

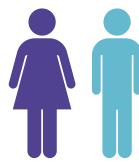


ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

THÈMES

- **Résultats rapides de l'examen anatomopathologique**
- **Coordination des soins**
- **Services diagnostiques**
- **Orientation**
- **Équipes pluridisciplinaires**
- **Stadification des néoplasmes**



Le cancer du poumon demeure la principale cause de décès liés au cancer au Canada, tant chez les femmes que chez les hommes.^{1,2}

Le cancer du poumon représente **25.5%** de tous les décès attribuables au cancer.³

Le taux de survie à 5 ans pour ce cancer n'est que de **19%**^{3,4}

Plus de **50%** des cancers du poumon sont diagnostiqués à un stade métastatique.

Le Québec, en particulier, peine à réduire la mortalité liée à ce cancer en raison d'un accès inégal aux soins et de diagnostics posés tardivement⁵.

Les efforts déployés pour réduire la mortalité se sont concentrés sur le **dépistage chez les populations à haut risque**. Bien que des provinces comme le Québec aient mis en place des programmes pilotes, l'accès demeure limité comparativement à d'autres initiatives de dépistage du cancer⁶.

Les progrès de la caractérisation moléculaire et de la médecine personnalisée laissent entrevoir de meilleures issues pour le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC), le sous-type le plus répandu⁴. Au Québec, les délais de diagnostic et d'amorce du traitement varient considérablement d'un centre à l'autre, et le temps d'attente plus long dans certaines régions a une incidence sur l'issue de la maladie⁷.

La stadification complète nécessite à la fois des examens d'imagerie (tomodensitométrie [TDM], tomographie par émission de positrons [TEP] ± imagerie cérébrale) et des interventions diagnostiques invasives pour obtenir la confirmation histologique nécessaire⁸. En matière de stadification du cancer du poumon, les pratiques exemplaires privilégient l'utilisation de la TEP pour détecter les maladies métastatiques inattendues et pour éviter les chirurgies non curatives, garantissant ainsi que les décisions de traitement sont fondées sur une stadification exacte.



ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

“ Les techniciens et le personnel infirmier ont été formidables. Ils m'ont expliqué très clairement à quoi servaient les tests et ce qu'ils recherchaient. Ils m'ont appelée avant chaque rendez-vous pour me rappeler les médicaments à préparer. Ces appels ont été très utiles, car ils m'ont permis de me préparer à chaque test. ”

- Survivante du cancer du poumon, 70 ans

De plus, des techniques à l'aiguille peu invasives sont recommandées à titre de test de première intention pour confirmer une maladie médiastinale lorsque les ganglions lymphatiques sont accessibles, ce qui diminue la nécessité du recours à des interventions plus invasives. Ces approches fondées sur des données probantes améliorent l'exactitude du diagnostic et optimisent les issues de la prise en charge du cancer du poumon⁸.

Un audit de rapports de TDM du thorax⁹ a révélé qu'il est rare que des recommandations conformes aux lignes directrices pour l'évaluation des cas soupçonnés de cancer du poumon soient incluses dans les rapports, notamment en ce qui concerne les examens d'imagerie et les interventions diagnostiques invasives. Intégrer davantage de recommandations fondées sur des données probantes dans ces rapports permettrait de corriger les lacunes existantes au niveau de la qualité du diagnostic et de la stadification du cancer du poumon, et ainsi d'améliorer la prise en charge et les issues pour les patients et patientes.

SOLUTION

Le guichet rapide d'investigation (pulmonaire) (GRI-P), parfois appelé « clinique d'investigation rapide », un nouveau modèle de soins, propose une approche centralisée et coordonnée du diagnostic et de la stadification du cancer du poumon, qui garantit un accès rapide aux examens d'imagerie et aux soins pluridisciplinaires. Il privilégie des techniques peu invasives comme l'échoendoscopie bronchique (EBUS) avec ponction transbronchique à l'aiguille pour le diagnostic et la stadification, et la TEP pour détecter une maladie métastatique⁴.

FONCTIONNEMENT

Le guichet rapide d'investigation (GRI) de l'Institut thoracique de Montréal (ITM), qui porte aussi le nom de « clinique d'investigation rapide », a été créé en février 2010 afin d'accélérer le processus diagnostique pour les patients chez qui l'on soupçonne un cancer du poumon. L'Institut est une plaque tournante pour les soins cliniques, la recherche et l'enseignement dans le domaine des maladies respiratoires.





ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

THÈMES

- **Résultats rapides de l'examen anatomopathologique**
- **Coordination des soins**
- **Services diagnostiques**
- **Orientation**
- **Équipes pluridisciplinaires**
- **Stadification des néoplasmes**

Objectifs du GRI :

- Réduire le délai entre les premiers soupçons et le diagnostic
- Garantir l'amorce rapide des traitements
- Fournir un soutien complet tout au long du parcours diagnostique

Équipe pluridisciplinaire :

- 7 à 9 pneumologues
- Infirmière clinicienne ou infirmier clinicien et coordinatrice ou coordinateur attitrés
- Participation occasionnelle de chirurgiens et chirurgiennes thoraciques

Les principaux objectifs du GRI sont d'accélérer le processus du diagnostic des cas soupçonnés de cancer du poumon, tout en optimisant l'efficacité et en garantissant le respect des lignes directrices cliniques. La clinique entretient également une étroite collaboration avec des programmes clés, tels que la pneumologie interventionnelle, la clinique de traitement du cancer du poumon et le programme provincial de dépistage du cancer du poumon, afin d'améliorer la coordination et de simplifier les soins prodigués¹⁰. Les décisions thérapeutiques ne sont pas prises au GRI à Montréal. Les cas complexes sont plutôt présentés chaque semaine au comité pluridisciplinaire du diagnostic du cancer de l'ITM, composé de spécialistes qui collaborent à l'évaluation des cas. Les patients sont ensuite dirigés vers la clinique pluridisciplinaire de traitement du cancer du poumon où les décisions de traitement sont prises. Le but premier du GRI est de s'assurer que toutes les informations nécessaires au diagnostic et à la stadification soient disponibles pour permettre la planification d'un traitement rapide et personnalisé qui optimisera l'issue de la maladie.



ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

THÈMES

- **Résultats rapides de l'examen anatomopathologique**
- **Coordination des soins**
- **Services diagnostiques**
- **Orientation**
- **Équipes pluridisciplinaires**
- **Stadification des néoplasmes**

PROBLÉMATIQUES

L'**investigation du cancer du poumon connaît plusieurs problématiques**, notamment les cas complexes qui ne sont pas pris en compte dans les indicateurs normalisés de la qualité et une population vieillissante présentant différentes comorbidités et nécessitant une approche individualisée. Une étude multicentrique québécoise a révélé d'importantes disparités dans les délais de diagnostic et de traitement dans la province. L'étude recommande la mise en place de guichets rapides d'investigation (GRI) pour y remédier⁷. Les ressources de gestion des symptômes et le soutien psychosocial sont essentiels pour une prise en charge globale, mais ils sont souvent inexistant ou insuffisants. Les infirmières cliniciennes ont un rôle important à jouer pour assurer la continuité des soins, mais les processus de triage inefficaces retardent souvent le diagnostic et le traitement. De plus, la transition à la sortie du GRI, comme l'orientation vers la clinique de prise en charge des nodules, doit faire l'objet d'améliorations pour garantir un suivi rapide. Il sera essentiel de remédier à ces lacunes pour améliorer l'efficacité et l'adéquation des soins du cancer du poumon et l'issue de la maladie pour les patients.

Pendant des années, le GRI de l'ITM a dû composer avec l'absence de système de suivi automatisé, ce qui obligeait la saisie des données et la surveillance à la main. Le guichet de l'ITM et d'autres centres rapides d'investigation comme celui de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) assurent encore le suivi manuel des dossiers et utilisent des bases de données qui requièrent beaucoup de travail. Ces méthodes sont inefficaces et augmentent le risque de retards et d'erreurs dans la prise en charge.



ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

THÈMES

- **Résultats rapides de l'examen anatomopathologique**
- **Coordination des soins**
- **Services diagnostiques**
- **Orientation**
- **Équipes pluridisciplinaires**
- **Stadification des néoplasmes**

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

Le guichet rapide d'investigation (GRI) applique une approche centralisée et coordonnée pour simplifier les processus de diagnostic du cancer du poumon^{11,12}.

Son modèle repose sur des équipes pluridisciplinaires :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• pneumologues• infirmières et infirmiers• physiothérapeutes• inhalothérapeutes | <ul style="list-style-type: none">• nutritionnistes• ergothérapeutes• travailleuses et travailleurs sociaux |
|--|--|

Ces équipes collaborent pour superviser les investigations diagnostiques, coordonner les soins et offrir du soutien psychosocial aux patients et à leur famille^{13,14}.

Au GRI de l'ITM, l'équipe se compose d'un petit nombre de pneumologues spécialisés dans l'investigation du cancer du poumon, d'une infirmière clinicienne et d'une coordinatrice attitrée. Il n'y a pas d'accès aux autres professionnels listés plus haut, comme les inhalothérapeutes et les travailleuses sociales et travailleurs sociaux. Le noyau du GRI est le suivant : **Médecin + Infirmière + Coordinatrice**

Outils de pointe et innovation :

- La cryobiopsie transbronchique et l'échoendoscopie bronchique avec ponction transbronchique à l'aiguille (EBUS-TBNA) optimiseront l'échantillonnage et la stadification des tissus, qui sont essentiels pour la planification d'un traitement efficace^{15,16}.
- Les technologies diagnostiques émergentes, telles que les réseaux neuronaux et les biocapteurs, sont prometteuses :
 - Détection à un stade plus précoce
 - Processus de travail plus fluides^{17,18}
- La cryobiopsie est assez récente au GRI de l'ITM du Centre universitaire de santé McGill, mais elle est en cours d'intégration et d'évaluation, avec pour objectif d'obtenir des tissus de meilleure qualité pour des tests moléculaires poussés.



ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

THÈMES

- **Résultats rapides de l'examen anatomopathologique**
- **Coordination des soins**
- **Services diagnostiques**
- **Orientation**
- **Équipes pluridisciplinaires**
- **Stadification des néoplasmes**

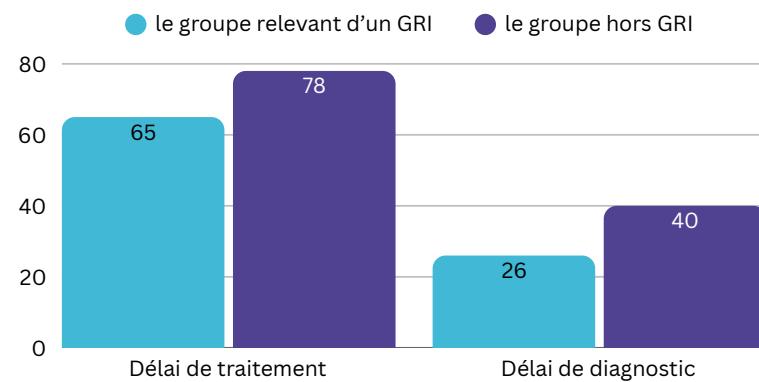
ACCOMPLISSEMENTS

En novembre 2008, une base de données institutionnelle a été créée pour tous les patients ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon après examen anatomopathologique, et une base de données spécialisée pour le GRI a été mise en place en 2010 afin de surveiller les retards. Une étude de 2017 a évalué les effets d'un guichet rapide d'investigation (GRI) sur la rapidité du diagnostic et du traitement du cancer du poumon entre février 2010 et décembre 2011¹⁶.

Au cours de cette période, on a comparé un total de 195 patients relevant du GRI et 132 patients hors GRI. Les résultats montrent que les investigations conformes aux lignes directrices, reposant sur des indicateurs de qualité vérifiés, étaient plus fréquentes chez les patients relevant du GRI.

- **Le délai médian entre le premier contact (T0) et le premier traitement était nettement plus court chez les patients relevant du GRI, avec 65 jours** (écart interquartile [EIQ] 46-92 jours) contre **78 jours** (EIQ 49-119 jours) pour les patients hors GRI ($p \leq 0,01$).
- **Le délai pour obtenir un diagnostic pathologique était également nettement plus court chez les patients relevant du GRI, avec 26 jours** (EIQ 14-42 jours) contre 40 jours (EIQ 16-68 jours) pour les patients hors GRI.
- Après ajustement pour tenir compte des facteurs de confusion pertinents, une analyse multivariée a révélé **qu'une évaluation par le GRI était corrélée avec une réduction de 24 jours du délai avant le premier traitement** (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 12-35 jours).

Fig. 1 Comparaison des intervalles de temps entre le groupe relevant d'un GRI et le groupe hors GRI





ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

THÈMES

- **Résultats rapides de l'examen anatomopathologique**
- **Coordination des soins**
- **Services diagnostiques**
- **Orientation**
- **Équipes pluridisciplinaires**
- **Stadification des néoplasmes**

L'étude a évalué le respect des lignes directrices cliniques par le GRI. L'équipe a utilisé des **indicateurs de qualité précis** pour comparer la prise en charge du groupe relevant du GRI et du groupe hors GRI :

- **La réalisation de TEP** chez les patients de stade I-II qui ont subi une chirurgie.
- **Une imagerie cérébrale** avant un traitement visant la guérison pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade III et tous les patients avec un cancer du poumon à petites cellules (CPPC).
- **Le pourcentage de patients adressés** à une équipe pluridisciplinaire ou à un comité du diagnostic et du traitement du cancer. Cette comparaison avait pour but d'évaluer le respect des lignes directrices et la qualité des examens diagnostiques réalisés dans le GRI et hors GRI.

Il est important de reconnaître que l'étude de 2017 fait état des débuts du GRI. À l'époque, certains collègues réalisaient encore des examens à l'extérieur du GRI, ce qui a entraîné certaines problématiques. Un problème important était l'accès rapide aux TDM du thorax, qui s'est depuis considérablement amélioré. Toutefois, à l'époque de l'étude, l'accès à la TEP posait un problème important. Même si des progrès ont été réalisés, l'accès reste encore un défi aujourd'hui. L'introduction d'un formulaire de demande de TEP pour le cancer du poumon a permis de simplifier le processus. Il permet de classer les urgences selon leur gravité clinique, garantissant ainsi que les patients bénéficient plus rapidement d'un TEP, en fonction de leurs besoins.

Au fil des ans, le **guichet rapide d'investigation (GRI)** a connu une **augmentation régulière des consultations et des prises en charge**, ce qui témoigne de son rôle de plus en plus important dans le diagnostic du cancer du poumon. En **2022-2023**, la clinique a évalué **496 nouveaux patients**, ce qui a permis de diagnostiquer 260 cancers du poumon et d'orienter **115 patients vers la clinique de traitement du cancer du poumon** pour une prise en charge plus poussée.



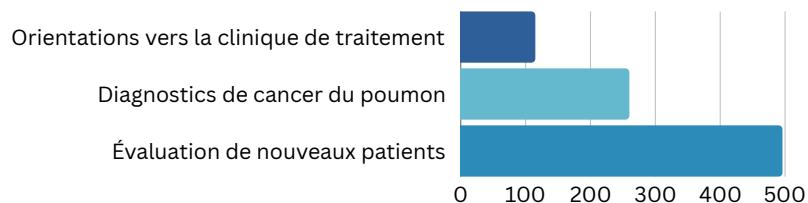
ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

THÈMES

- **Résultats rapides de l'examen anatomopathologique**
- **Coordination des soins**
- **Services diagnostiques**
- **Orientation**
- **Équipes pluridisciplinaires**
- **Stadification des néoplasmes**

Fig. 2 Tendances des activités du GRI en 2022-2023



Ces résultats montrent l'importance des modèles de soins centralisés tels que le GRI pour favoriser le respect des lignes directrices fondées sur des preuves, qui sont un élément essentiel pour améliorer les issues du cancer du poumon.

AMÉLIORATIONS À APPORTER

- La mise en place d'un **système centralisé et automatisé de suivi des patients** dans les guichets rapides d'investigation (GRI), notamment à l'Institut thoracique de Montréal et à l'IUCPQ de Québec, améliorerait considérablement l'efficacité, réduirait les erreurs humaines et garantirait le respect des recommandations en matière de dépistage.
- Une étude menée à Montréal a montré que les médecins de soins primaires jouent un rôle important pour réduire les diagnostics tardifs. **Une meilleure intégration des soins primaires et des services spécialisés** sera essentielle pour optimiser les parcours de soins⁵.
- En 2021, le Québec a lancé un projet pilote de **dépistage par tomodensitométrie axiale à faible dose (TAFD)** chez les individus présentant un risque élevé de présenter un cancer du poumon. Si les clichés de tomodensitométrie présentaient des résultats suspects (Lung-RADS 4), le patient était orienté vers une clinique d'investigation rapide ayant accès à une expertise pluridisciplinaire en matière de diagnostic et de traitement. Ce programme s'inscrit dans le cadre des efforts récents pour améliorer le diagnostic à un stade précoce et les options de traitement pour les populations à risque élevé, ce qui témoigne d'un engagement en faveur de la santé publique et d'interventions médicales proactives⁴.



ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Anne V. Gonzalez,
M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure agrégée de médecine

Division des maladies respiratoires, Université McGill
Directrice, pneumologie d'intervention
Directrice médicale, clinique d'investigation rapide (du cancer du poumon) et hôpital de jour

Institut thoracique de Montréal, Centre universitaire de santé McGill
1001, boul. Décarie, D05.2511
Montréal (QC) H4A 3J1 Canada

Tél. : 514 934-1934
poste 32150 / 53333

Téléc. : 514 514-843-2083

- Des études démontrent l'**importance de fournir au patient des informations détaillées sur son diagnostic et ses options de traitement** afin de réduire l'anxiété et de favoriser la confiance. Chu et al. (2023) ont exploré les difficultés psychosociales propres aux patients atteints d'un cancer du poumon à un stade avancé et ont souligné la **nécessité d'une communication transparente** pendant le traitement¹⁹. Des initiatives telles que le Réseau pancanadien de dépistage du cancer du poumon mettent l'accent sur la collaboration et l'élaboration de cadres de dépistage qui intègrent des principes axés sur le patient, notamment des critères d'admissibilité clairs et un accès équitable au traitement²⁰.
- Une étude menée au Québec souligne également qu'une bonne communication entre les patients et les professionnels est importante pour réduire les retards dans les diagnostics et accélérer l'accès aux soins⁵.



ÉTUDE DES PRATIQUES

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION (QUÉBEC)

POUR PLUS D'INFORMATIONS

**Anne V. Gonzalez,
M.D., M. Sc., FRCPC**

Professeure agrégée de
médecine

Division des maladies
respiratoires, Université McGill
Directrice, pneumologie
d'intervention
Directrice médicale, clinique
d'investigation rapide (du
cancer du poumon) et hôpital
de jour

**Institut thoracique de
Montréal, Centre universitaire
de santé McGill**
1001, boul. Décarie, D05.2511
Montréal (QC) H4A 3J1 Canada

**Tél. : 514 934-1934
poste 32150 / 53333**

Téléc. : 514 514-843-2083

RÉFÉRENCES

1. Mercier, S., Lam, S., Bezjak, A., Butts, C., Seely, A. J. E. et Wheatley-Price, P. (2023). A brief history of lung cancer in Canada: Care, contributions and challenges. *Journal of Thoracic Oncology*. <https://dx.doi.org/10.1080/24745332.2023.2255193>
2. Brenner, D., Weir, H., Demers, A., Ellison, L., Louzado, C., Shaw, A., Turner, D., Woods, R. et Smith, L. M. (2020). Projected estimates of cancer in Canada in 2020. *Canadian Medical Association Journal*, 192(9), E199. <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.191292>
3. Wilkinson, A. N. (2023). Lung cancer crash course. *Canadian Family Physician*, 69(4), 266-268. <https://dx.doi.org/10.46747/cfp.6904266>
4. Wu, F. T. H., Diab, M., Myers, R., Ho, C., Lam, S. et McGuire, A. (2023). Update on lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. <https://dx.doi.org/10.1080/24745332.2023.2226410>
5. Khare, S., Vedel, I. et Bartlett, G. (2017). Defining lung cancer diagnostic pathways in the primary care setting in Montréal, Québec. *Innovation in Aging*, 1(Suppl 1), 462. <https://dx.doi.org/10.1093/GERONI/GX004.1647>
6. Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2016). Recommendations on screening for lung cancer. *CMAJ*, 188(6), 425-432. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151421>
7. Labbé, C., Martel, S., Fournier, B. et Saint-Pierre, C. (2018). Wait times for diagnosis and treatment of lung cancer across the province of Quebec, Canada. *Journal of Thoracic Oncology*, 13(10), S596-S597. <https://dx.doi.org/10.1016/J.JTHO.2018.08.945>
8. Silvestri, G. A., Gonzalez, A. V., Jantz, M. A. et al. (2013). Methods for staging non-small cell lung cancer. *Chest*, 143(5), e211S-e250S. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2355>
9. Weinstock, A., Jeagal, L., Savard, C., Taylor, J. et Gonzalez, A. V. (2021). An audit of CT chest reports and their potential impact on the workup of patients with suspected lung cancer. *Canadian Respiratory Journal*, 2021, 6647087. <https://doi.org/10.1155/2021/6647087>
10. Gonzalez, A. V. (2023). Presentation about the Rapid Investigation Clinic.
11. Kim, S., Kim, M.-H., Lee, M. et Eom, J. (2023). Problems in the pathologic diagnosis of suspected lung cancer. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 86(3), 191-198. <https://dx.doi.org/10.4046/trd.2022.0142>
12. Simon, M., Şimon, I., Tent, P., Todea, D. et Harangoş, A. (2021). Cryobiopsy in lung cancer diagnosis—A literature review. *Medicina*, 57(4), 393. <https://dx.doi.org/10.3390/medicina57040393>
13. Saw, S., Chua, K., Ong, B., Lim, D., Lai, G., Tan, D. S. et Ang, M. (2022). Multidisciplinary lung cancer clinic: An emerging model of care. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. <https://dx.doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2022295>
14. Bertolaccini, L., Mohamed, S., Bardoni, C., Lo Iacono, G., Mazzella, A., Guarize, J. et Spaggiari, L. (2022). The interdisciplinary management of lung cancer in the European community. *Journal of Clinical Medicine*, 11(15), 4326. <https://dx.doi.org/10.3390/jcm11154326>
15. Brann, R. et Del Giacco, E. D. (2019). Timely diagnosis of lung cancer in a dedicated VA referral unit with endobronchial ultrasound capability. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31507314>
16. Ezer, N., Navasakulpong, A., Schwartzman, K., Ofiara, L. et Gonzalez, A. V. (2017). Impact of rapid investigation clinic on timeliness of lung cancer diagnosis and treatment. *BMC Pulmonary Medicine*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12890-017-0416-2>
17. Wang, L. (2017). Screening and biosensor-based approaches for lung cancer detection. *Sensors*, 17(10), 2420. <https://dx.doi.org/10.3390/s17102420>
18. Listyalina, L., Utari, E. L. et Puspaningtyas, D. E. (2020). Determination of lung diseases using artificial neural networks. *Simetris*, 11(1), 90-98. <https://dx.doi.org/10.24176/simet.v11i1.3667>
19. Chu, A. K., Wheatley-Price, P., Aubry, T., Nissim, R., Kearns, E. et Lebel, S. (2023). The supportive care needs of advanced lung cancer patients receiving immuno- and targeted therapy at different stages of the disease trajectory. *Journal of Thoracic Oncology*, 18(11), S17-S18. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jtho.2023.09.1436>
20. Baines, N., Anderson, C. et Tobin, P. (2018). A coordinated approach to lung cancer screening in Canada. *Journal of Global Oncology*. <https://dx.doi.org/10.1200/jgo.18.13600>



All.Can Canada

La Fondation Sauve ta peau est le secrétariat de l'ACC



allcancanada.ca



all.can@saveyourskin.ca



10