

**RÉFLEXIONS SOUTENANT LE PLAN DE REPRISE
DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS
LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19**

Juin 2020

Dernière mise à jour : 18 juin 2020

Document déposé pour adoption au :

Comité directeur clinique COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Rédaction :

Caouette, Émilie : conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), MSSS

Chinas, Mireille : conseillère, PQC, MSSS

Désy, Michel : conseiller, Comité d'éthique en santé publique, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Gouveia, Sophie : conseillère, PQC, MSSS

Leclerc, Bruno : président du Comité d'éthique en santé publique, INSPQ

Lorange, Michel : éthicien, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSS de Laval)

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

Révision :

Beauregard, Mariejka : médecin-conseil, Direction générale de santé publique (DGSP), MSSS

Bouthillier, Marie-Ève : éthicienne, CISSS de Laval

Chiquette, Jocelyne : omnipraticienne, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

David, Julie : radiologiste, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et clinique Léger et Associés

Dubuisson, Wilhelm : conseiller, DGSP, MSSS

Latreille, Jean : directeur national, PQC, MSSS

Olivier, Catherine : professionnelle éthicienne, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Comité de dépistage et d'investigation du cancer du sein :

Belleville, Martin : radiologiste, représentant de l'Association des radiologistes du Québec

Gagnon, Martin Benoît : ingénieur, Direction du génie biomédical, de la logistique et de l'approvisionnement, MSSS

Chiquette, Jocelyne : omnipraticienne, CHU de Québec – UL

Dubuisson, Wilhelm : conseiller, DGSP, MSSS

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Gouveia, Sophie : conseillère, PQC, MSSS

Ouimet, Guylaine : technologue-conseil pour le MSSS

Ratelle, Mélanie : présidente de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ)

Samson, Caroline : radiologue, médecin-conseil pour le MSSS, présidente du comité

Théberge, Isabelle : équipe d'évaluation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), INSPQ

Thériault, Marie-Claude : radiologue, Hôpital de Maria, CISSS de la Gaspésie

Tondreau, Geneviève : omnipraticienne, médecin-conseil du PQDCS pour la région de Montréal

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

Sélection, extraction et synthèse de la littérature :

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Olivier, Catherine : professionnelle scientifique en méthodologie – volet éthique, INESSS

Coordination :

Bouthillier, Marie-Ève : éthicienne, CISSS de Laval

Chinas, Mireille : conseillère, PQC, MSSS

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Gouveia, Sophie : conseillère, PQC, MSSS

Lorange, Michel : éthicien, CISSS de Laval

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

Révision linguistique et mise en page :

Dumontier, Nathalie : agente de secrétariat, PQC, MSSS

Robichaud, Annabelle : agente de secrétariat, PQC, MSSS

Table des matières

Sommaire exécutif.....	1
1. Introduction.....	2
2. Objectifs du plan de reprise	3
3. Méthodologie	3
4. Effets de la pandémie et enjeux à considérer pour reprendre le dépistage du cancer du sein	3
4.1 Impact sur le volume de mammographies et de cancers à dépister	4
4.2 Impact sur les participantes	4
4.3 Impact sur l'organisation des ressources dans le réseau de la santé québécois.....	6
4.4 Impact sur les CDD LIM	6
4.5 Impact sur l'investigation en CH	8
4.6 Impact sur l'accès au traitement par chirurgie	8
4.7 Enjeux de communication.....	8
5. Plan de reprise du PQDCS.....	9
5.1 Contexte du plan de reprise.....	9
5.2 Préalable à l'application du plan : reprise de l'imagerie mammaire en temps de pandémie de la COVID-19	10
5.3 Principes directeurs éthiques du plan de reprise.....	10
5.4 Reprise du dépistage du cancer du sein.....	12
5.4.1 Prioriser les mammographies de dépistage en fonction du risque	12
5.4.2 Adapter le plan au contexte de chaque région	13
5.4.3 Adapter l'approche selon la condition de chaque femme	14
6. Conclusion	15
7. Références.....	16

Sommaire exécutif

La pandémie de la COVID-19 est une situation exceptionnelle qui a entraîné le ralentissement des activités cliniques électives et l'arrêt des programmes de dépistage partout dans le monde.

Le PQDCS et les activités de dépistage opportunistes ont été suspendus le 17 mars 2020. Ce document expose le plan de reprise du dépistage du cancer du sein au Québec en présentant les enjeux et en soulignant son contexte, ses objectifs, ses principes directeurs et ses conditions.

La reprise se déroulera selon un plan régional établi et entériné par l'établissement et le MSSS.

Elle se fera en trois étapes :

- ✓ Étape 1 : redémarrage du dépistage du cancer du sein
 - Mise en place des conditions essentielles à la reprise du dépistage;
 - Organisation régionale et reprise des dépistages pour lesquels une lettre d'ordonnance a été émise et qui ont été reportés depuis le début de la pandémie;
 - Reprise graduelle de l'envoi des lettres de recrutement du PQDCS.
- ✓ Étape 2 : poursuite graduelle des activités de dépistage du cancer du sein
 - Poursuite de l'envoi des lettres de recrutement du PQDCS;
 - Les différents groupes de participantes seront invités selon la capacité de la région à donner accès aux examens de dépistage.
- ✓ Étape 3 : reprise complète des activités de dépistage
 - Toutes les activités régulières du PQDCS sont en œuvre;
 - Envoi de lettres de recrutement sans restriction avec rattrapage complet du retard.

Les priorités entourant la reprise tiennent compte du risque de développer un cancer du sein, des ressources limitées en contexte de pandémie et de la balance entre les avantages et les inconvénients du dépistage. Ainsi, la collaboration des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sera importante pour :

- ✓ Favoriser la prise de décision éclairée sur le dépistage actualisée en fonction de la situation;
- ✓ Prescrire une mammographie aux femmes ayant un risque accru de cancer du sein n'ayant pas reçu de lettre d'invitation;
- ✓ Favoriser le report du dépistage pour les femmes à risque de complications liées à la COVID-19.

Le plan de reprise doit donc être adapté à la réalité régionale et à la condition de chaque femme. Le maintien d'une communication fluide entre les autorités et la population est nécessaire pour réduire les impacts négatifs de la pandémie sur le PQDCS. La transparence, l'empathie et l'actualisation des autres valeurs éthiques présentes dans ce document constituent des éléments clés dans la réussite de la reprise du dépistage du cancer du sein.

1. Introduction

Au Québec, les femmes âgées de 50 à 69 ans à risque moyen de développer un cancer du sein peuvent bénéficier du PQDCS. Implanté au Québec depuis 1998, son objectif est de diminuer la mortalité causée par le cancer du sein. Chez les femmes invitées à participer, une réduction de 25 % de la mortalité est attendue¹. L'âge et le sexe constituent les principaux facteurs de risque retenus pour établir l'admissibilité au PQDCS. Les femmes de 50 à 69 ans admissibles sont invitées par lettre tous les deux ans à passer une mammographie de dépistage. Lorsque la mammographie de dépistage est anormale, des examens complémentaires sont recommandés jusqu'à ce qu'une conclusion diagnostique soit établie.

Pour les femmes de moins de 50 ans et de 70 ans et plus, l'accès au dépistage se fait par le biais d'une ordonnance médicale. Bien qu'elles reçoivent une lettre d'invitation au PQDCS, les femmes de 50 à 69 ans ayant un risque plus élevé de cancer du sein peuvent aussi utiliser une ordonnance médicale, comme celles qui ont eu une lésion à risque de cancer du sein, qui ont une histoire familiale importante ou une mutation génétique à haut risque connue comme BRCA (Breast Cancer Gene). Elles bénéficient tout de même de certains services offerts par le PQDCS, comme la réception de leur lettre de résultat. Les femmes ayant déjà eu un cancer du sein ou un carcinome in situ sont exclues du PQDCS.

Lorsque la mammographie de dépistage est anormale, des examens complémentaires sont nécessaires. Ces examens sont réalisés dans les centres de dépistage désignés (CDD) privés (Laboratoire d'imagerie médicale (LIM)) ou publics, et dans les centres de référence pour investigation désignés (CRID). On compte 50 LIM CDD en région urbaine. Dans les régions les plus peuplées, les examens de dépistage se font exclusivement en LIM (Annexe B). Ainsi, 70 % des mammographies de dépistage du PQDCS sont effectuées en LIM. Plusieurs examens d'investigation (à l'exception de la biopsie) y sont également effectués. Les biopsies sont généralement faites dans les centres hospitaliers (CH), tout comme les chirurgies.

En raison de la pandémie de la COVID-19, à l'instar de plusieurs pays et provinces du Canada, le dépistage du cancer du sein a été suspendu le 17 mars 2020 au Québec. En effet, les mammographies de dépistage ne sont plus offertes depuis cette date et aucune lettre de recrutement n'a été transmise (les lettres de résultats de mammographies de dépistage effectuées avant le 17 mars 2020 ont été acheminées). En date du 12 mai 2020, il y avait 112 000 lettres de recrutement du PQDCS en attente d'envoi. Ce volume de lettres accumulées, si envoyées dès la reprise du dépistage, pourrait créer des délais d'accès excessifs tout au long de la trajectoire du dépistage et de l'investigation du cancer du sein.

Le PQDCS permet d'identifier approximativement 50 cancers par semaine. Même si habituellement, le cancer du sein a une progression lente, la suspension du dépistage pourrait avoir réduit le nombre de personnes diagnostiquées à un stade précoce. Une comparaison du pourcentage de chaque stade observé au diagnostic sera faite avec les données des dernières années. À la fin juin 2020, la suspension des onze dernières semaines pourrait avoir empêché la détection de plus de 560 cancers du sein au Québec.

Dans le contexte de la planification de la reprise du dépistage du cancer du sein, plusieurs éléments doivent être considérés dans la balance des avantages et des inconvénients par les femmes pour faire leur choix de passer une mammographie de dépistage : le risque de contracter la COVID-19 en CDD et en CRID, l'anxiété liée aux possibles complications de la COVID-19 et au cancer du sein ainsi que les délais d'attente pour l'investigation et le traitement à la suite d'une mammographie anormale. Le plan de reprise du dépistage du cancer du sein devra maintenir l'objectif de réduction de la mortalité par cancer du sein, tout en tenant compte de la nouvelle réalité amenée par la pandémie de la COVID-19.

¹. Cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1998, page 10.

2. Objectifs du plan de reprise

Le présent document vise à définir le plan de reprise du dépistage du cancer du sein. Pour ce faire, il importe de déterminer les composantes suivantes :

- 1) Les étapes du plan de reprise;
- 2) Les conditions de reprise des activités de dépistage du cancer du sein et les principes soutenant ces choix;
- 3) La pertinence d'établir une priorisation d'accès au dépistage par groupes de femmes. Dans l'affirmatif, définir les groupes et le séquençage d'accès.

3. Méthodologie

Revue de littérature

Une revue de la littérature scientifique et grise a été effectuée afin de soutenir la réalisation des travaux menant à l'élaboration du plan de reprise.

Repérage des publications

Un repérage de la littérature a été effectué majoritairement les 7 et 8 mai 2020 en ciblant les publications de langue française ou de langue anglaise publiées en 2009 ou après. Les bases de données MEDLINE et EMBASE ont été consultées, ainsi que Google Scholar, en utilisant des mots clés incluant notamment : covid, coronavirus, pandemic, déconfinement, dépistage cancer, cancer screening, breast cancer, reopening et ethics.

Sélection des publications, extraction des données et synthèse

Cette recension a permis d'identifier 343 articles scientifiques, et la lecture des titres et des résumés a mené à la sélection de dix articles ou lignes directrices d'associations médicales ou de ministères. Ces derniers ont guidé l'élaboration du plan de reprise (chapitre 5). La liste des articles et des documents retenus est présentée à l'annexe A. L'extraction et la synthèse de l'information de ceux-ci ont été effectuées par une professionnelle scientifique en méthodologie. De plus, les données concernant le PQDCS ont été extraites du système d'information du PQDCS.

Élaboration du plan de reprise

Un comité d'experts a été formé à la demande du MSSS, et ce, afin de proposer une stratégie de reprise du PQDCS dans le contexte de la pandémie actuelle, et celui-ci s'est rencontré à quatre reprises. La revue de littérature a servi de base aux discussions, et les concepts constituant le plan de reprise ont été dégagés par consensus.

4. Effets de la pandémie et enjeux à considérer pour reprendre le dépistage du cancer du sein

Depuis le début de la pandémie au Québec, à la mi-mars 2020, les activités de dépistage du cancer du sein ont été suspendues. Outre les personnes âgées, d'autres groupes sont plus susceptibles d'avoir une morbidité et une mortalité accrue : celles qui ont une maladie chronique comme une maladie cardiaque, de l'hypertension, du diabète, une maladie respiratoire chronique ou un cancer, en particulier si elles sont immunosupprimées, et celles qui sont vulnérables en raison de leurs conditions socio-économiques².

² Personnes atteintes de maladies chroniques ou avec un système immunitaire affaibli dans le contexte de la COVID-19, Québec.ca – site officiel du gouvernement du Québec, 26 mai 2020.

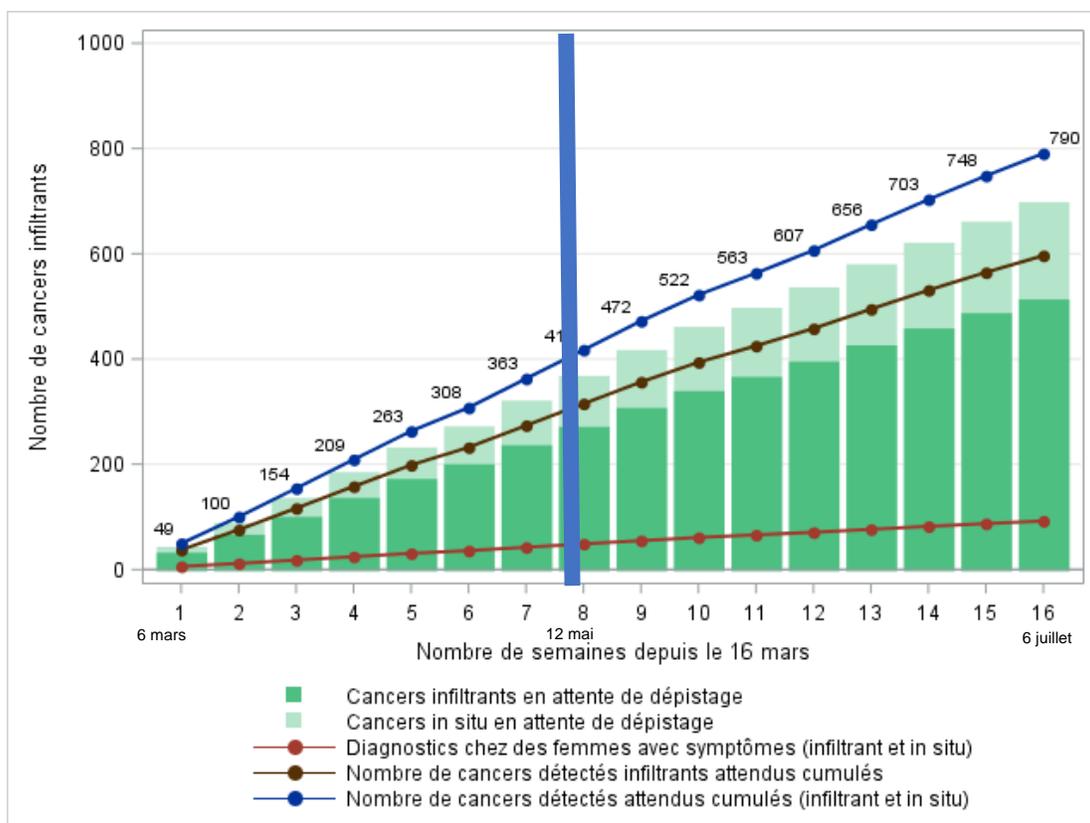
4.1 Impact sur le volume de mammographies et de cancers à dépister

En date du 12 mai 2020 (voir ligne bleue dans la figure 1), près de 112 000 lettres de recrutement du PQDCS étaient en suspens. En temps normal, environ 6 730 mammographies sont réalisées par semaine au Québec, dans le cadre du PQDCS seulement. On estime après huit semaines d'arrêt un retard accumulé d'environ 50 000 mammographies de dépistage à effectuer, en plus du volume régulier.

Environ 50 carcinomes mammaires sont découverts en moyenne chaque semaine dans le cadre du PQDCS, dont 80 % sont des cancers infiltrants. La figure 1 démontre une estimation du nombre de cas chez les femmes en attente de dépistage, cumulés depuis le début de la pandémie et attendus advenant un arrêt prolongé.

Figure 1

Détection de cancers du sein dans le cadre du PQDCS : nombre cumulatif attendu suivant les mammographies de dépistage qui auraient eu lieu par semaine du 16 mars au 6 juillet 2020



La ligne bleue représente l'état de situation en date du 12 mai en ce qui concerne la détection du cancer. C'est-à-dire qu'on estime que près de 450 cancers auraient été détectés si le dépistage avait été maintenu.

4.2 Impact sur les participantes

Certaines femmes retirent davantage de bénéfices à participer au dépistage du cancer du sein que d'autres. Dans le contexte actuel, les risques liés à la COVID-19 pourraient toutefois réduire les effets positifs pour certains groupes de femmes. C'est pourquoi le plan de reprise du dépistage doit notamment s'appuyer sur les caractéristiques des femmes pour établir des priorités d'accès au dépistage. En effet, les risques de cancer du sein ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes. Ainsi, le fait de retarder la

mammographie pourrait réduire la probabilité de détecter de façon précoce le cancer du sein chez les femmes à risque plus élevé.

Un des avantages attendus du dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans est de trouver les tumeurs à un stade moins avancé et, donc d'offrir aux participantes une meilleure possibilité de guérison³. En 2018, 21,8 % des carcinomes découverts étaient des carcinomes in situ. Les carcinomes infiltrants détectés sont généralement de petite taille (68,5 % ≤ 1,5 cm) et trois sur quatre sont sans atteinte ganglionnaire (données 2012)⁴. D'autre part, il est difficile de savoir quelle proportion de carcinomes in situ ou invasifs sont des cas de surdiagnostic ou encore des cas pour lesquels le devancement du diagnostic par le dépistage n'a pas amélioré le pronostic. Il est estimé que ce pourrait être le cas pour 10 femmes sur 1 000 qui participent pendant 20 ans.

L'objectif du PQDCS est de réduire la mortalité par cancer du sein. Chez les femmes invitées à participer, une réduction de 25 % est attendue. Le PQDCS évite sept décès sur 1 000 femmes qui participent tous les deux ans pendant 20 ans (voir tableau 1).

Tableau 1
Effet sur 20 ans du PQDCS chez les participantes et les non-participantes⁵

	1 000 participantes	1 000 non-participantes
Nombre d'examens complémentaires	453	297
Nombre de cancers découverts	77	54
Nombre de décès par cancer	13	20
Nombre de surdiagnostics	10	0

Les données provenant d'études observationnelles et de modélisation nous montrent qu'un dépistage triennal confère les mêmes bénéfices de réduction de mortalité qu'un biennal en minimisant les impacts négatifs, en particulier chez les femmes à risque moyen qui ont une faible densité mammaire (types A ou B)⁶. Parmi les participantes au PQDCS, il est possible que certaines soient désavantagées par un intervalle plus long, par exemple celles dont le risque de cancer du sein ou la densité mammaire sont plus élevés.

Les principaux facteurs de risque de cancer du sein sont :

- ✓ Être de sexe féminin;
- ✓ Être avancée en âge;
- ✓ Avoir des prédispositions génétiques⁷;
- ✓ Avoir une histoire familiale de cancer du sein⁸ ou de l'ovaire;
- ✓ Avoir une histoire personnelle;

³. Mackenzie S. Fuller, BA,* Christoph I. Lee, MD, MSHS,*† and Joann G. Elmore, Breast Cancer Screening: An Evidence-Based Update; Med Clin North Am. 2015 May; 99(3): 451–468.

⁴. Portail infocentre de l'INSPQ, Onglet PQDCS, consulté le 4 mai 2020

⁵. MSSS, 2019. Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-243-01F.pdf>

⁶. Trentham-Dietz A., Kerlikowske K et al.; Breast Cancer Surveillance Consortium and the Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network. Tailoring Breast Cancer Screening Intervals by Breast Density and Risk for Women Aged 50 Years or Older: Collaborative Modeling of Screening Outcomes. Ann Intern Med. 2016 Nov 15;165(10):700-712.

⁷. Ghossaini M, Pharoah PDP, Easton DF. Inherited genetic susceptibility to breast cancer: the beginning of the end or the end of the beginning? Am J Pathol. 2013 Oct;183(4):1038-1051.

⁸. Hannah R. Brewer et al. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure; Breast Cancer Res Treat. 2017; 165(1): 193–200.

- ✓ Avoir reçu une radiothérapie thoracique antérieure significative avant l'âge de 30 ans⁹.

Le tableau 2 présente quelques caractéristiques chez les participantes en 2018.

Tableau 2
Caractéristiques des participantes du PQDCS, 2018¹⁰

	Participant·es du PQDCS, 2018 en %
Au moins un symptôme	1,8
Densité mammaire élevée (type C/D)	40,5 (32/8,5)
Densité mammaire faible ou modérée (type A/B)	59,5 (20,4/39,1)
Histoire familiale 1^{er} degré cancer du sein	19,8
Hormonothérapie en cours	15,5

En retardant le dépistage ou en réduisant l'accès, on peut craindre aussi une réduction de la fidélisation ou de la participation à moyen ou long terme. Il faudra s'assurer de donner une cohérence aux mesures de reprise des activités pour contextualiser le dépistage et réitérer son importance aux yeux de la population.

4.3 Impact sur l'organisation des ressources dans le réseau de la santé québécois

- ✓ La pandémie a également entraîné plusieurs impacts au niveau de l'organisation des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) :
- ✓ Des intervenants travaillant pour le dépistage et l'investigation du cancer du sein (coordonnateurs du PQDCS, médecins et autres professionnels de la santé) ont été rapatriés dans d'autres secteurs du RSSS ou ils ont été infectés;
- ✓ Un certain nombre de technologues en imagerie médicale travaillant dans les centres désignés par le PQDCS ont été suspendues de leur poste en raison de l'arrêt du dépistage du cancer du sein;
- ✓ Restriction et priorisation de la distribution des équipements de protection individuelle (ÉPI).

4.4 Impact sur les CDD LIM

L'arrivée de la pandémie a entraîné plusieurs impacts non seulement sur le réseau public, mais également dans le réseau privé dans les CDD LIM. En effet, une importante diminution des activités dans les CDD LIM a été occasionnée par la suspension des mammographies de dépistage et le ralentissement des activités d'investigation du cancer du sein. La présence de la COVID-19 pour une durée indéterminée pose plusieurs défis pour la reprise du dépistage du cancer du sein dans les CDD. Ces derniers devront rattraper le retard accumulé de la réalisation des mammographies, et ce, avec une capacité d'activités diminuée en raison du respect des mesures de distanciation sociale. En effet, un temps plus long de réalisation des mammographies est à prévoir et certains CDD LIM devront reprendre les activités avec du personnel réduit. Il est aussi important de noter que parmi les régions les plus touchées par la COVID-19 (Figures 2 et 3) se retrouvent celles où la plupart des examens de dépistage et d'investigation sont effectués en LIM, soit les régions de Montréal (100 %), Laval (100 %), Montérégie (91 %) et Lanaudière (76 %). Les mammographies réalisées dans les régions chaudes représentent presque la moitié (46 %) des examens de dépistage du cancer du sein au Québec (Tableau 3). Cette situation pourrait changer lors d'éventuelles nouvelles vagues de contamination.

⁹. Henderson et al., Systematic Review, Ann Int Med 2010; 152:444.

¹⁰ Portail infocentre de l'INSPQ, Onglet PQDCS, consulté le 4 mai 2020

Figure 2 : Localisation des CDD en fonction de l'incidence des cas de la COVID-19 pour la région métropolitaine, en date du 12 mai 2020

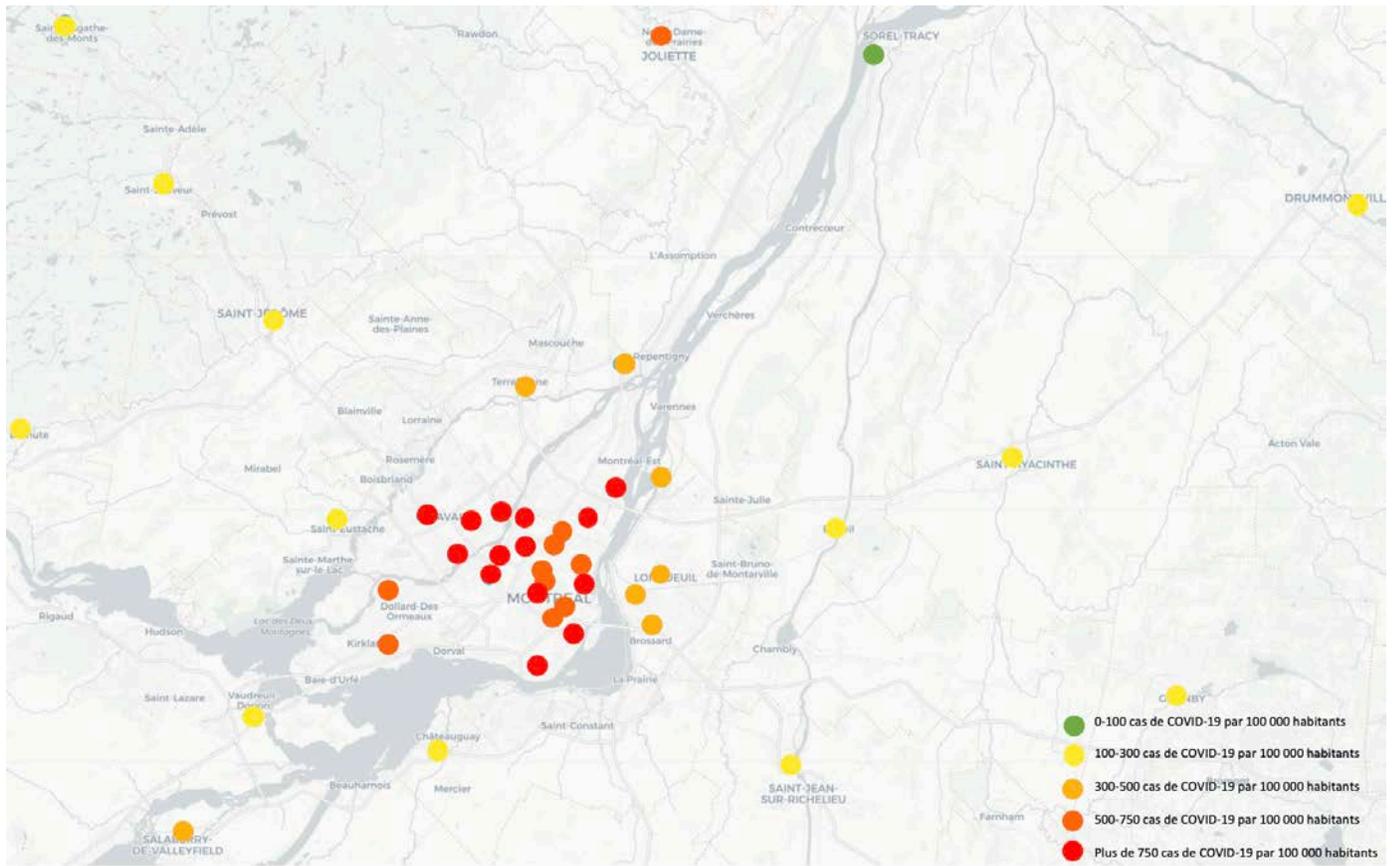


Figure 3 : Localisation des CDD en fonction de l'incidence des cas de la COVID-19 au Québec entier, en date du 12 mai 2020

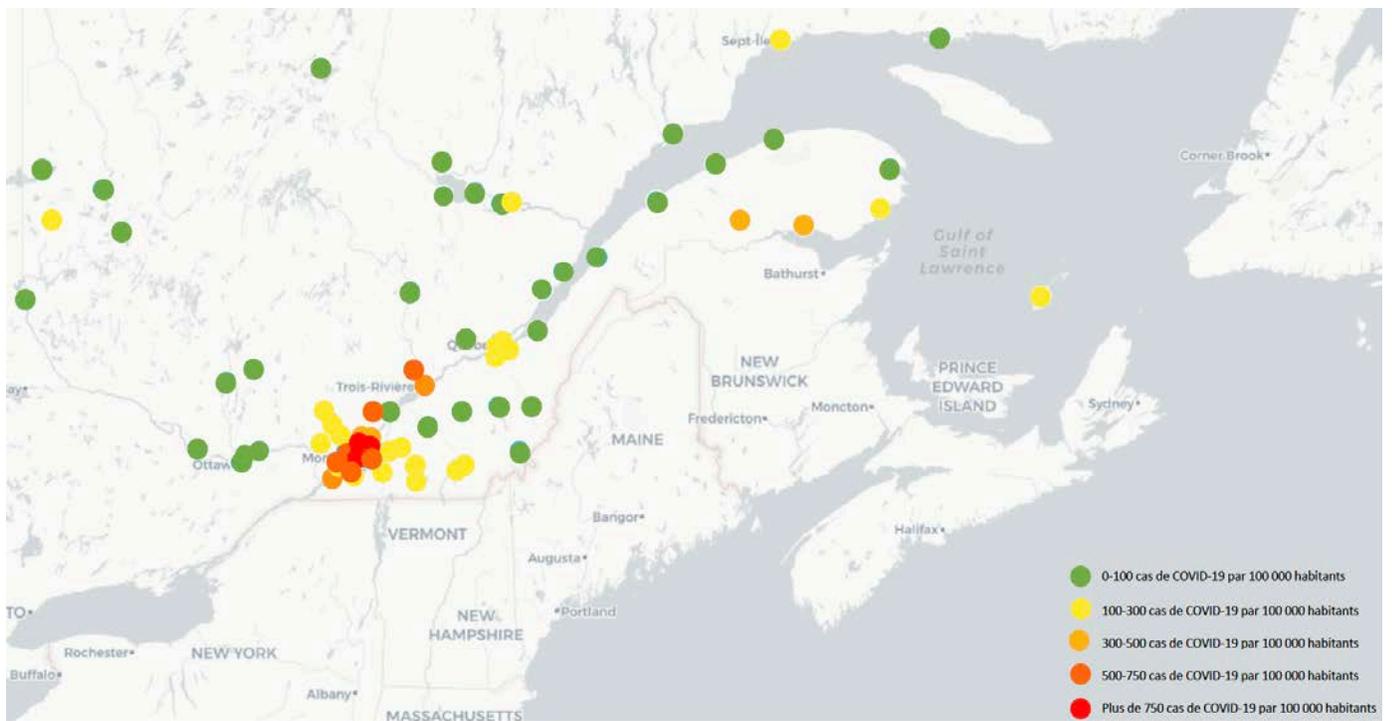


Tableau 3

Nombre de mammographies réalisées dans les zones chaudes

Régions considérées chaudes	Proportion des examens de dépistage PQDCS effectués en LIM	Proportion d'examens en LIM de la région par rapport au volume provincial
Montréal	100	21 %
Laval	100	6 %
Montérégie	91	15 %
Lanaudière	76	4 %
Total des régions chaudes	-	46 %

4.5 Impact sur l'investigation en CH

Les patientes dont la mammographie de dépistage ou l'examen complémentaire s'est avéré anormal avant la pandémie ont été prises en charge par les centres de coordination des services régionaux (CCSR) qui sont en lien avec CRID. Les examens diagnostics et les décisions, quant à la poursuite de l'investigation, ont été pris selon les recommandations des radiologistes, en tenant compte de la priorisation présentée dans le tableau [Imagerie mammaire en période de pandémie de la COVID-19 - 2020](#). La pandémie frappe les régions avec une intensité variable, si bien qu'il pourrait y avoir une disparité sur la capacité actuelle des CDD, CH ou CRID à répondre à la demande.

Il faut anticiper un problème d'accès à l'investigation et une obtention des résultats des laboratoires de pathologie plus longue que la normale lors de la reprise du dépistage, en particulier dans les centres ou les régions qui :

- ✓ Présentaient déjà un problème d'accès pour l'investigation avant la pandémie;
- ✓ Dépendaient de CDD LIM qui ne seront plus opérationnels.

Il faut aussi prévoir l'impact des mesures de prévention de la COVID-19 sur l'accessibilité. En effet, le temps requis pour la préparation des examens pourra être allongé. Ceci pourrait avoir pour effet de diminuer grandement le nombre d'examens pouvant être effectués dans une journée. De plus, le personnel des CRID et des CCSR a pu être réaffecté à d'autres tâches, ce qui pourrait aussi altérer la cadence des activités.

4.6 Impact sur l'accès au traitement par chirurgie

La plupart des cancers du sein de la province de Québec sont détectés à partir d'un dépistage. La majorité de ces patientes auront une chirurgie à visée curative. Pour l'année 2019-2020, 9 235 chirurgies oncologiques du sein ont été effectuées au Québec, ce qui représente une proportion de 22,35 % des chirurgies oncologiques¹¹. En retardant la reprise du dépistage, il faudra anticiper un grand volume de chirurgies au retour et donc, un impact sur l'accès si un plus grand volume de cas est détecté sur une période plus courte.

4.7 Enjeux de communication

En situation de pandémie, la communication entre les autorités, tant politiques que sanitaires, et la population est primordiale¹². Dans ce contexte et considérant la reprise des activités de dépistage du cancer du sein, une communication transparente permettra de maintenir le lien de confiance avec la population qui

¹¹. Source : MSSS, SIMASS, P13 (données issues du TBIG).

¹². M. Désy et al. INSPQ, Enjeux éthiques liés à la communication à la population, vigie sanitaire et surveillance dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, 2020.

s'avère nécessaire pour que cette dernière adhère aux recommandations des autorités. Toutefois, il faut faire usage de prudence afin que l'information diffusée ne cause pas plus de tort que de bien.

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, la recherche d'un équilibre entre les avantages et les inconvénients est un élément clé, en visant une balance favorable aux avantages. Dans le contexte actuel, il est d'autant plus important de s'assurer que cet équilibre est maintenu afin de préserver les effets positifs du dépistage. Les communications à cet effet doivent se poursuivre et doivent inclure l'information concernant les risques reliés à la COVID-19 afin de permettre une prise de décision éclairée.

Certaines femmes pourraient faire le choix de ne pas passer leur mammographie de dépistage en raison des craintes liées à la contamination par le virus. Il faut donc porter une attention particulière aux communications visant à les informer concernant notamment les mesures d'hygiène et de sécurité déployées dans les CDD. Il faut s'assurer de réitérer l'importance du dépistage du cancer du sein, et ce, même en contexte de pandémie.

Il faut également adapter le message concernant la séquence d'invitation selon la priorisation des femmes (voir section suivante) lors de la reprise du dépistage. En effet, bien que la bienfaisance justifie de prioriser certains groupes par rapport à d'autres pour l'accès au dépistage et aux examens d'investigation, certaines femmes pourraient se sentir lésées. L'empathie, la transparence et la prudence doivent guider les communications en ce sens.

5. Plan de reprise du PQDCS

Le plan de reprise décrit dans ce chapitre est basé sur le contexte actuel de la pandémie de la COVID-19 et les observations des experts sur le terrain. Le plan est aussi soutenu par plusieurs principes éthiques. Enfin, le plan est similaire à ce qui est proposé par diverses associations et sociétés.

5.1 Contexte du plan de reprise

Les activités de dépistage du cancer du sein ont été suspendues en début de la pandémie à travers le Québec pour :

- ✓ Protéger la population en réduisant au maximum les activités cliniques non essentielles, minimisant ainsi le risque de propagation de la COVID-19;
- ✓ Assigner le maximum de ressources en milieu hospitalier afin d'y augmenter la capacité d'accueil d'éventuels patients atteints de la COVID-19;
- ✓ S'adapter à la pénurie des ÉPI.

L'idée de suspendre le dépistage en contexte de pandémie est soutenue par plusieurs sociétés et associations (Curigliano et coll, 2020, ASBS, 2020, Soran et coll. 2020, Moujaess et coll. 2020, Jones et coll., 2020).

La situation a néanmoins entraîné l'augmentation des temps d'attente pour les personnes, rendant possible une détérioration de leur état de santé ainsi qu'une diminution de leur qualité de vie notamment en raison de l'inquiétude et de l'anxiété (Boulenger et Vaillancourt, 2013; Hurst et Silciliani, 2003). Ce contexte soulève également des inquiétudes chez certains experts sur l'impact possible de la pandémie sur la morbidité et la mortalité pour autres causes que la COVID-19 (Jones et coll., 2020, Moujaess et coll., 2020, Rosenbaum, 2020, The Lancet O, 2020,).

À la mi-mai 2020, deux autres constats émergent. D'abord, grâce à la mise en place rapide des mesures de distanciation physique, le nombre de patients atteints de la COVID-19 et nécessitant des soins n'a pas dépassé la capacité d'accueil du RSSS, et ce, même dans les régions les plus touchées. Il est donc possible d'envisager la reprise du dépistage du cancer du sein le plus tôt possible pour minimiser les conséquences négatives indirectes.

L'impact d'un retard de la détection du cancer du sein sur la morbidité et mortalité ne peuvent se mesurer à court terme. Toutefois, les données sur l'effet du dépistage présentées au chapitre 4 démontrent qu'un arrêt prolongé n'est pas souhaitable. De plus, l'enjeu de rapatriement du personnel travaillant habituellement dans les CDD et CRID doit être considéré. En contrepartie, il est important de considérer que dans la plupart des cas, les femmes invitées à participer au PQDCS sont à priori en santé et, par leur participation, pourraient s'exposer à la COVID-19 en fréquentant un CDD. En outre, ces dernières doivent pouvoir faire leur mammographie de façon sécuritaire et être informées adéquatement pour tenir compte du contexte actuel dans leur prise de décision quant à leur participation au dépistage. Tous les efforts doivent être faits pour soutenir une communication claire et transparente à la population et aux femmes visées par le dépistage ainsi qu'aux décideurs et intervenants sur la situation concernant le dépistage et l'investigation du cancer du sein.

Le plan de reprise doit également s'ajuster à la capacité diminuée du réseau à offrir les services habituels en raison :

- ✓ De la disponibilité des prestataires de soins de santé qui pourrait être réduite due aux réaffectations, maladies personnelles, absentéisme et responsabilités familiales;
- ✓ De la disponibilité des ÉPI, de certains médicaments et des plateaux techniques nécessaires à la biopsie et à la chirurgie;
- ✓ Du temps requis pour effectuer une mammographie de dépistage ou tout autre examen et intervention qui seront allongés pour revêtir les ÉPI, assurer une circulation sécuritaire et désinfecter les équipements.

5.2 Préalable à l'application du plan : reprise de l'imagerie mammaire en temps de pandémie de la COVID-19

La pandémie affectant la capacité du système de santé à réaliser les activités cliniques, le plan de reprise du dépistage du cancer du sein est basé sur une gradation de la reprise des activités de cancérologie mammaire avec comme dernière étape la reprise complète du dépistage. Les activités de diagnostic et de traitement du cancer du sein doivent être assurées au préalable. Le tableau [Imagerie mammaire en temps de pandémie de la COVID-19 - 2020](#) précise le type d'examen ainsi que les délais de réalisation, et certaines recommandations sont décrites selon les différents niveaux d'activité en cancérologie.

La priorisation préconisée tient compte des ressources limitées par le contexte de la pandémie. Il convient donc, dans un premier temps, que les femmes qui sont le plus à risque de développer un cancer du sein puissent avoir accès aux examens diagnostics et complémentaires en priorité. Plus les ressources deviennent disponibles, plus le type d'examens offerts s'élargit. D'abord, on vise donc les femmes qui étaient en processus d'investigation avant le début de la pandémie ou qui présentent des symptômes, et qui ont été référées par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (Curigliano et coll., 2020; Mathelin et Nisand, 2020). Pour ces femmes, l'incidence de cancer du sein est plus élevée, justifiant que les ressources leur soient dédiées. Les femmes déjà en attente d'un rendez-vous pour une mammographie de dépistage pourront ensuite être priorisées, car il est jugé que la réception de l'invitation de participer au PQDCS peut susciter une anxiété qui doit trouver réponse dans la mammographie de dépistage.

5.3 Principes directeurs éthiques du plan de reprise

Le plan de reprise du dépistage a été élaboré sur la base des données disponibles. Il prend aussi appui sur l'expérience des responsables ministériels et des intervenants terrain du PQDCS, quant à la stratégie et au fonctionnement du PQDCS, et quant aux impacts sur la santé physique et psychologique de sa suspension puis de sa reprise sur les femmes. Il a également été analysé sous l'angle des enjeux éthiques qu'il soulève, lesquels mettent en tension certaines valeurs. Les valeurs qui sont définies ici sont les plus souvent mobilisées

dans la délibération éthique sur les décisions d'organisation des services en contexte de pandémie. L'analyse et l'actualisation des valeurs au fondement de la justification éthique du plan de reprise du dépistage du cancer du sein sont décrites à la section 5.4.

- ✓ **Bienfaisance** : définie comme la qualité d'une action qui vise à faire du bien dans l'intérêt d'autrui, cette valeur soutient l'existence du dépistage du cancer du sein, à cause de son impact positif sur la santé des femmes, notamment la diminution de la morbidité et de la mortalité associées au cancer du sein. La décision de suspendre les activités de dépistage a été prise au nom de l'intérêt de l'ensemble de la population dans le contexte de la phase aiguë de la pandémie. À mesure que la situation se stabilise, la bienfaisance peut militer en faveur de la reprise du dépistage. La recherche de bienfaisance associée au dépistage du cancer du sein procède ultimement de la valeur de **bienveillance**, qui exprime un souci institutionnel et professionnel pour la santé des femmes;
- ✓ **Non-malfaisance** : cette valeur est également de première importance pour la population et les professionnels impliqués dans le dépistage du cancer du sein¹³. Selon cette valeur, les décisions doivent s'efforcer de limiter les préjudices dans la meilleure mesure possible. Par exemple, la réduction ou l'annulation des activités comme l'investigation des cancers du sein peuvent avoir des conséquences sur la morbidité et la mortalité. Elles doivent donc faire l'objet d'une révision selon l'évaluation des conséquences à moyen et long terme. La même valeur milite en faveur de la réduction du stress généré chez certaines femmes par la suspension du dépistage, puis par les conditions de sa reprise;
- ✓ **Sécurité** : dans la suite de la non-malfaisance, la valorisation de la sécurité soutient un devoir de protection face au risque de contracter la COVID-19 : protection de la population contre une transmission accrue du virus qui pourrait faire suite à la reprise du dépistage, protection des intervenants qui offrent les services, mais également la protection des femmes, celles-ci n'étant pas a priori infectées par le virus. Cela implique le respect strict des mesures de prévention et de contrôle des infections;
- ✓ **Équité et égalité** : la valeur d'équité prend appui sur celle de justice, qui postule l'égalité de dignité et de droits entre toutes les personnes notamment quant à l'accès aux services de santé. Le PQDCS a été conçu pour assurer un accès égal à toutes les femmes admissibles de toutes les régions du Québec. La suspension du PQDCS à l'ensemble du Québec n'a pas soulevé d'enjeu à cet égard. Par contre, le scénario de reprise pourrait soulever un enjeu d'équité s'il introduisait des disparités entre les femmes ou entre les régions quant à l'accès au PQDCS, ce qui conduirait à ne plus offrir les services en fonction des besoins. La valeur d'équité exige en effet de chercher à réduire les disparités lors de l'organisation ou de la distribution des ressources, tout en priorisant l'accès selon les besoins;
- ✓ **Responsabilité** : la responsabilité professionnelle et institutionnelle est généralement comprise comme le souci, même le devoir, de protéger la population des conséquences négatives des décisions, en particulier les groupes plus vulnérables. On pense ici aux patientes et patients mis à risque par les efforts du système de santé pour préserver la capacité hospitalière de traiter les personnes affectées par la COVID-19, ces efforts étant eux-mêmes conçus en termes de responsabilité. La valeur de responsabilité rappelle aussi l'importance de veiller à ce que toutes les personnes continuent de faire l'objet d'un suivi de santé, reçoivent des soins appropriés et puissent être réévaluées pour un accès éventuel à une investigation et des traitements appropriés;
- ✓ **Autonomie** : chaque personne est réputée autonome, douée de la capacité de décider ce qui est le mieux pour elle-même sur la base d'une compréhension claire de la nature et des conséquences des soins et des traitements qui lui sont offerts, de la tolérance au risque qui est la sienne et de la valeur

¹³. Vézina, S. INSPQ, Les enjeux éthiques dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, janvier 2006, p. 31.

qu'elle accorde à la santé. Ainsi, il appartient à chacune de participer ou non au PQDCS, selon son appréciation des avantages et des inconvénients du dépistage. Les risques ou les inconvénients additionnels dans le contexte de la COVID-19 seront également à considérer. La LSSSS¹⁴ situe également sous le principe d'autonomie le libre choix par la personne de l'établissement prestataire de services;

- ✓ **Agilité** : dans le contexte inédit de la pandémie, où les conditions évoluent rapidement et où l'apprentissage se fait au quotidien, le RSSS doit démontrer une capacité d'adaptation au changement, de modification des processus et de gestion stratégique des choix, des risques et des ressources. Les personnes et les organisations impliquées dans le dépistage du cancer du sein doivent démontrer une ouverture à modifier leurs comportements à la suite d'une information nouvelle, d'une situation ou d'un environnement qui évolue, afin de travailler de façon plus efficace et efficiente dans le but de rejoindre un maximum de femmes;
- ✓ **Proportionnalité** : cette valeur est mobilisée comme critère de jugement de la pertinence des soins ou des services en fonction des besoins : l'action est proportionnée si elle répond avec efficacité et efficience au besoin sans excéder ce qui est nécessaire pour la santé et le bien-être. Le jugement de proportionnalité est porté en situation et il tient compte du contexte évolutif des décisions. Cela dit, la visée de proportionnalité dépasse la simple recherche de l'équilibre pour favoriser la prépondérance des bénéfices sur les inconvénients : l'action sera éthiquement tenue pour raisonnable et souhaitable si elle réalise davantage de bienfaisance qu'elle n'induit de malfaisance.

En prenant en compte ces valeurs, qui peuvent entrer en tension l'un avec l'autre, la reprise du dépistage du cancer du sein se fera en respectant trois conditions. La description et la justification de ces conditions sur le plan de la santé et de l'éthique font l'objet des sections suivantes.

5.4 Reprise du dépistage du cancer du sein

5.4.1 Prioriser les mammographies de dépistage en fonction du risque

Afin de pouvoir commencer le dépistage du cancer du sein, la région doit avoir atteint le niveau 1 des activités en cancérologie selon le tableau [Imagerie mammaire en période de pandémie de la COVID-19 - 2020](#). Afin d'éviter une reprise amenant des volumes d'examen trop grands pour la capacité du RSSS et qui occasionneraient des délais d'accès pour les examens complémentaires, une priorisation a été établie parmi les femmes en attente d'un dépistage. Celle-ci, basée sur le risque encouru par les femmes, permet une reprise graduelle modulée par la capacité des services. La reprise du dépistage devrait se faire selon l'ordre présenté dans le tableau 4. Les étapes du plan de reprise du dépistage devront être évaluées et monitorées au niveau régional et provincial.

Les étapes du plan de reprise du dépistage du cancer du sein :

Comme décrit dans le [tableau synoptique](#), le dépistage reprend d'abord avec les femmes :

- ✓ Ayant déjà reçu une lettre de recrutement;
- ✓ Qui ont une prescription médicale pour un dépistage du cancer du sein;
- ✓ Ayant un risque accru de cancer du sein.

En effet, ces femmes sont soit dans l'attente d'un rendez-vous ou, comme groupe, présentent un risque relatif plus élevé.

Par la suite, dans la séquence de priorisation, le choix des participantes au PQDCS âgées de 60 à 69 ans se justifie en considérant que les femmes de cette tranche d'âge ont un risque plus grand d'avoir un cancer du sein et elles génèrent un taux de détection plus élevé ainsi qu'une réduction de mortalité attendue plus

¹⁴. Loi sur les Services de santé et Services sociaux, L.R.Q., chapitre 4.2.

importante (Tableau 4). De plus, ce groupe utilise normalement moins de ressources lors de l’investigation. En effet, chez les femmes qui passent leur première mammographie de dépistage, pour la dernière période de 5 ans pour laquelle les données sont disponibles, 22 % (de 11,5 % à 28,3 % selon la région) nécessitent un examen complémentaire, alors que pour les femmes qui en sont à leurs mammographies subséquentes, la proportion décroît à 9,3 % (3,6 % à 12,1 % selon la région)¹⁵.

Tableau 4
Taux de détection chez les participantes au PQDCS selon certaines variables
(Données 2014-2018, INSPQ)

		Taux de détection (‰)		
		Cancers infiltrants	Cancers in situ	Cancers (total)
Groupes d'âge	50 à 54 ans	3,7	1,3	5,1
	55 à 59 ans	4,4	1,2	5,7
	60 à 64 ans	5,7	1,3	7,0
	65 à 69 ans	6,8	1,6	8,4
Histoire familiale de cancer du sein	Non	4,7	1,2	6,1
	Oui	6,4	1,7	8,2

Lors de la mise en place du plan de reprise, l’ajout d’un nouveau groupe de femmes aux invitations devra tenir compte de la capacité du RSSS à réaliser les mammographies. Le temps requis pour réaliser les examens sera augmenté en contexte de la pandémie afin de protéger tant les intervenants que la population. Par conséquent, la capacité de production du PQDCS sera grandement affectée par l’augmentation du temps de l’examen; la reprise du retard accumulé s’échelonnera donc sur une longue période. Le niveau d’activité de la région devra s’adapter au besoin des femmes visées à tout moment pour éviter les temps d’attente et les délais indus.

En résumé, cette gradation partant des examens strictement essentiels permet de trouver un équilibre en assurant la protection des participantes, des intervenants et de la population face au risque de la COVID-19, donc la sécurité, comme définie plus haut, tout en permettant aux femmes à risque d’un cancer du sein d’avoir un accès équitable aux services de santé, compte tenu de leur état. Cela permet d’assurer la bienveillance en réduisant la morbidité et la mortalité liées au cancer du sein quand les services sont disponibles ainsi que la non-malfaisance liée aux conditions imposées au système de santé par la lutte à la COVID-19.

La reprise graduelle des examens de suivi et du dépistage favorise également l’égalité d’accès aux ressources pour les femmes placées dans des conditions cliniques similaires.

5.4.2 Adapter le plan au contexte de chaque région

La priorisation d’accès aux examens d’imagerie offerts se fait selon la réalité de chaque région, incluant la disponibilité du dépistage, de l’investigation et du traitement. Un plan de reprise régional devra se faire de façon concertée. Malgré le fait que la LSSSS permette à toute personne de choisir l’établissement où elle désire recevoir des services de santé¹⁶, dans le contexte de la pandémie, nous recommandons, dans un premier temps, de restreindre les déplacements interrégionaux des femmes et de favoriser la consommation de soins à l’intérieur de la région. Cette limite est imposée afin de ne pas exposer à la COVID-19 plus de

¹⁵ Portail infocentre de l’INSPQ, Onglet PQDCS, consulté le 25 mai 2020.

¹⁶ Article 6 de la Loi sur les Services de santé et Services sociaux, L.R.Q chapitre S-4.2.

femmes ou d'intervenants que nécessaire et en vue de contenir la propagation de la pandémie. L'imposition de cette limite est pertinente dans les premières étapes du plan de reprise et elle n'est plus recommandée à l'étape 3 du plan de reprise. Cette orientation permet aux femmes des régions moins affectées d'avoir accès aux services à la hauteur de la capacité locale.

En résumé, cette deuxième condition est inéquitable pour les femmes des régions les plus affectées par la COVID-19, puisqu'elles n'auront pas accès aux mêmes services qu'en temps normal, contrairement aux femmes des régions moins touchées par la pandémie. On considère que le risque de souffrir ou de mourir d'un cancer du sein en l'absence du dépistage est plus faible que les risques associés à la COVID-19, particulièrement dans les régions les plus touchées. Considérant que la pandémie elle-même affecte les populations de façon inégale selon leur lieu de résidence, la reprise par région se justifie de façon transitoire, dans le but de ne pas pénaliser les femmes qui peuvent poursuivre leur participation au PQDCS dans des conditions acceptables selon le tableau 1. Cette solution permet aussi de mieux protéger la population du risque de propagation du virus, tout en tenant compte du risque pour la santé des femmes. Enfin, l'offre globale de services à laquelle les femmes auront accès dans l'ensemble des régions devrait éventuellement revenir à la normale. D'ici là, le plan de relance proposé offre aux organisations l'agilité voulue pour tenir compte de l'évolution rapide du contexte de la pandémie. Adapter le plan de reprise au contexte de chaque région favorise aussi la préservation des milieux de soins afin de rejoindre le maximum de femmes possibles.

5.4.3 Adapter l'approche selon la condition de chaque femme

Le contexte actuel de la pandémie fait ressortir la crainte de la population de se présenter à l'urgence ou dans une clinique médicale, créant ainsi un risque important de ne pas consulter et de présenter une condition clinique ayant une incidence importante sur la morbidité et la mortalité (Rosenbaum, 2020, The Lancet O, 2020, Scott, 2013, Jones 2020). L'information à la population générale, au regard de ne pas hésiter à consulter un médecin si elles présentent des signes ou des symptômes par exemple, devrait être favorisée.

Les femmes qui ne font pas partie des premiers groupes priorités pour accéder à la mammographie de dépistage et qui verront leur invitation au PQDCS retardée de plusieurs mois pourraient être plus anxieuses. Il faudra alors s'assurer de :

- ✓ Les informer du retard qui les concerne;
- ✓ Les rassurer quant au risque réel qu'elles présentent si elles n'ont pas d'histoire familiale ou d'autres facteurs de risque;
- ✓ Les inviter, si elles présentent des symptômes, à contacter leur médecin de famille.

Les femmes ayant reçu une lettre d'invitation et qui auront atteint l'âge de 70 ans durant cette période ne feront plus partie du PQDCS. Par contre, le MSSS pourrait prévoir, en ces circonstances exceptionnelles, une communication pour les aviser qu'elles ne font plus partie du PQDCS et qu'elles devraient contacter leur médecin de famille si elles présentent des symptômes, ou les orienter vers les cliniques réseau ou une clinique sans rendez-vous si elles n'ont pas de médecin de famille. Il peut aussi leur être suggéré de s'inscrire au guichet d'accès à un médecin de famille. Le centre de coordination du PQDCS de leur région peut leur fournir de l'information en ce sens.

Le contexte de la pandémie crée des situations où les usagers et leurs proches sont confrontés à des situations imprévues, hors de leur contrôle, et sortant de ce qui est normalement attendu. Puisque ces situations peuvent causer un stress allant jusqu'à la détresse psychologique, un soutien doit être organisé. Dans le cas des participantes au PQDCS pour lesquelles des examens complémentaires ou de suivi seront recommandés, il est important de les informer que les délais d'accès à ces examens pourraient être plus longs qu'à l'habitude. Au besoin, il faut s'assurer de les diriger vers des ressources psychosociales afin de les rassurer ou, le cas échéant, de les orienter vers les services requis par leur état.

L'accès à un médecin ou à une IPS doit être facilité pour les patientes orphelines. Les plans de reprise régionaux doivent prévoir des trajectoires pour la prise en charge de cette clientèle.

En résumé, l'accès aux soins et services adaptés à la condition des femmes se justifie par la bienfaisance qu'il permet en termes de santé et de bien-être individuel ainsi qu'au niveau populationnel en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au cancer du sein. Il va de soi que cet accès est volontaire, il revient à chaque femme de décider de participer ou non au PQDCS et d'évaluer le risque que représente pour elle la COVID-19, une fois que les conditions de relance du PQDCS sont réunies (autonomie).

6. Conclusion

Le comité d'experts propose un plan de reprise du dépistage du cancer du sein en respectant les trois conditions suivantes :

1. Une priorisation des groupes de femmes à qui seront offerts les examens de dépistage tenant compte des risques liés au cancer du sein;
2. Une adaptation du plan au contexte de chaque région;
3. Un accès aux examens requis considérant la condition de chaque femme.

Celui-ci a été défini en tenant compte des enjeux éthiques et des impacts psychologiques chez les femmes. La proposition permet de trouver un équilibre entre la limitation de la morbidité et de la mortalité liée au cancer du sein, la sécurité des participantes, des intervenants et de la population, la capacité du RSSS à offrir des examens et traitements requis et le risque lié à la COVID-19. Cette reprise par région est une étape transitoire dans le retour aux activités complètes dans le dépistage du cancer du sein. Également, le plan tient compte de la situation évolutive de la pandémie et il pourra être utile lors d'éventuelles périodes de confinement et de déconfinement.

Dans le contexte actuel de la pandémie, le maintien d'un lien de confiance entre les autorités et la population s'avère nécessaire afin que cette dernière adhère aux recommandations. Pour ce faire, le comité a suggéré d'élaborer une stratégie de communication pour transmettre aux femmes admissibles au dépistage l'information concernant la séquence et la priorisation des femmes lors de la reprise du dépistage. Des outils permettront de les informer des mesures en place pour assurer leur sécurité au regard de la contagion au coronavirus et de l'importance de cet examen, même dans un contexte de pandémie. Elles pourront alors prendre une décision éclairée quant à leur participation. La transparence, l'empathie et l'actualisation des autres valeurs éthiques présentes dans ce document constitue des éléments clés dans la réussite de la reprise du dépistage du cancer du sein.

7. Références

American Society of Breast Surgeons (26 mars 2020), <https://www.breastsurgeons.org/docs/news/2020-03-26-ASBrS-ACR-Joint-Statement.pdf>

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., et coll. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. Hasting Center, March 16, 2020.

Boulenger, S. et Vaillancourt, F. (2013), Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec: mesure, conséquences et moyens pour les réduire. Montréal, CIRANO: <https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-17.pdf>.

Bouzat P, Ageron FX, Brun J, Levrat A, Berthet M, Rancurel E, et al. A regional trauma system to optimize the pre-hospital triage of trauma patients. Crit Care. 2015;19:111.

Curigliano, G., Cardoso, M. J., Poortmans, P., Gentilini, O., Pravettoni, G., Mazzocco, K., Houssami, N., Pagni, O., Senkus, E., Cardoso, F., & editorial board of The Breast (2020). Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. Breast (Edinburgh, Scotland), 52, 8–16. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.006>

Emanuel, E.J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., et coll. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time Covid-19. N Engl J Med. 2020.

Hurst, J. & Siciliani, L. (2003), Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery. OECD Health Working Paper. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/108471127058>.

Filiatrault, F., Désy, M. et Leclerc, B. (2015) *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*, Institut national de santé publique du Québec, Québec.

Jones, D, Neal, RD, Duffy, SRG, Scott, SE' Whitaker, KL, Brain, K, (2020), Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care, The Lancet Oncology, [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30242-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30242-4)

MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, Nathens AB, Frey KP, Egleston BL, et al. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. N Engl J Med. 2006;354(4):366-78.

Moujaess, E., Kourie, H. R., & Ghosn, M. (2020). Cancer patients and research during COVID-19 pandemic: A systematic review of current evidence. Critical reviews in oncology/hematology, 150, 102972. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.102972>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1996, 67 pages.

Rosenbaum L. The Untold Toll - The Pandemic's Effects on Patients without Covid-19. N Engl J Med. 2020.

Soran, A., Gimbel, M., & Diego, E. (2020). Breast Cancer Diagnosis, Treatment and Follow-Up During COVID-19 Pandemic. European journal of breast health, 16(2), 86–88. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2020.240320>

Spaite DW, Bobrow BJ, Stolz U, Berg RA, Sanders AB, Kern KB, et al. Statewide regionalization of postarrest care for out-of-hospital cardiac arrest: association with survival and neurologic outcome. Ann Emerg Med. 2014;64(5):496-506 e1.

The Lancet O. COVID-19: global consequences for oncology. Lancet Oncol. 2020;21(4):467.

Wennberg J, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. Science. 1973;182(4117):1102-8.

Heidi D. Nelson, MD, MPH, Rochelle Fu, PhD, Amy Cantor, MD, MPH, Miranda Pappas, MA, Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation, *Annals of internal medicine*, 2016

Scott SE Walter FM Webster A Sutton S Emery J The model of pathways to treatment: conceptualization and integration with existing theory- *Br J Health Psychol.* 2013; 18: 45-65

ANNEXE A

Auteurs (date)	Pays	Thématique	Lien URL
Articles scientifiques			
Curigliano et al. 2020 (6 avril)	Europe	Cancer du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162626/
Dietz et al. (2020)	US	Cancer du sein Recommandation pour la priorisation, le traitement et le triage des patients avec cancers du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181102/pdf/10549_2020_Article_5644.pdf
Jones et al. 2020 (30 avril)	UK	Cancer	https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30242-4/fulltext
The Lancet Oncology (1 ^{er} mai 2020)	UK	Cancer	https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30243-6/fulltext
Mathelin et Nisand (2020)	France	Prise en charge cancer du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7167220/pdf/main.pdf
Moujaess et al. 2020 (22 avril)	Review	Cancer	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174983/
Soran et al. 2020	US	Cancer du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32285027
Associations médicales			
American Society of Breast Surgeons (26 mars 2020)	US	Avis	https://www.breastsurgeons.org/docs/news/2020-03-26-ASBrS-ACR-Joint-Statement.pdf
American Society of Breast Surgeons (24 mars 2020)	US	Recommandation pour la priorisation, le traitement et le triage des patients avec cancers du sein	https://www.breastsurgeons.org/docs/news/The_COVID-19_Pandemic_Breast_Cancer_Consortium_Recommendations_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
Ministères et organismes			
BC provincial Health Services Authority (20 avril 2020)	Colombie-Britannique	Provincial Cancer Clinical Management Guidelines in Pandemic Situation (COVID-19)	http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals-site/Documents/provincial_cancer_clinical_management_guidelines_pandemic_situation_covid19_april20_2020.pdf