening-covid-19/

Table des matières

RÉSUMÉ	5
CONTEXTE	8
RÉSUMÉ DE LA QUESTION	8
OBJECTIF ET APPROCHE	9
PUBLIC CIBLE	9
PRINCIPES DIRECTEURS	9
GUIDE POUR LA MISE EN PLACE DE SERVICES ET DE PROGRAMMES DE DÉPISTAGE RÉSILIENTS	11
1. <i>GESTION DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE LORSQUE LES RESSOURCES SONT LIMITÉES</i>	11
2. <i>UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES POUR AXER LES ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE SUR LES PERSONNES À QUI ELLES PROFITERONT LE PLUS</i>	13
3. <i>OFFRE DE PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER DANS UNE CULTURE DE LA SÉCURITÉ</i>	16
4. <i>UTILISATION DE LA SANTÉ NUMÉRIQUE POUR OPTIMISER LE PARCOURS DE DÉPISTAGE</i>	17
5. <i>AUGMENTATION DE L'ACCÈS AUX SOINS PRÈS DU DOMICILE</i>	19
6. <i>SOUTIEN AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ</i>	20
7. <i>SOUTIEN AUX COMMUNAUTÉS</i>	21
CONCLUSION	23
RÉFÉRENCES	25

Résumé

La première vague de la pandémie de COVID-19 a donné lieu à plusieurs mesures visant à optimiser l'utilisation des ressources limitées en matière de soins de santé. L'une des mesures a été l'interruption des programmes de dépistage du cancer dans tout le Canada. Malheureusement, cette perturbation aura des répercussions à l'avenir, notamment la découverte de cancers à un stade ultérieur, ce qui entraînera un pronostic plus défavorable pour de nombreux patients. Cela causera également une pression accrue sur le système de diagnostic et de traitement du cancer¹. Il est nécessaire d'intégrer des pratiques innovantes et à haute valeur ajoutée dans le parcours de dépistage du cancer pour préserver le dépistage en tant que service essentiel et pour soutenir la résilience du système de dépistage du cancer pendant les vagues successives de la pandémie ou de futures pandémies¹.

En tant que coordonnateur de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer \(la Stratégie\)](#), le Partenariat canadien contre le

cancer (le Partenariat) s'est engagé à permettre un accès équitable à des soins de qualité pour tous les Canadiens dans l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer, de la prévention et du dépistage aux soins palliatifs et à la survie, en passant par le diagnostic et les soins cliniques. La résilience des services de dépistage du cancer exige une prise de décision concertée entre les gouvernements provinciaux/territoriaux, les organismes/programmes de lutte contre le cancer, les services de soins primaires, de diagnostic et de traitement, ainsi que les partenaires et les intervenants en dehors du secteur de la santé. Pour soutenir la prestation des services essentiels de dépistage du cancer tout au long de la pandémie, le Partenariat, en collaboration avec le milieu du dépistage du cancer et des partenaires pancanadiens, a déterminé les meilleures données probantes et recommandations d'experts disponibles pour la poursuite de la prestation de services et l'établissement de priorités pendant les flambées épidémiques anticipées ou les perturbations de services (figure 1).

Figure 1 : Guide pour la mise en place de services et de programmes de dépistage résilients

La figure suivante présente les principales recommandations formulées par les conseillers experts et les intervenants.

Gestion des programmes de dépistage lorsque les ressources sont limitées
<ul style="list-style-type: none">• Recommandation n° 1 : 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.• Recommandation n° 2 : Utiliser les données des programmes de dépistage pour éclairer la planification des capacités pendant les périodes où les ressources sont limitées.• Recommandation n° 3 : Envisager de rationaliser le recrutement proactif et la correspondance pour gérer les services de dépistage.
Utilisation de données probantes pour axer les activités de dépistage sur les personnes à qui elles seront le plus profitables
<ul style="list-style-type: none">• Recommandation n° 1 : Mettre à profit le triage à l'aide du test fécal immunochimique (TFi) en vue d'améliorer l'accès à la coloscopie• Recommandation n° 2 : Mettre en œuvre une gestion fondée sur les risques pour les personnes aiguillées vers une mammographie diagnostique, une coloscopie et une coloscopie.• Recommandation n° 3 : Élaborer un processus centralisé de prise en charge des aiguillages (p. ex., des points d'entrée coordonnés pour la réception des aiguillages)
Offre de programmes de dépistage du cancer dans une culture de la sécurité
<ul style="list-style-type: none">• Recommandation n° 1 : Veiller à ce que les patients et le personnel portent des masques et prévoir des postes de désinfection des mains.• Recommandation n° 2 : 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.• Recommandation n° 3 : Effectuer une évaluation préalable des symptômes de la COVID-19 et des expositions possibles avant le test de dépistage en personne.
Utilisation de la santé numérique pour optimiser le parcours de dépistage
<ul style="list-style-type: none">• Recommandation n° 1 : 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.
Augmentation de l'accès aux soins près du domicile
<ul style="list-style-type: none">• Recommandation n° 1 : 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 voyage liées à la COVID-19.• Recommandation n° 2 : 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.
Soutien aux fournisseurs de soins de santé
<ul style="list-style-type: none">• Recommandation n° 1 : Collaborer et communiquer avec les fournisseurs de soins primaires relativement au dépistage du cancer de manière continue pendant la pandémie de COVID-19.
Soutien aux communautés
<ul style="list-style-type: none">• Recommandation n° 1 : 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.• Recommandation n° 2 : Sensibiliser davantage les communautés à l'importance du dépistage du cancer.• Recommandation n° 3 : 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.• Recommandation n° 4 : Créer une culture où le retour d'information des patients, des familles, du public est recherché chaque jour.

*Adaptation du 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 [partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cancer-screening-covid-19/]*²

La pandémie de COVID-19 a touché de manière disproportionnée certaines populations au Canada. Il existe un risque d'aggravation des inégalités dans l'accès au dépistage du cancer, ce qui accentuerait les disparités observées dans les résultats liés au cancer avant 2019 (*Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système*). Il est impératif que les efforts visant à soutenir la résilience du dépistage soient axés sur la lutte contre les inégalités courantes en matière d'accès à un dépistage de qualité, opportun et sûr dans tout le pays, et n'accroissent pas les disparités existantes. Pour démontrer les progrès réalisés vers un accès équitable aux services de dépistage, les décideurs sont encouragés à :

- comprendre les différentes inégalités qui existent entre les communautés, la marginalisation étendue de diverses populations, ainsi que l'incidence du racisme systémique et d'autres expériences personnelles et intergénérationnelles de traumatisme, au moyen de l'amélioration de la collecte et du contrôle des données, notamment en disposant de données plus solides et plus opportunes pour surveiller les programmes de dépistage du cancer et déterminer les mesures efficaces pour réduire des inégalités nouvelles ou émergentes;

- travailler avec les Premières Nations, les Inuits, les Métis et d'autres populations diverses, pour créer conjointement des services, tirer parti des soutiens communautaires et adapter les services aux besoins des communautés face à l'évolution de la pandémie;
- étudier les possibilités de fournir des soins plus près du domicile, en particulier pour ceux qui vivent dans des endroits éloignés et très éloignés au Canada et dont l'accès aux soins est réduit pendant la pandémie.

Même si ces recommandations peuvent soutenir la planification de la poursuite de la prestation des services de dépistage pendant la pandémie de COVID-19 et faire progresser les efforts visant à en réduire les obstacles et à en améliorer l'accès pour les populations mal desservies, il reste encore du travail à faire. En s'appuyant sur les recommandations du document d'orientation, on renforcera la capacité à répondre aux défis et aux occasions que la pandémie représente pour le système de soins de santé, on facilitera la mise en œuvre d'interventions ciblées et créées conjointement pour atteindre les personnes qui en ont le plus besoin, et on améliorera l'accès au dépistage et les résultats pour toutes les personnes vivant au Canada.

Contexte

La première vague de la pandémie de COVID-19 a conduit à la suspension des programmes de dépistage du cancer dans tout le Canada. Cette interruption soudaine du dépistage a considérablement perturbé les flux de travail actuels et aura des répercussions sur la prestation future des services, ainsi que sur les soins et les résultats des participants au dépistage, en particulier parmi les groupes mal desservis.

La modélisation réalisée par le Partenariat à l'aide d'OncoSim, son outil de microsimulation, montre que l'interruption, même à court terme, des programmes de dépistage a des conséquences notables pour les citoyens du Canada, notamment la prévision de diagnostics à un stade plus avancé et de l'augmentation du nombre de décès attribuables au cancer. Par exemple, la modélisation prévoit un retard dans la détection des cancers du sein et l'établissement du diagnostic à un stade plus avancé. Si le dépistage du cancer du sein devait s'interrompre au Canada pendant six à douze mois, on prévoit que davantage de cancers du sein seraient diagnostiqués à un stade ultérieur (p. ex., stade III, IV) entre 2020 et 2029. De même, les interruptions du dépistage colorectal peuvent entraîner une augmentation des adénomes non diagnostiqués et des cancers colorectaux qui en découlent.

En général, les données ont montré des taux disproportionnellement faibles de participation au dépistage et une mortalité attribuable au cancer plus élevée parmi les groupes mal desservis, tels que ceux dont font partie les personnes à faible revenu et les populations vivant dans des régions rurales ou éloignées³. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis continuent de connaître des résultats moins satisfaisants que les autres personnes au Canada en matière de cancer³. Souvent, les décès par cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis concernent les cancers qui sont détectables par le dépistage⁴. Les obstacles à la

participation au dépistage sont liés aux difficultés d'accès au dépistage et aux soins, notamment le fait de vivre dans des communautés rurales/éloignées/isolées, aux inégalités en matière d'accès aux fournisseurs de soins de santé, aux services de transport, ainsi qu'au manque de ressources éducatives adaptées aux besoins de la population et d'accès à des soins respectueux de l'identité culturelle^{3,4}. La colonisation continue amplifie ces inégalités⁵. Les inégalités déjà définies en matière de participation au dépistage et de mortalité attribuable au cancer risquent d'être exacerbées pendant la pandémie de COVID-19.

Résumé de la question

Les mesures de gestion de la pandémie de COVID-19, telles que le maintien de l'éloignement physique, la désinfection rigoureuse des surfaces, l'utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI) et le redéploiement du personnel de santé, nécessitent une réaffectation et une adaptation urgentes des ressources de dépistage du cancer pour maintenir les services concernés. La première vague de la pandémie a mis en évidence les domaines de la filière de dépistage du cancer où des pratiques de grande valeur peuvent être adoptées pour soutenir cet objectif. La pandémie a également mis en évidence la nécessité de soutenir les populations mal desservies, qui sont souvent les plus touchées par les retards et les perturbations des services. Pour l'avenir, il existe une possibilité de tirer des leçons des expériences antérieures de la pandémie et de mettre en œuvre des innovations en matière de dépistage pour soutenir la résilience, de sorte que le dépistage puisse résister à d'éventuelles vagues successives de COVID-19, dans le respect des mesures de santé et de sécurité, et en démontrant les progrès réalisés vers un accès équitable aux services de dépistage.

Objectif et approche

- L'objectif du présent document d'orientation est de fournir les meilleures données probantes et recommandations d'experts disponibles pour la prestation de services de dépistage et l'établissement de priorités en vue d'accroître la résilience des services de dépistage lors de flambées épidémiques anticipées ou de perturbations de services liées à la pandémie.
- Comme l'administrateur en chef de la santé publique du Canada (ACSP) a défini le risque d'élargissement des disparités dû à la COVID-19, ce document accorde une attention particulière à l'importance d'intégrer les considérations d'équité et de sécurité culturelle dans les recommandations⁶.
- Ce document ne décrit pas les conseils cliniques aux patients.
- Ce document et les recommandations qu'il énonce ont été élaborés par un groupe de travail convoqué par le Partenariat canadien contre le cancer et composé d'experts, de cliniciens, de représentants des programmes de dépistage provinciaux et territoriaux et de représentants d'organisations de santé pancanadiennes. Les recommandations ont également été éclairées par un groupe d'experts virtuel plus large, comprenant des représentants des patients et des familles qui ont fourni leurs points de vue et commentaires sur les recommandations du Groupe de travail.

Public cible

- Ce document d'orientation a été créé pour aider les décideurs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des programmes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer (c'est-à-dire les administrateurs

des programmes de dépistage du système de santé qui jouent un rôle de premier plan dans les activités de dépistage).

Principes directeurs

Considérations relatives à la mise en œuvre

- Le moment et les modalités de la reprise du dépistage doivent être déterminés en fonction de facteurs locaux, notamment :
 - la disponibilité des ressources et l'incidence sur ces ressources (p. ex., l'EPI, la dotation en personnel et l'espace physique);
 - les tendances locales de l'infection par le virus de la COVID-19, y compris les recommandations de santé publique et la vulnérabilité locale spécifique à l'infection (p. ex., nouvelles infections dans les populations éloignées ou isolées);
 - les décisions des gouvernements provinciaux et territoriaux et les directives de reprise des services du système de santé et de contrôle des infections.
- La mise en place de services de dépistage résilients exige une prise de décision concertée dans un ensemble complexe de cadres sanitaires et sociaux, mais peut être remise en question par des données changeantes ou limitées⁶.
 - Les données relatives aux programmes de dépistage peuvent être utilisées pour fournir un historique des volumes de tests, des taux de détection d'anomalies et des taux de détection de cancers, qui peut servir à élaborer des stratégies propres aux territoires de compétence.
 - Les données disponibles à l'échelle communautaire peuvent être mises à profit pour comprendre les

variations locales dans les services de dépistage (p. ex., la capacité d'évaluer les temps d'attente pour le dépistage ou l'accès aux soins primaires à l'aide des variables sociodémographiques, des variables géographiques et des indices de privation).

Intégration de l'équité pour créer des services et des programmes de dépistage résilients

Les inégalités courantes dans l'accès à un dépistage de qualité, opportun et sûr dans tout le pays peuvent être exacerbées en période de pression particulière sur le système de santé.

Reconnaissant que la pandémie de COVID-19 a fait en sorte que certaines populations, telles que les personnes âgées, les populations racialisées, les personnes de la communauté LGBTQ2S+, les personnes vivant avec un handicap et les femmes, sont plus susceptibles d'obtenir de mauvais résultats en matière de santé, les efforts pour soutenir la résilience du dépistage devraient être centrés sur la lutte contre ces inégalités^{6,7}. Dans le but de réduire les disparités et de ne pas creuser davantage le fossé, les principes d'équité suivants sont proposés comme guide pour intégrer une approche d'équité en matière de santé à la préparation à la pandémie, à la réponse qui y est apportée et au rétablissement des services dans le cadre du dépistage.

Principes directeurs en matière d'équité

- Pour comprendre les besoins des populations mal desservies, il faut s'engager auprès de ces personnes, de ces communautés et de ces organisations représentatives.
 - Il est important de réfléchir à la manière dont le pouvoir et les privilèges d'une personne peuvent

être à la fois perçus et exercés lorsqu'on communique avec des personnes admissibles au dépistage⁷.

- Une collaboration étroite avec les communautés permet de mieux comprendre leurs besoins, d'avancer ensemble vers des solutions réalisables et d'améliorer la confiance dans le système de santé. Il est ainsi possible d'élaborer des approches de soins respectueuses et appropriées sur le plan culturel et de contribuer à améliorer la participation au dépistage.
- En permettant aux participants au dépistage de contribuer en connaissance de cause aux décisions relatives aux soins et aux traitements, on peut garantir que les services de santé sont fournis de manière holistique, digne et respectueuse^{8,9,10}.
- Il est important de reconnaître les différentes inégalités qui peuvent exister entre les communautés – urbaines, rurales et éloignées.
- Les restrictions de voyage qui ont été mises en place en réponse à la pandémie de COVID-19 doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la prestation de services de dépistage aux personnes qui résident dans des zones rurales et éloignées.
- Il est important de reconnaître que l'accès aux méthodes d'autoprélèvement et au dépistage mobile du cancer peut permettre de dispenser des soins dans la communauté ou à proximité de celle-ci, mais qu'il ne permet pas nécessairement de surmonter tous les obstacles systémiques tels que les infrastructures (y compris les systèmes d'information et d'approvisionnement/de distribution), ainsi que le racisme systémique et d'autres

expériences personnelles et intergénérationnelles de traumatisme⁶.

Besoins et priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis

De nombreux Inuits, Métis et membres des Premières Nations sont confrontés à des inégalités dans l'accès aux services et aux diagnostics dans le domaine du cancer, et ces écarts liés à l'accès se creusent en période de pressions sur le système et sur les ressources. Comme on l'a observé lors de la pandémie de grippe H1N1 de 2009, des disparités supplémentaires peuvent apparaître lors de l'apparition ou de la réapparition de maladies infectieuses, comme la COVID-19¹¹.

- S'engager à connaître les expériences historiques et actuelles des Premières Nations, des Inuits et des Métis sur le territoire aujourd'hui connu sous le nom de Canada⁷.
 - Les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont une culture riche, forte et résiliente. Il est important de comprendre que les expériences traumatisantes du passé peuvent être accablantes et mettre à l'épreuve la capacité d'adaptation d'une personne, en particulier pendant une pandémie⁷.
- La mobilisation des gouvernements, des organisations et des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis est essentielle pour réduire les inégalités en matière de santé, pour prévenir une aggravation des inégalités existantes et pour concevoir des espaces de dépistage sûrs.
 - Il est essentiel de travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour comprendre les filières de dépistage et les obstacles systémiques/communautaires ainsi que les soutiens à la participation au dépistage, afin que les services/programmes de dépistage puissent être conçus et fournis pour tirer parti des aides

communautaires qui s'attaquent aux obstacles et aux inégalités.

- Pour de nombreux Inuits, Métis et membres des Premières Nations, la navigation au sein du système est assez complexe, comporte de multiples facettes et mobilise plus d'une autorité gouvernementale. La mobilisation des Premières Nations, des Inuits et des Métis peut faciliter la communication et la coordination des services, ce qui, en fin de compte, améliore la navigation.

Il est important de reconnaître et de respecter le droit des Autochtones à des soins déterminés par eux et qui respectent leur culture. Les [Conseils sur la sécurité culturelle pour les cliniciens pendant la pandémie de COVID-19](#) ont été mis sur pied par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, afin de sensibiliser les cliniciens à l'impérieuse nécessité d'adopter des pratiques adaptées aux réalités culturelles.

Guide pour la mise en place de services et de programmes de dépistage résilients

1. Gestion des programmes de dépistage lorsque les ressources sont limitées

Remarque : La mesure dans laquelle l'une de ces stratégies est nécessaire dépendra de la mesure dans laquelle la capacité des ressources est limitée au sein du territoire de compétence, qui à son tour sera fortement influencée par l'étendue de la COVID-19 dans la population ainsi que par la réponse locale (p. ex., redéploiement du personnel, restrictions de voyage, etc.), et peut varier tout au long de la pandémie selon la région et la communauté.

Recommandation n° 1 : 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.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Les modifications apportées aux pratiques de dépistage existantes ne doivent pas être arbitraires et doivent être fondées sur des critères établis et liés aux objectifs du dépistage et aux contraintes opérationnelles. Cette pratique devrait s'efforcer de s'aligner sur les directives de dépistage préexistantes (p. ex., le dépistage effectué avec le bon test à l'intervalle recommandé).
- La reprise des services doit prendre en compte l'ensemble de la filière de dépistage et ne pas se fonder uniquement sur le dépistage primaire (c'est-à-dire qu'elle doit prendre en considération l'incidence du dépistage sur les services de laboratoire, les services de diagnostic, la pathologie, la chirurgie/le traitement, etc.). En outre, la reprise des services doit tenir pleinement compte de l'incidence des volumes de dépistage sur les ressources partagées avec d'autres aspects du système de santé (p. ex., les services de diagnostic).
- L'élaboration de cadres de priorisation fondés sur des données probantes qui prennent en considération toutes les indications d'utilisation des services (p. ex., l'imagerie dans son ensemble, toutes les endoscopies gastro-intestinales) peut aider à répondre à des besoins concurrents de manière équitable¹⁰.
 - Fournir des conseils aux fournisseurs et aux établissements de soins de santé pour soutenir la priorisation des services en fonction de l'urgence de l'indication¹³.
- Les programmes de dépistage devraient inciter les fournisseurs et les établissements à aligner leurs pratiques sur les lignes directrices locales liées à la COVID-19 plutôt que d'établir des directives distinctes pour les programmes de dépistage¹³.
- Les programmes de dépistage peuvent soutenir la prise de décisions au niveau local/régional de plusieurs façons :
 - Définir les possibilités de contribuer à garantir l'utilisation la plus appropriée et la plus efficace des ressources limitées (voir par exemple les fiches de conseils de l'Ontario)^{12,13,14}.
 - Déterminer les possibilités pour les établissements/régions d'envisager la mise en œuvre de processus (ou l'élargissement de l'accès aux processus existants) pour les stratégies fondées sur des données probantes qui favorisent l'utilisation efficace et équitable de ressources limitées, p. ex., le processus de réception centralisée des aiguillages, l'utilisation de cadres pour prendre des décisions fondées sur des données probantes pour le triage et l'ordre de priorité des participants au dépistage, et l'utilisation de listes d'attente centralisées (c.-à-d. un système dans lequel on réserve pour les participants au dépistage des créneaux ouverts qui ne sont pas attribués à un fournisseur en particulier, mais plutôt à un groupe de fournisseurs).
 - Déterminer les possibilités d'aider à assurer l'utilisation la plus appropriée et la plus efficace des ressources limitées pour garantir la sécurité (y compris le personnel, l'EPI, etc.)¹⁵.
- Compte tenu des variations locales et régionales dans la propagation de la COVID-19, les programmes de dépistage devraient élaborer des directives sur la manière de faire face à ces variations, de sorte que la réponse aux futures

vagues de la pandémie puisse être déployée à l'échelon local.

Recommandation n° 2 : Utiliser les données des programmes de dépistage pour éclairer la planification des capacités pendant les périodes où les ressources sont limitées.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Établir un ensemble de critères de surveillance pour déterminer la prévalence de la COVID-19 dans la communauté et la capacité des services connexes.
- Les programmes de dépistage peuvent soutenir la prise de décisions à l'échelon local/régional en utilisant les données dont dispose le programme et en concevant des outils pour soutenir la planification.
 - o Les outils peuvent comprendre des mises à jour sur les volumes de services à l'échelle de la province/du territoire, de la région et de l'établissement, la modélisation des arriérés sur la base des volumes historiques, des outils permettant de manipuler les données pour évaluer l'incidence de diverses stratégies sur le rétablissement des arriérés. Pour obtenir des exemples, consulter les modèles de l'Ontario¹⁶.

Recommandation n° 3 : Envisager de rationaliser le recrutement proactif et la correspondance pour gérer les services de dépistage.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- En juin 2020, l'OMS a recommandé de modifier et d'envisager le report temporaire des programmes et services de dépistage du cancer qui nécessitent un contact

avec les fournisseurs de soins de santé (p. ex., mammographie et coloscopie)¹⁷.

- Les directives de l'Ontario indiquent que la reprise des services de dépistage et l'envoi des trousseaux d'examen devraient être progressifs et priorisés en fonction du risque¹³.
- Prendre des décisions concernant la pertinence de la correspondance envoyée par la poste et le moment d'arrêter ou de recommencer à envoyer les lettres qui encouragent le dépistage en tenant compte des facteurs opérationnels (p. ex., les retards de Postes Canada, l'incidence des politiques d'éloignement physique et de contrôle des infections sur les pratiques des centres de traitement des commandes, etc.) ainsi que l'incidence de la recommandation du dépistage sur la capacité du système de santé (p. ex., soins primaires, services de diagnostic, etc.).

2. Utilisation de données probantes pour axer les activités de dépistage sur les personnes à qui elles profiteront le plus

Il convient d'étudier le dépistage fondé sur les risques afin d'optimiser son incidence par rapport aux capacités disponibles.

Il est important que les approches fondées sur les risques pour établir la priorité des services de dépistage tiennent compte des éléments suivants :

- Le dépistage fondé sur les risques doit être basé sur l'avantage net probable du dépistage, et non sur le risque de contracter la COVID-19 ou de complications liées à la maladie.

- Le dépistage fondé sur les risques doit être équitable et ne pas exclure des groupes sur la base de facteurs de risque variables⁶.
- Les avantages du dépistage doivent être définis et se rapporter à des résultats cliniques ou sanitaires importants.
- L'estimation du bénéfice doit reposer sur une base probante étayée par des ouvrages scientifiques et des renseignements sur la santé appropriés.
- Le processus d'estimation des bénéfices doit être documenté et disponible pour une inspection professionnelle et publique.

Recommandation n° 1 : Mettre à profit le triage à l'aide du test fécal immunochimique (TFi) en vue d'améliorer l'accès à la coloscopie

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Une étude britannique récente a montré que le triage à l'aide du TFi (à 10 et 150 mg d'Hb/g) des patients symptomatiques urgents en soins primaires pourrait simplifier l'accès à la coloscopie diagnostique et réduire les délais pour les cas de cancer colorectal réellement positifs¹⁸. L'utilisation de telles stratégies peut être bénéfique lors du rationnement à court terme des services d'endoscopie¹⁶.
- La modification temporaire des critères de résultats du dépistage pour l'orientation vers une évaluation diagnostique aura pour conséquence que les sujets ne seront plus aiguillés : leur futur dépistage doit être clairement décrit tant pour le personnel que pour le participant au dépistage.
- Des données détaillées sur les résultats des sujets doivent être recueillies, conservées, analysées et communiquées (p. ex., la période de temps qui s'écoule avant que les personnes ayant obtenu un résultat positif au TFi à faible valeur passent une coloscopie).

- Les écarts inévitables dans la prestation doivent être considérés comme des possibilités d'amélioration des connaissances et non comme des obstacles au changement.

Recommandation n° 2 : Mettre en œuvre une gestion fondée sur les risques pour les personnes aiguillées vers une mammographie diagnostique, une coloscopie et une coloscopie.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Les données probantes internationales suggèrent que la demande de coloscopie devrait être priorisée en classant les participants selon le risque individuel de cancer colorectal et l'urgence médicale^{19,20}.
- L'Association canadienne de gastroentérologie recommande que les examens endoscopiques soient classés par ordre de priorité selon les niveaux suivants : doit toujours être effectué; devrait être effectué; pourrait être effectué; devrait être différé²¹. Par exemple, pour les personnes présentant un risque élevé de cancer du côlon d'après l'imagerie, l'examen physique ou les symptômes, l'examen devrait être effectué²¹.
- Santé Ontario a recommandé que l'endoscopie gastro-intestinale (GI) soit priorisée en fonction du risque de conséquences graves pour la morbidité ou la mortalité, mais qu'elle puisse être pratiquée dans des cas précis pour dépister les personnes présentant un risque accru de cancer GI¹⁰. Cependant, l'endoscopie GI pour les participants pouvant se soumettre à un dépistage du cancer colorectal avec le TFi au lieu d'une coloscopie, pendant ou après la pandémie, n'est pas recommandée¹².
 - Une modélisation récente qui a permis d'estimer l'arriéré et le rétablissement du service de dépistage en Ontario a montré que la réduction au minimum

du recours à la coloscopie pour la surveillance du CCR et le fait de privilégier le TFi comme examen de dépistage peuvent réduire le temps nécessaire pour résorber les arriérés de dépistage²².

- BC Cancer recommande que les patients présentant des symptômes importants soient aiguillés vers une coloscopie et que toutes les patientes pour lesquels une colposcopie a été recommandée soient aiguillées²³.
- Les directives de l'Ontario recommandent l'utilisation d'une gestion fondée sur les risques pour les personnes aiguillées vers la coloscopie afin de maximiser la capacité et de minimiser les risques pour les patientes et le personnel²⁴. Un cadre de classement des priorités fournit une orientation à la communauté des services de colposcopie en Ontario pour la priorisation des services de colposcopie pendant la COVID-19²⁵.
- L'Ontario encourage à donner la priorité aux personnes qui obtiennent un résultat de dépistage anormal ainsi qu'à celles qui participent au programme de dépistage du cancer du sein par mammographie et sont classées dans la catégorie de risque élevé par rapport à celles se situant dans la catégorie de risque moyen¹⁴. De même, l'IRM du sein est prioritaire pour les personnes obtenant un résultat de dépistage anormal¹⁴.
 - Une modélisation récente qui a estimé l'arriéré et le rétablissement du service de dépistage en Ontario a montré que la priorisation des mammographies de dépistage pourrait faciliter l'élimination des arriérés dans ce domaine, en particulier pour les groupes à haut risque (dépistage à haut risque, dépistage initial, dépistage annuel/une fois par an)²².
- Dans le cadre du projet pilote de dépistage du cancer du poumon de Santé Ontario (Action Cancer Ontario), le

dépistage a été interrompu en mars 2020, dans ses quatre principaux centres de dépistage et, avec le recul de la pandémie de COVID-19, le dépistage a repris en juillet 2020. Des recommandations ont été faites aux centres pour qu'ils donnent la priorité au dépistage en commençant par ceux dont les classifications Lung-RADS précédentes étaient anormales et par ceux qui avaient les scores de risque PLCom2012 les plus élevés. Il existe des données probantes à l'appui de cette recommandation. Les personnes ayant obtenu un résultat négatif au dépistage avant 2009 sur le site du Princess Margaret Cancer Centre de Toronto du réseau de l'International Early Lung Cancer Action Program (IELCAP) ont été rappelées pour un dépistage entre 2015 et 2018, en commençant par les personnes présentant les scores de risque PLCom2012 les plus élevés, par ordre décroissant^{26,27,28}.

Recommandation n° 3 : Élaborer un processus centralisé de prise en charge des aiguillages (p. ex., des points d'entrée coordonnés pour la réception des aiguillages)

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- La mise en place d'un processus centralisé de prise en charge des demandes d'aiguillage peut :
 - Soutenir la priorisation éthique des patients au niveau hospitalier et régional, le cas échéant consulter un bioéthicien^{12,6};
 - Faciliter l'utilisation de critères de triage des aiguillages convenus et fondés sur des données probantes¹²;
 - Réduire les délais d'attente pour les personnes qui ont besoin d'une endoscopie GI²¹.

- Les orientations des programmes pour les services de diagnostic tels que la coloscopie peuvent minimiser les aiguillages en double (c'est-à-dire les demandes d'aiguillage qui peuvent avoir été envoyées à plus d'un établissement ou endoscopiste pour la même indication)¹².

3. Offre de programmes de dépistage du cancer dans une culture de la sécurité

3.1 Les pratiques de prévention et de contrôle des infections doivent être guidées par les politiques et procédures provinciales et territoriales, afin de poursuivre le dépistage du cancer de manière sûre et efficace.

Recommandation 1 : Veiller à ce que les participants au dépistage et le personnel portent des masques et prévoient des postes de désinfection des mains²⁹.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- La formation à la gestion de l'EPI et des stocks d'EPI est recommandée par la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) et la European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA)³⁰.
- Pour les examens d'endoscopie, la British Society of Gastroenterology recommande l'utilisation d'un EPI amélioré pour les examens endoscopiques de l'appareil digestif supérieur. L'utilisation d'un EPI pour les examens de l'appareil digestif inférieur doit tenir compte du risque, des symptômes et du résultat du dépistage de la COVID-19 du participant au dépistage³¹.

Recommandation n° 2 : 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.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Un nettoyage en profondeur intensif doit être effectué pour protéger le personnel et les participants au dépistage³².
- Améliorer la mise en place et le fonctionnement des centres de dépistage, au moyen des mesures suivantes :
 - Protections en plexiglas³²
 - Éloignement physique³²
 - Marquage des endroits où se tenir dans les ascenseurs³²
 - Limite du nombre de personnes dans les zones communes et les salles d'attente³²
 - Utilisation d'espaces sûrs à l'extérieur (p. ex., véhicule personnel, zone d'attente extérieure désignée) pour réduire le temps d'attente à l'intérieur³³
 - Prévision de temps supplémentaire entre les rendez-vous afin de garantir suffisamment de temps pour le nettoyage et de réduire les temps d'attente³³

3.2 L'évaluation des individus pour l'exposition à la COVID-19 et les symptômes de l'infection avant la participation au dépistage ou à l'évaluation du cancer peuvent réduire le risque d'exposition pour le personnel et les autres individus.

Recommandation n° 3 : Effectuer une évaluation préalable des symptômes de la COVID-19 et des expositions possibles avant le test de dépistage en personne.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Le cas échéant, consulter les directives techniques disponibles pour les activités liées aux soins de santé mises

en œuvre par les ministères provinciaux et territoriaux de la santé.

- Dépistage et surveillance des signes et des risques de COVID-19, tels que le dépistage chez les participants avant l'examen, leur suivi après l'examen et l'évaluation quotidienne des signes ou symptômes d'infection chez le personnel³³.
- Suivre les directives locales de santé publique pour mettre au point une approche permettant d'isoler et de tester les patients à haut risque ou infectés²⁸.
- Il convient de rappeler aux participants au dépistage les protocoles relatifs à la COVID-19 avant leur rendez-vous³³.

Recommandation n° 4 : 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 dépistage³⁴.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Il est essentiel que les unités et cliniques d'endoscopie GI en milieu hospitalier et communautaire créent et respectent une stratégie soigneusement conçue en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI)³⁰.
 - Toutes les unités et cliniques d'endoscopie GI doivent avoir une politique de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui s'aligne sur les directives des hôpitaux, des régions ou des provinces/territoires³⁰.
 - Toutes les unités et cliniques d'endoscopie GI doivent surveiller les modifications apportées aux directives hospitalières, régionales ou provinciales et ajuster leur politique de PCI en conséquence.

- Les membres de l'équipe de soins, qui comprend les participants au dépistage, sont encouragés à signaler les préoccupations et les incidents liés au contrôle des infections chez les participants au dépistage et à y donner suite²⁹.
- Les incidents sont communiqués au participant au dépistage ou à sa famille dès qu'ils sont connus et documentés³⁴.
- Les incidents sont analysés et traités par des équipes interdisciplinaires qui incluent les patients³⁴.

4. Utilisation de la santé numérique pour optimiser le parcours de dépistage

Tirer parti des visites de soins virtuels et du triage virtuel, pour minimiser les contacts en personne avec les fournisseurs de soins de santé et assurer la promotion continue de la participation des patients au dépistage du cancer.

Recommandation n° 1 : 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-19³⁵.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Le triage virtuel peut être mis en œuvre pour les nouveaux aiguillages vers des services de diagnostic à la suite d'un test de dépistage anormal³⁶.
- Des données canadiennes et internationales soutiennent le recours aux visites de soins, en particulier pour les personnes exposées à un risque élevé, les populations vivant dans des régions rurales/éloignées et celles qui ne peuvent pas voyager^{37,38,6}.

- Les visites virtuelles (vidéoconférence, téléphone, courrier électronique ou texte) peuvent être utilisées pour l'éducation et le suivi (p. ex., pour communiquer les résultats et fournir des conseils après l'obtention d'un résultat négatif au test de dépistage et pour la gestion d'un résultat positif)^{17,39}.
- Les visites virtuelles peuvent permettre aux travailleurs de la santé d'effectuer des examens à distance de l'état du participant au dépistage et d'échanger simultanément les données pertinentes sans avoir d'interaction directe, ce qui permet d'éviter la propagation de la COVID-19⁴⁰. Lorsque l'on planifie des supports virtuels et numériques, il est important d'envisager des formats en ligne qui rendent les ressources accessibles à tous³⁶.
- Réfléchir à la manière de mettre à disposition des aides pour les participants au dépistage dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français³⁶.
- Les radiologues peuvent examiner les mammographies hors site³⁶.
- Les mêmes obligations légales, professionnelles et de qualité des soins que celles qui s'appliquent aux soins en personne s'appliquent aux visites virtuelles⁴¹.
- La santé et les besoins précis d'un participant au dépistage, les ressources existantes et les circonstances doivent être pris en compte pour déterminer si les mécanismes virtuels sont appropriés et constituent un moyen sûr de fournir des soins⁴¹.
 - Il est important de cerner et de résoudre les disparités dans l'accès aux services virtuels et dans leur utilisation, y compris les obstacles à l'accès aux dispositifs connectés à Internet ou à Internet à haut débit, l'expérience d'une culture numérique moindre et les préoccupations liées à la confidentialité, à la vie privée et à la sécurité des données⁶.
- Un examen physique en personne peut toujours s'avérer nécessaire, et les soins virtuels ne remplacent pas la présence au service des urgences, en cas d'urgence⁴¹.
- S'assurer de l'adéquation entre le participant et l'outil de soins virtuel utilisé lors de la rencontre.
 - L'Association médicale canadienne, en collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, a créé un Groupe de travail sur les soins virtuels qui a établi que, pour être efficaces, les soins virtuels doivent respecter (et non bafouer) les principes de qualité des soins par rapport aux soins en personne.
 - Il convient d'appliquer le concept de qualité en six dimensions, tel que défini par l'Institute of Medicine des États-Unis : sûr, efficace, centré sur le patient, opportun, efficient et équitable⁴².
 - Les fournisseurs de soins de santé doivent se tenir au courant des nouvelles données et des nouveaux outils pour favoriser l'adoption des soins virtuels de manière sûre, efficace et efficiente.
 - Par exemple, des conseils ont été fournis par le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association médicale canadienne par l'intermédiaire d'un [Guide sur les soins virtuels](#) en mars 2020.
- Lors de l'utilisation des technologies de soins virtuels, il faut obtenir le consentement des participants au dépistage, y compris le consentement pour l'utilisation de toute photo ou pour l'envoi d'ordonnances par courriel à la pharmacie. Les dossiers médicaux de la visite doivent être conservés, transmis, stockés dans des systèmes cryptés sécurisés et mis à la disposition des autres professionnels de la santé pour la prestation de soins continus au patient^{41,43}.

- La préparation permet à la visite virtuelle d'être plus professionnelle, plus productive et plus efficace^{42,44}.

5. Augmentation de l'accès aux soins près du domicile

Remarque : Lorsque l'on poursuit des stratégies visant à accroître l'accès aux soins à proximité du domicile, il est important de reconnaître également les obstacles systématiques persistants au dépistage et d'y répondre. Une collaboration étroite avec les communautés tout au long de la planification peut permettre de mieux comprendre leurs besoins et d'améliorer la confiance dans le système de santé. En veillant à ce que les stratégies visant à améliorer l'accès aux soins s'alignent sur les besoins, les priorités et les infrastructures des communautés, on améliorera l'accès au dépistage et son utilisation. Pour plus de détails, voir la section [Intégration de l'équité pour créer des services et des programmes de dépistage résilients](#).

5.1 Autoprélèvement pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal afin d'assurer un accès continu au dépistage du cancer et de réduire les interactions en personne avec les fournisseurs de soins de santé tout au long des vagues successives de COVID-19.

Recommandation n° 1 : 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 voyage liées à la COVID-19.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Les directives canadiennes et internationales soutiennent l'autoprélèvement d'échantillons à domicile pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les territoires de compétence sont invités à envisager de passer au test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire pour permettre l'autoprélèvement^{17,39,45,46}.
- Les directives de l'OMS soulignent que des infrastructures et des capacités appropriées sont nécessaires pour l'autoprélèvement d'échantillons en vue du dépistage du cancer du col de l'utérus (test de détection du VPH)¹⁷.
- La mise en œuvre de l'autoprélèvement contribuera à l'adoption du test de détection du VPH comme outil primaire de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Recommandation n° 2 : Mettre en œuvre ou poursuivre l'envoi par courrier de trousse de tests fécaux pour le dépistage du cancer colorectal.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Le dépistage à domicile avec le TFi est la méthode de dépistage privilégiée du cancer colorectal, et l'envoi de trousse pour le TFi par courrier est efficace et a un bon taux d'acceptation parmi les participants^{47,48}.
- Il est important de tirer parti de la dynamique existante pour faire progresser l'envoi par courrier de trousse de tests fécaux, tout en reconnaissant que l'envoi des tests est soumis à des conditions :
 - Disponibilité d'un registre comprenant les adresses et l'historique de dépistage^{48,49,50}
 - Accès rapide à la coloscopie^{48,49,50}

- Moyens efficaces pour coordonner le suivi des personnes dont le résultat du test est positif
- Examen des délais d'attente entre l'obtention des résultats anormaux et la coloscopie^{48,49,50}
- Nécessité de classer les cas par ordre de priorité en raison de la capacité réduite de l'unité d'endoscopie due à l'éloignement physique, aux délais de rotation et à la quantité insuffisante d'EPI^{48,49,50}

5.2 Reprise du dépistage mobile du cancer là où il est couramment utilisé en tant que site de dépistage pour offrir des soins dans la communauté.

Recommandation n° 2 : Continuer à programmer 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.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Les personnes en bonne santé peuvent avoir peur ou être réticentes à se déplacer depuis leur communauté pour se présenter à des rendez-vous d'imagerie. Les données indiquent qu'avec des mesures appropriées, le dépistage dans la communauté reste un moyen sûr et fiable de maintenir un dépistage régulier du cancer du sein pendant la pandémie^{51,52}.
- Les unités mobiles de dépistage (UMD) doivent être modifiées pour assurer la mise en œuvre des mesures de sécurité liées à la COVID-19 (p. ex., des systèmes de ventilation adéquats dans l'autobus)^{53,54,35}.
- Tenir compte de l'état de la pandémie à la fois dans la région de provenance de l'UMD et dans celle où elle se rend; lors de la réservation de l'UMD, inclure des questions

pour comprendre la situation concernant la COVID-19 dans la communauté avant le déplacement.

- Envisager des mesures pour maintenir le personnel de l'UMD en bonne santé (p. ex., un logement approprié avec cuisine pour préparer les repas, un mode de transport si nécessaire pour rejoindre l'UMD en déplacement).

6. Soutien aux fournisseurs de soins de santé

Munir les fournisseurs de soins primaires de ressources et d'outils, afin de soutenir l'engagement des patients et la poursuite des efforts de dépistage lors des vagues ultérieures de la pandémie.

Recommandation 1 : Collaborer et communiquer avec les fournisseurs de soins primaires relativement au dépistage du cancer de manière continue pendant la pandémie de COVID-19.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Soutenir les fournisseurs de soins primaires dans l'utilisation appropriée des ressources et des infrastructures par une éducation sur les pratiques de dépistage recommandées⁵⁵.
 - Par exemple, la formation des professionnels de la santé sur les réalités communautaires et la sécurité culturelle est intégrée au système^{8,9,10}.
- Aider les fournisseurs de soins primaires à adopter des pratiques de dépistage de grande valeur, à abandonner les pratiques de faible valeur, à réduire les inégalités et à accroître la sensibilisation à l'incidence de la COVID-19 sur la population et la culture⁵⁶.
- Inclure les fournisseurs de soins primaires dans les communications avec les participants au dépistage afin de s'assurer qu'ils restent au fait des progrès des personnes dans le cadre des examens de dépistage et de suivi^{55,56}.

- Les directives de l'Ontario mettent l'accent sur les exigences de coordination entre les fournisseurs de soins (p. ex., soins primaires, coloscopistes, endoscopistes et centres de dépistage) pour faciliter l'aiguillage des participants⁵⁷.
- Fournir une formation précise pour communiquer l'importance du dépistage du cancer pendant la pandémie et agir sur les facteurs qui contribuent aux obstacles au dépistage (p. ex., les préoccupations concernant l'exposition à la COVID-19, les limitations concernant les voyages, les files d'attente).
- L'utilisation de mécanismes virtuels pour la prestation de soins peut renforcer la santé au travail des fournisseurs de soins de santé⁴⁰.

7. Soutien aux communautés

Fournir un soutien pratique et des communications continues aux personnes recevant des soins, afin de répondre aux besoins individuels en matière de dépistage du cancer pendant et après la pandémie.

Recommandation n° 1 : 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.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Cerner les facteurs entravant et facilitant la mise en œuvre du plan^{58,59}.
 - Là où il existe des obstacles, les partenaires et les intervenants travaillent en collaboration pour en déterminer les causes et rechercher des solutions^{54,35}. Par exemple, les enseignements tirés des expériences antérieures des participants au dépistage et de leur

famille et des risques futurs qu'ils voient pour leur sécurité peuvent aider à dissiper la peur du public et à définir les moyens de le rassurer sur les précautions prises pour assurer sa sécurité lorsqu'il se rend dans des établissements de soins de santé, y compris les soins primaires et les laboratoires⁶⁰.

- Documenter et communiquer le plan^{58,59}.
 - Réviser le plan de manière proactive et le mettre à jour de façon continue^{58,59}.
- Veiller à ce que le plan soit facilement accessible au personnel, aux partenaires et aux intervenants^{58,59}.
- Les représentants des patients et des familles indiquent que les plans doivent tenir compte des besoins psychosociaux (p. ex., le soutien de la famille/des aidants lors des rendez-vous) et pratiques (p. ex., le transport vers les centres de dépistage) pour permettre la participation au dépistage.

Recommandation n° 2 : Sensibiliser davantage les communautés à l'importance du dépistage du cancer.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Concevoir des séances et du matériel éducatif avec les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis et leur fournir ces ressources, en fonction de priorités précises pour s'assurer que les résultats sont significatifs et pertinents.
- Les représentants des patients et des familles indiquent qu'il faut créer une stratégie de communication à propos des services de dépistage au public.
 - Il est important de veiller à ce que les résultats du dépistage soient communiqués aux patients, car ils ont désormais moins d'interactions avec le système de santé et peuvent passer entre ses mailles.

- Les représentants des patients et des familles soulignent l'importance de fournir l'assurance que les personnes recevront des soins si elles obtiennent un résultat anormal, tout en étant réalistes quant aux retards prévus.
 - Créer des messages clés sur la sécurité et l'importance du dépistage en utilisant un langage simple^{58,59}.
 - Communiquer des renseignements sur les arriérés et faire savoir que les recommandations peuvent changer au fil du temps en fonction de la situation actuelle^{58,59}.
 - Expliquer les risques dans le contexte des risques concurrents (p. ex., les risques associés à l'absence de dépistage du cancer, par opposition au risque de contracter la COVID-19)^{58,59}.
- Les messages sur ce que l'on peut attendre du dépistage doivent être formulés en termes concrets qui communiquent de manière honnête et transparente le plan pour la personne et le rôle que le participant joue dans ses soins⁶.
- Utiliser des supports visuels tels que des affiches et des rappels pour faciliter la communication avec le public⁵⁹.
- Des activités de sensibilisation sont planifiées et mises en œuvre⁵⁹.

Recommandation n° 3 : 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.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Soutenir et inciter les participants au dépistage et les familles à prendre des décisions éclairées concernant leur santé^{58,59}.
 - En permettant aux participants au dépistage de contribuer en connaissance de cause aux décisions

relatives aux soins et aux traitements, on peut garantir que les services de santé sont fournis de manière holistique, digne et respectueuse^{8,9,10}.

- Veiller à ce que les participants au dépistage disposent des renseignements dont ils ont besoin pour contribuer à la prise de décisions^{6,58,59}.
 - Établir des pratiques pour soutenir les communications aux participants qui sont claires et aident à gérer les attentes concernant les principales préoccupations potentielles telles que les retards dans l'accès aux services et l'incidence des retards ou de l'accès réduit au dépistage sur les résultats.
 - Préciser que les résultats des tests de dépistage et les renseignements recueillis sont la propriété du participant au dépistage⁷.
- Fournir du matériel (p. ex., documents d'information à remettre aux patients, ressources en ligne, etc.) rédigé dans un langage simple et dans la langue de choix du participant au dépistage, en tenant compte en particulier des variations en matière de littératie en santé^{6,58,59}.
- Engager les participants au dépistage dans leurs propres soins – faire participer les participants et les familles à la planification et à l'amélioration de leurs soins de santé^{6,58,59}.
- Les représentants des patients et des familles indiquent que des mécanismes sont nécessaires pour permettre aux familles/aidants d'accompagner les participants au dépistage à leurs rendez-vous.
 - Lorsqu'il n'est pas possible pour les familles/aidants d'accompagner les participants au dépistage, il convient d'explorer les possibilités de créer des mécanismes virtuels qui permettraient aux patients de bénéficier du soutien de leur famille/de leurs aidants.

Recommandation n° 4 : Créer une culture où le retour d'information des participants au dépistage, des familles, du public est recherché chaque jour.

Principales données probantes et considérations relatives à la mise en œuvre

- Veiller à la mise en place de structures pour soutenir le dialogue et la conversation de manière quotidienne avec les participants et les familles au sujet des soins (p. ex., les comités sur la sécurité)^{58,59}.
 - Normaliser et encourager les participants et les familles à s'exprimer et à faire part de leurs préoccupations (p. ex., encourager les participants au dépistage à exprimer leurs préoccupations en matière d'anxiété et de santé mentale et leur offrir des soins de soutien et des conseils pour répondre à leurs préoccupations)^{4,47,48}.
 - Adopter une approche collaborative pour étudier les préoccupations soulevées et y donner suite^{58,59}.
- Concevoir des politiques et des procédures sur les lieux d'intervention en collaboration avec les participants et les familles (p. ex., politique sur la présence de la famille, transfert des patients, etc.)^{58,59}.
- Mobiliser les participants au dépistage et les familles à un niveau organisationnel (concevoir des services de concert avec le patient, la communauté et les partenaires publics, établir des conseils consultatifs pour le patient, la communauté et le public, etc.)^{58,59}.
- En mettant en ligne l'imagerie, les résultats de laboratoire et les notes cliniques, les participants au dépistage peuvent être en mesure de mieux comprendre leur plan de traitement, d'obtenir des précisions auprès de leur équipe de soins si nécessaire et de cerner les erreurs éventuelles dans leur dossier médical^{58,59}.

Conclusion

Les efforts déployés pour soutenir la résilience du dépistage permettront de fournir des services de dépistage aux populations admissibles dans tout le Canada. Une attention particulière devrait être accordée à la garantie d'un accès équitable au dépistage pour les communautés mal desservies, ce qui nécessitera une collaboration avec les gouvernements et les organisations qui représentent les communautés mal desservies afin d'atteindre les objectifs visant à faire progresser l'équité et la compétence culturelle au sein des services de dépistage :

- Les stratégies de soutien à la résilience du dépistage peuvent soutenir la mise à disposition de services de dépistage pendant la pandémie de COVID-19, mais elles devraient également s'efforcer de faire progresser les activités qui répondent aux besoins, réduisent les obstacles et améliorent l'accès pour les populations mal desservies.
 - Engager les communautés à comprendre les facteurs qui entravent et facilitent l'accès à la santé, à l'éducation et au soutien social et veiller à ce que ces services restent disponibles pour ceux qui en dépendent, tant pendant qu'après la pandémie⁶.
- L'élaboration de cadres de priorisation fondés sur des données probantes devrait envisager des moyens de répondre à des besoins concurrents de manière équitable.
- Les modifications apportées aux filières de dépistage devraient garantir que les besoins des populations mal desservies – y compris les personnes à faible revenu et celles qui vivent dans des communautés rurales et isolées – sont pris en compte pendant et après la pandémie.

Besoin d'une plus grande quantité de données de meilleure qualité :

- Des efforts pour améliorer la disponibilité, l'analyse et la diffusion de données propres aux peuples et déterminées par ceux-ci sont nécessaires pour mieux comprendre les parcours de dépistage des Premières Nations, des Inuits et des Métis pendant la pandémie.
- Les efforts déployés pour recueillir, relier et ventiler les données (p. ex., celles relatives aux facteurs sociodémographiques, notamment la géographie, le revenu, l'éducation, l'origine raciale ou ethnique, le sexe et le genre, l'orientation sexuelle, etc.) peuvent permettre de mieux comprendre les inégalités et de faciliter la mise en œuvre d'une intervention ciblée pour atteindre les personnes qui en ont le plus besoin⁶.
- Une étude plus approfondie des répercussions de la première vague de COVID-19 sur la prestation et l'utilisation des services de dépistage est nécessaire pour fournir des renseignements supplémentaires afin d'éclairer les futures activités de planification pour permettre la résilience du dépistage lors des futures vagues de cette pandémie, ou de futures pandémies⁶.

Le présent document d'orientation tient compte des meilleures données probantes et recommandations d'experts disponibles pour la prestation de services de dépistage et l'établissement de priorités en vue d'accroître la résilience des services de dépistage lors de flambées épidémiques anticipées ou de perturbations de services liées à la pandémie. Il sera révisé et mis à jour pour tenir compte des nouvelles données probantes à mesure qu'elles seront disponibles.

RÉFÉRENCES

¹Union internationale contre le cancer. (2020). *Statements by non-State actors in official relations with WHO at the WHO governing bodies meetings*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://extranet.who.int/nonstateactorsstatements/content/union-international-cancer-control-36>.

²Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *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, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/cancer-screening-covid-19/>.

³Duffy, S. W., Myles, J. P., Maroni, R. et Mohammad, A. (2017). Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services. *J Med Screen*, 24(3), 127-145.

⁴Hutchinson, et coll. (2019). Closing the gaps in cancer screening with First Nations, Inuit, and Metis populations: A narrative literature review. *J Indig Wellbeing*, 3(1).

⁵Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. Toronto. Disponible à l'adresse : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/06/Canadian-Strategy-Cancer-Control-2019-2029-FR.pdf>.

⁶Gouvernement du Canada. (2020). *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*. Ottawa, Montréal et Toronto. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>.

⁷Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2020). *Conseils sur la sécurité culturelle pour les cliniciens pendant la pandémie de COVID-19*. Ottawa. Disponible à l'adresse : <https://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health/cultural-care-covid-19-f>.

⁸Gouvernement du Canada. (2019). *Donner suite aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation*. Disponible à l'adresse : <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1524499024614/1557512659251>.

⁹Beben, N. et Muirhead, A. (2016). Improving cancer control in First Nations, Inuit, and Métis communities in Canada. *Eur. J. Cancer Care*, 25, 219-221.

¹⁰Huot, S., et coll. (2019). Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *Int. J. Circumpolar Health*, 78(1), 1571385.

¹¹Richardson, K., Driedger, M., Pizzi, N., Wu, J. et Moghadas, S. (2012). Indigenous populations health protection: a Canadian perspective. *BMC Public Health*, 12(1098).

¹²Santé Ontario (Action Cancer Ontario). (2020). *COVID-19 tip sheet for facilities performing gastrointestinal (GI) endoscopy* (version révisée). Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cpd.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-Tip-Sheet-09-%E2%80%93-Guidance-for-Increasing-GI-Endoscopy-Services-%E2%80%93-2020-05-29.pdf>.

¹³Santé Ontario (Action Cancer Ontario). (2020). *COVID-19 cancer screening tip sheet for primary care providers: guidance for primary care providers resuming breast, cervical and colorectal cancer screening*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.afhto.ca/sites/default/files/2020-07/COVID-19%20Tip%20Sheet%20%2315-%20Guidance%20for%20Primary%20Care%20Providers%20Resuming%20Cancer%20Screening.pdf>.

¹⁴Santé Ontario (Action Cancer Ontario). (2020). *COVID-19 cancer screening tip sheet for screening and assessment services in the Ontario best screening program: guidance for OBSP Screening and Assessment Services*.

¹⁵College of Physicians and Surgeons of Alberta. (2020). COVID-19: advice to facilities – resumption of services – diagnostic imaging facilities (version 2 révisée). Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.cpsa.ca/wp-content/uploads/2020/06/CPSA-DI-Advice-to-Facilities-Resumption-of-Services-REVISED-v2-1.pdf>

¹⁶Santé Ontario (Action Cancer Ontario). (2020). *Cancer screening COVID-19 regional monitoring and planning tools*.

¹⁷Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19*. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334358/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-fre.pdf.

¹⁸Loveday, C., et coll. (2020). Prioritisation by FIT to mitigate the impact of delays in the 2-week wait colorectal cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic: a UK modelling study. *Gut*, 0, 1-8.

¹⁹Blanco, G. D., et coll. (2020). The impact of COVID-19 pandemic in the colorectal cancer prevention. *Int J Colorectal Dis.*, 4, 1-4.

- ²⁰Limburgh, P. J. (2020). As screening declines amid COVID-19, at-home stool DNA test for CRC gets high adherence in Medicare population. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://cancerletter.com/articles/20200612_9/.
- ²¹Menard, C., et coll. (2020). *COVID-19: Framework for the resumption of endoscopic activities from the Canadian Association of Gastroenterology*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-COVID-Endo-Resumption-Final-4-28-20.pdf>.
- ²²Santé Ontario (Action Cancer Ontario). (2020). *Estimating the backlog and recovery of screening services in Ontario*.
- ²³BC Cancer. (2020). *COVID-19 and cancer screening*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.bccancer.bc.ca/screening/health-professionals/covid-19-and-cancer-screening#Colon>.
- ²⁴Mema, S. C., et coll. (2017). Enhancing access to cervical and colorectal cancer screening for women in rural and remote northern Alberta: a pilot study. *CMAJ Open*, 5(4), E740-E745.
- ²⁵Santé Ontario (Action Cancer Ontario). (2020). *COVID-19 cancer screening tip sheet for facilities performing colposcopy: guidance for increasing colposcopy services*.
- ²⁶Urbach, D. R. et Martin, D. (2020). Confronting the COVID-19 surgery crisis: time for transformational change. *CMAJ*, 192(21), E585-E586.
- ²⁷Kavanagh, J., et coll. (2018). Importance of long-term low-dose CT follow-up after negative findings at previous lung cancer screening. *Radiology*, 289, 218-224.
- ²⁸Aggarwal, R., et coll. (2019). Outcomes of long-term interval rescreening with low-dose computed tomography for lung cancer in different risk cohorts. *J Thorac Oncol*, 14, 1003-1011.
- ²⁹Institut canadien pour la sécurité des patients. (2020). *Le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé* [version provisoire pour consultation].
- ³⁰Gralnek, I. M., et coll. (2020). ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. *Endoscopy*, 52.
- ³¹Rees, C., et coll. (2020). Restarting gastrointestinal endoscopy in the deceleration and early recovery phases of COVID-19 pandemic: Guidance from the British Society of Gastroenterology. *Clinical Medicine*, 20(4), 352-358.

³²Dana-Farber Cancer Institute. (2020). *Should I get screened for cancer during COVID-19?* Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://blog.dana-farber.org/insight/2020/06/should-i-get-screened-for-cancer-during-covid-19/>.

³³Saulet, D. (2020). The 'new normal': 7 questions program leaders are asking about care amid Covid-19. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.advisory.com/research/oncology-roundtable/oncology-rounds/2020/05/cancer-program-leaders-top-questions>.

³⁴McCabe, J. et Vellani, K. (2020). Helping your patient navigate their cancer care during COVID-19: A guide for primary care providers. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cfp.ca/news/2020/07/14/07-14-1>.

³⁵Vahabi, M., Lofters, A., Kumar, M. et Glazier, R. H. (2016). Breast cancer screening disparities among immigrant women by world region of origin: a population-based study in Ontario, Canada. *Cancer Med*, 5(7), 1670-1686.

³⁶Université McMaster. (2020). *COVID-19 Rapid Evidence Profile #7: What are the international lessons learned from reopening non-COVID-19 activities in hospitals?* McMaster Health Forum. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/covidend/rapid-evidence-profiles/covid-19-rep-7_hospital-reopening.pdf?sfvrsn=38457d5_2.

³⁷Kirigia, C. (2020). Cervical cancer screening during the COVID-19 crisis: Africa view point. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://ecancer.org/en/news/17765-cervical-cancer-screening-during-the-covid-19-crisis-africa-view-point>.

³⁸ACG News Team. (2020). *COVID-19 clinical insights for our community of gastroenterologists and gastroenterology care providers*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://gi.org/2020/03/15/joint-gi-society-message-on-covid-19/>.

³⁹Feldman, S. et Haas, J. S. (2020). How the coronavirus disease-2019 may improve care: rethinking cervical cancer prevention. *JNCI J Natl Cancer Inst.*, 113(6), djaa089.

⁴⁰Tebeje, T. S. et Klein, J. (2020). Applications of e-Health to support person-centred health care at the time of COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*.

⁴¹Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. (2014). *Telemedicine*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Telemedicine>.

⁴²Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.

⁴³Association canadienne de protection médicale. (2016). *Les communications électroniques et les renseignements personnels*. Disponible à l'adresse : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2013/using-electronic-communications-protecting-privacy>.

- ⁴⁴Association médicale canadienne. (2020). *Soins virtuels : recommandations pour la création d'un cadre pancanadien*. Disponible à l'adresse : <https://www.cma.ca/fr/soins-virtuels-recommandations-pour-la-creation-dun-cadre-pancanadien>.
- ⁴⁵Cohen, M. A., et coll. (2020). Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 223(3), 372-378.
- ⁴⁶Public Health Scotland. (2020). *Cervical screening: Resuming cancer screening*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.healthscotland.scot/health-topics/screening/cervical-screening>.
- ⁴⁷Limburgh, P. J. (2020). As screening declines amid COVID-19, at-home stool DNA test for CRC gets high adherence in Medicare population. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://cancerletter.com/articles/20200612_9/.
- ⁴⁸Somsouk, M., et coll. (2020). Effectiveness and cost of organized outreach for colorectal cancer screening: a randomized, controlled trial. *J. Natl. Cancer Inst.*, 112(3), 305-313.
- ⁴⁹Issaka, R. B. et Somsouk, M. (2020). Colorectal cancer screening and prevention in the COVID-19 era. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2766137>.
- ⁵⁰Bryant, H. E., Fekete, S. V. et Major, D. H. (2011). Pan-Canadian initiatives in colorectal cancer screening: adopting knowledge translation tools to accelerate uptake and impact. *Curr Oncol.*, 18(3), 111-118.
- ⁵¹Association canadienne des radiologistes. (2020). COVID-19: Safe guidelines for breast imaging during the pandemic. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://car.ca/wp-content/uploads/2020/05/COVID19_Safe_BI_Guidelines_May12_2020_FINAL.pdf.
- ⁵²Tsai, H. Y., et coll. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on breast cancer screening in Taiwan. *Breast*. 54, 52-55.
- ⁵³Greenwald, Z. R., et coll. (2017). Mobile screening units for the early detection of cancer: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(12), 1679-1694.
- ⁵⁴Kerner, J., et coll. (2015). Canadian cancer screening disparities: a recent historical perspective. *Curr Oncol.*, 22(2), 156-163.
- ⁵⁵Chaput, G. et Sussman, J. (2019). Integrating primary care providers through the seasons of survivorship. *Curr Oncol.*, 26(1), 48-54.
- ⁵⁶Société canadienne de psychologie. (2020). *"Psychology Works" Fact Sheet: Why does culture matter to COVID-19?* Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/FS_CultureAndCOVID-19.pdf.

⁵⁷Santé Ontario (Action Cancer Ontario). (2020). *Screening resources for healthcare providers*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/cancer-continuum/screening/resources-healthcare-providers>.

⁵⁸Institut canadien pour la sécurité des patients. (2020). *Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité*. Disponible à l'adresse : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patient-engagement-in-patient-safety-guide/pages/default.aspx>.

⁵⁹Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2020). Plateforme de ressources sur la participation du patient. Disponible à l'adresse : <https://www.fcass-cfhi.ca/innovations-tools-resources/patient-engagement-resource-hub>.

⁶⁰Vincent, C., Burnett, S. et Carthey, J. (2013). *The measurement and monitoring of safety*. Londres. Disponible à l'adresse : https://www.health.org.uk/sites/default/files/TheMeasurementAndMonitoringOfSafety_fullversion.pdf.