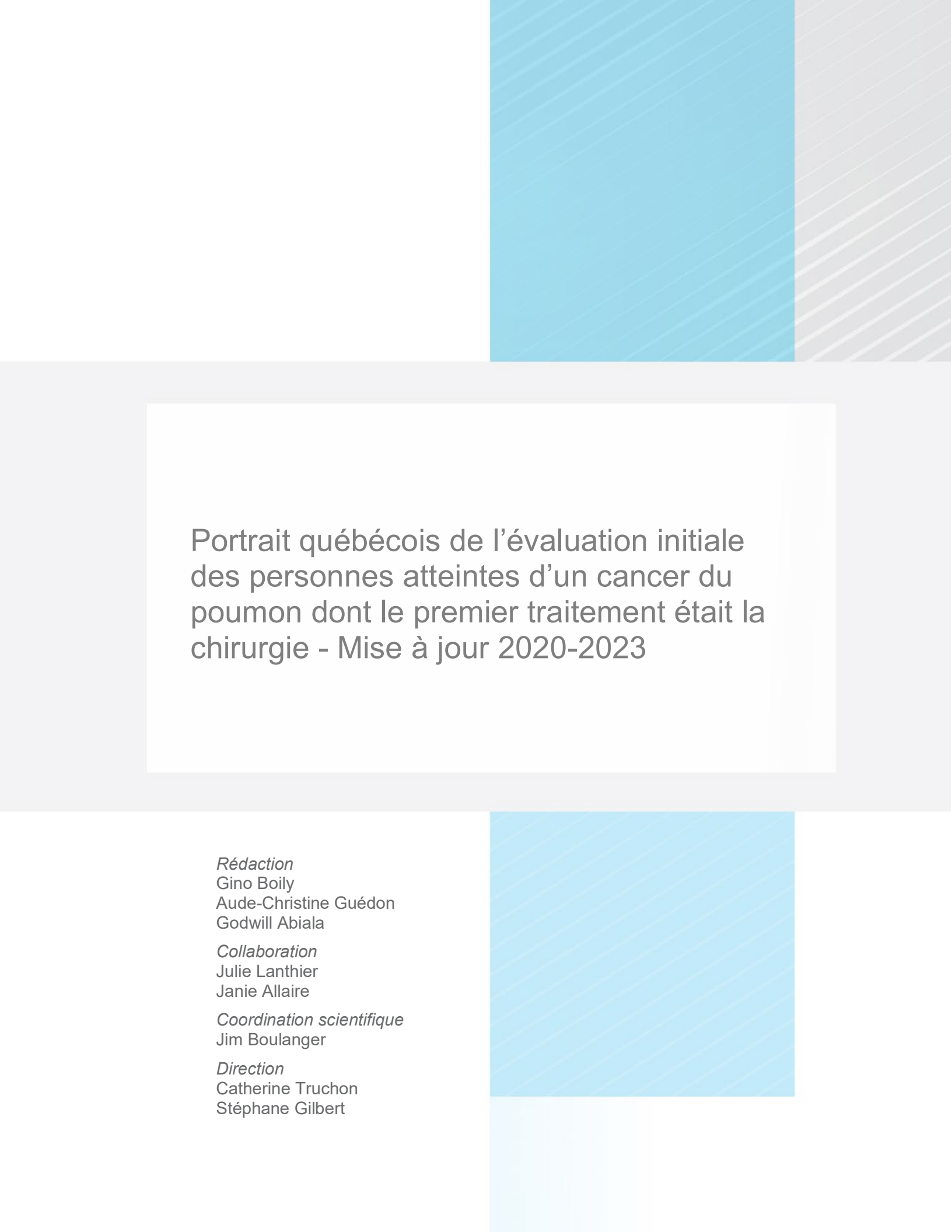


Portrait québécois de l'évaluation initiale
des personnes atteintes d'un cancer du
poumon dont le premier traitement était
la chirurgie - Mise à jour 2020-2023

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Portrait québécois de l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement était la chirurgie - Mise à jour 2020-2023

Rédaction

Gino Boily
Aude-Christine Guédon
Godwill Abiala

Collaboration

Julie Lanthier
Janie Allaire

Coordination scientifique

Jim Boulanger

Direction

Catherine Truchon
Stéphane Gilbert

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure et auteurs principaux

Gino Boily, Ph. D.
Aude-Christine Guédon, M. Sc. stat. ASSQ
Godwill Abiala, M. Sc.

Collaboratrice interne

Julie Lanthier, Ph. D.

Collaboratrice externe

Janie Allaire, Ph. D.

Coordonnateur scientifique

Jim Boulanger, Ph. D.

Adjoint à la direction

Stéphane Gilbert, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D, M. Sc. Adm.

Soutien administratif

Lolita Haddad

Bureau – Méthodes, données et éthique

Unité – Science des données

Coordonnatrice et coordonnateur scientifiques

Claire Imbaud, Ph. D.
Jean-Luc Kaboré, Ph. D.

Unité – Science de l'information

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique
Marie St-Amour, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-04748-8 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Portrait québécois de l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement était la chirurgie - Mise à jour 2020-2023. Québec, Qc : INESSS. 53 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lectrices et lecteur externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

Nicole Bouchard, pneumologue, Hôpital Fleurimont, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Alexis Bujold, radio-oncologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Catherine Labbé, pneumologue, Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Jocelyne Martin, chirurgienne thoracique, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Collaboratrices et collaborateur externes

Nicole Bouchard, pneumologue, Hôpital Fleurimont, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Alexis Bujold, radio-oncologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Catherine Labbé, pneumologue, Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Jocelyne Martin, chirurgienne thoracique, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Personnes consultées

Karine Demers, archiviste médicale, Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Kim Grenon, registraire, Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Jean-Jacques Klopfenstein, chirurgien général, Centre hospitalier régional de Lanaudière, Saint-Charles-Borromée, Santé Québec Lanaudière

Jean-Simon Lalancette, cardiologue-intensiviste, Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Patrice Lemieux, chirurgien général, Centre hospitalier régional de Lanaudière, Saint-Charles-Borromée, Santé Québec Lanaudière

Lyne Sergerie, archiviste médicale, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Anne-Marie Tousignant, archiviste médicale, protection des renseignements personnels, Santé Québec – Institut de cardiologie de Montréal

Comité de l'évolution des pratiques en oncologie

Le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) est composé d'hématologues et oncologues médicaux, de chirurgiens, de radio-oncologues, de pharmaciens, d'infirmiers et de gestionnaires. Cette composition permet de capter les différentes perspectives requises pour remplir le mandat du comité.

Présidente

Julie Beaudet, hématologue et oncologue médicale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Vice-présidente

Mélanie Simard, pharmacienne, Centre intégré de cancérologie, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Membres

Sophie Audet, hématologue et oncologue médicale, Hôpital de Chicoutimi, Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire

Marie-Ève Bédard Dufresne, pharmacienne, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Cindy Boulanger-Gobeil, chirurgienne oncologue, Hôtel-Dieu de Québec, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Marianne Boyer, pharmacienne, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Johanne Caron, hématologue et oncologue médicale, Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CHAUR), Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire

Audrey Chouinard, infirmière conseil en pratique avancée, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Anne Dagnault, radio-oncologue, Centre intégré de cancérologie, Santé Québec Chaudière-Appalaches

Bianca Déry-Neveu, pharmacienne, Hôpital Honoré-Mercier, Santé Québec Montérégie-Est

Tarek Hijal, radio-oncologue, Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill

Kevin Jao, hématologue et oncologue médical, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Christopher Lemieux, hématologue et oncologue médical, Centre intégré de cancérologie, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Élise Martel, chirurgienne générale, Centre hospitalier de Lanaudière, Santé Québec Lanaudière

Sophie Paquet, gestionnaire, chef de service Hémato-oncologie, soins palliatifs et fin de vie – axe Nord, Santé Québec Chaudière-Appalaches

Martin Rouillard, chirurgien général, Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire

Déclaration d'intérêts

Pour l'ensemble des auteurs et des experts consultés, les conflits d'intérêts et de rôles ont été déclarés et gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS.

Les auteurs de l'avis déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts ou de rôles relatif à l'objet de l'évaluation.

Ces travaux ont été réalisés en partie avec le soutien financier du Partenariat canadien contre le cancer.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES – DIAGRAMME

Ce diagramme schématise la trajectoire de soins de l'évaluation initiale et présente les thèmes abordés dans ce document.

[Cliquez sur une boîte pour aller directement à la section correspondante.](#)

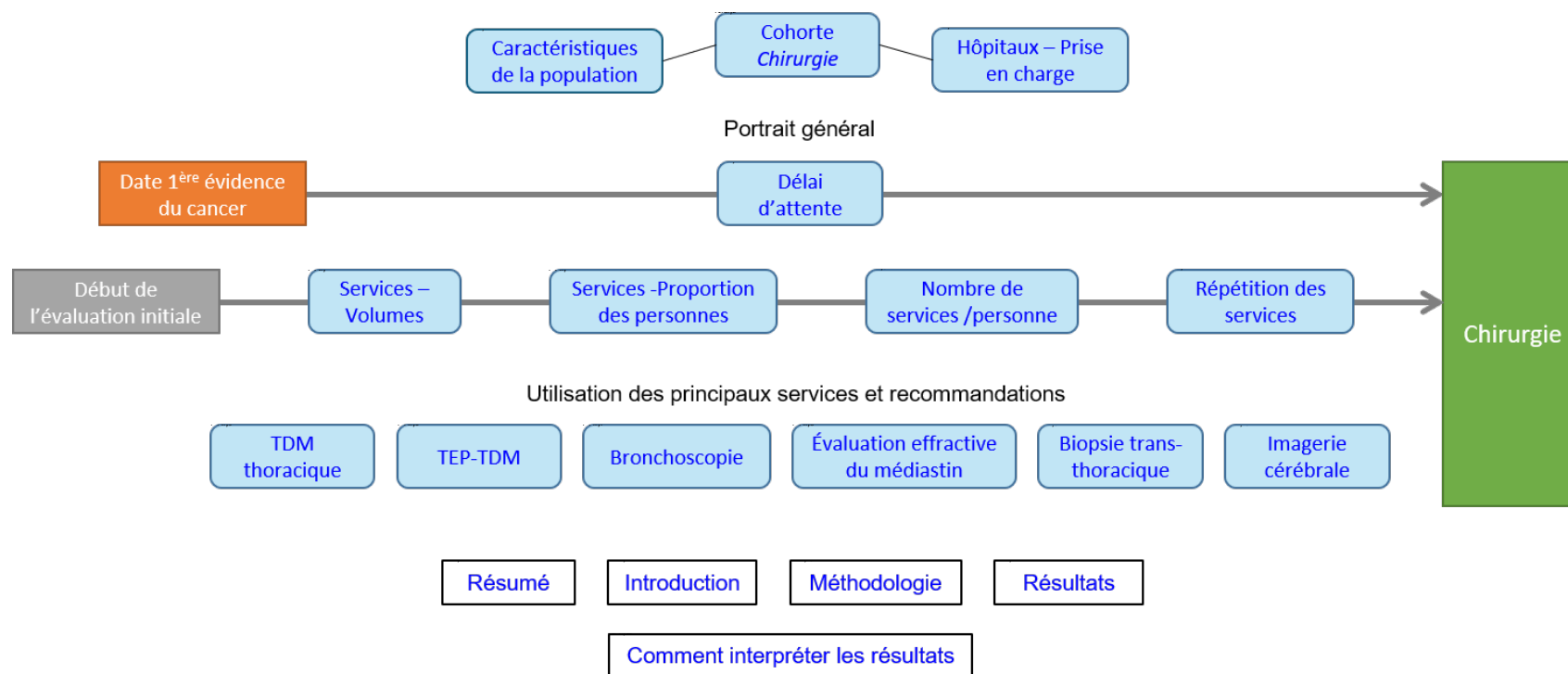


TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ACRONYMES	V
GLOSSAIRE	VI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	2
1.1 Objectifs du projet.....	2
1.2 Changements par rapport à l' <i>État des pratiques 2016-2019</i> publié en 2024	3
1.3 Cohorte <i>Cancer du poumon</i>	3
1.4 Cohorte <i>Chirurgie</i>	4
1.5 Catégories de services	4
1.6 Paramètres d'évaluation	5
1.7 Abréviation des régions sociosanitaires	6
1.8 Comment interpréter les résultats	6
2 RÉSULTATS	8
2.1 Population à l'étude et ses caractéristiques.....	8
2.1.1 Création de la cohorte <i>Chirurgie</i>	8
2.1.2 Caractéristiques de la population à l'étude (cohorte <i>Chirurgie</i>).....	9
2.2 Hôpitaux responsables des soins.....	10
2.2.1 Hôpitaux où ont été réalisées les chirurgies de résection pulmonaire.....	10
2.2.2 Hôpitaux où ont été délivrés les services de l'évaluation initiale	11
2.3 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie	12
2.3.1 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie, pour l'ensemble du Québec	12
2.3.2 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie par région de résidence	14
2.4 Volumes et proportions d'utilisation des services.....	17
2.4.1 Volume et proportion des services sur l'ensemble des services	17
2.4.2 Nombre et proportion de personnes qui ont reçu les services	18
2.5 Nombre de services par personne	19
2.5.1 Nombre de services par personne pour l'ensemble du Québec	19
2.5.2 Nombre de services par personne par région de résidence	20
2.6 Répétition des services.....	23
2.7 TDM thoracique	25
2.7.1 Proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique.....	25
2.7.2 Proportion des personnes chez qui la TDM thoracique a été répétée, parmi celles qui ont eu le service	27

2.8	TEP-TDM	29
2.8.1	Proportion des personnes qui ont eu une TEP-TDM	29
2.9	Bronchoscopie.....	31
2.9.1	Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie (tous contextes)	31
2.9.2	Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule.....	33
2.9.3	Proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée, parmi celles qui ont eu le service (tous contextes).....	35
2.10	Évaluation effractive du médiastin.....	37
2.10.1	Proportion des personnes qui ont eu une évaluation effractive du médiastin.....	37
2.10.2	Proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une évaluation effractive du médiastin	39
2.10.3	Proportion des personnes dont la première évaluation effractive du médiastin a été réalisée par une approche non chirurgicale.....	40
2.11	Biopsie transthoracique	42
2.11.1	Proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique.....	42
2.12	Imagerie cérébrale.....	44
2.12.1	Proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale.....	44
2.12.2	Proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale parmi celles qui ont eu une imagerie cérébrale.....	46
2.12.3	Proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une IRM cérébrale.....	48
DISCUSSION.....		49
CONCLUSION ET PERSPECTIVES		52
RÉFÉRENCES.....		53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Catégories des services analysés	4
Tableau 2	Abréviations des régions sociosanitaires	6
Tableau 3	Caractéristiques des personnes de la cohorte <i>Chirurgie</i> et de leur maladie.....	9
Tableau 4	Hôpitaux qui ont réalisé ≥ 1 % des chirurgies durant l'une des périodes	10
Tableau 5	Hôpitaux qui ont délivré au moins 1 % des services de l'évaluation initiale durant l'une des périodes	11

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Création de la cohorte <i>Chirurgie</i> 2022-2023 – Diagramme de flux	8
Figure 2	Distribution des délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie, ensemble du Québec	13
Figure 3	Distribution cumulative des délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie, ensemble du Québec	13
Figure 4	Délai médian entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence, période 2022-2023	15
Figure 5	Délai au 90 ^e percentile entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence, période 2022-2023	15
Figure 6	Évolution du délai médian entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence.....	16
Figure 7	Évolution du délai au 90 ^e percentile entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence.....	16
Figure 8	Volume et proportion des services sur l'ensemble des principaux services, ensemble du Québec, période 2022-2023.....	17
Figure 9	Nombre et proportion de personnes qui ont reçu les principaux services, ensemble du Québec, période 2022-2023.....	18
Figure 10	Nombre de services par personne, ensemble du Québec.....	19
Figure 11	Nombre médian de services par personne, par région de résidence, période 2022-2023	21
Figure 12	Évolution du nombre médian de services par personne, par région de résidence.....	21
Figure 13	Proportion des personnes qui ont eu un nombre faible (≤ 3), moyen (4 à 8) et élevé (≥ 9) de services, par région de résidence, période 2022-2023	22
Figure 14	Répétition des principaux services parmi ceux qui ont reçu les services, ensemble du Québec, période 2022-2023.....	24
Figure 15	Proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique, par région de résidence, période 2022-2023	26
Figure 16	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique, par région de résidence	26
Figure 17	Proportion des personnes chez qui la TDM thoracique a été répétée parmi ceux qui ont eu le service, par région de résidence, période 2022-2023	28

Figure 18	Évolution de la proportion des personnes chez qui la TDM thoracique a été répétée, par région de résidence.....	28
Figure 19	Proportion des personnes qui ont reçu une TEP-TDM, par région de résidence, période 2022-2023	30
Figure 20	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une TEP-TDM, par région de résidence	30
Figure 21	Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie.....	32
Figure 22	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie	32
Figure 23	Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule, par région de résidence, période 2022-2023	34
Figure 24	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule	34
Figure 25	Proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée parmi celles qui ont eu le service, par région de résidence, période 2022-2023	36
Figure 26	Évolution de la proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée	36
Figure 27	Proportion des personnes qui ont eu une évaluation effractive du médiastin, par région de résidence, période 2022-2023	38
Figure 28	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une évaluation effractive du médiastin, par région.....	38
Figure 29	Proportion des personnes pour qui la première évaluation effractive du médiastin a été réalisée par une approche non chirurgicale, par région, période 2022-2023.....	41
Figure 30	Évolution de la proportion des personnes pour qui la première évaluation effractive du médiastin a été réalisée par une approche non chirurgicale, par région	41
Figure 31	Proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique, par région, période 2022-2023	43
Figure 32	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique, par région	43
Figure 33	Proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale, par région, période 2022-2023	45
Figure 34	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale	45
Figure 35	Proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale parmi celles qui ont eu une imagerie cérébrale, par région, période 2022-2023.....	47
Figure 36	Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale parmi celles qui ont eu une imagerie cérébrale, par région	47

RÉSUMÉ

Introduction

En 2024, l'INESSS a produit un premier [portrait](#) québécois de l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement était la chirurgie. Celui-ci couvrait la période 2016-2019 et présentait des résultats concernant les délais et l'utilisation des services durant l'évaluation initiale. Cette seconde version du portrait en constitue une mise à jour et couvre deux périodes de deux années civiles : 2020-2021 et 2022-2023. L'objectif de ces travaux est de fournir aux équipes médicales une information pertinente afin de les appuyer dans l'amélioration continue des soins.

Cette nouvelle version est rehaussée par le recours aux données du Registre québécois du cancer (RQC), qui permettent, d'une part, d'obtenir une cohorte de cas confirmés plutôt qu'inférés et, d'autre part, de mieux délimiter la fenêtre temporelle de l'évaluation initiale.

Méthodologie

Les analyses reposent sur le jumelage des banques de données clinico-administratives et du RQC. La population à l'étude est issue d'une extraction des cas de cancer du poumon du RQC, parmi lesquels seules les personnes dont le premier traitement est la chirurgie ont été retenues. Les délais entre la première évidence du cancer – généralement la première imagerie thoracique de l'évaluation – et la chirurgie ont été estimés. L'analyse des services a porté sur 29 catégories comprenant des imageries, des interventions diagnostiques et des tests visant à évaluer l'admissibilité aux traitements. Une vingtaine de paramètres ont été évalués, dont certains se rapportent aux recommandations de l'algorithme d'investigation, de traitement et de suivi du cancer du poumon de l'INESSS. La plupart des résultats sont présentés pour l'ensemble du Québec et par région sociosanitaire de résidence des patients.

Constats généraux

La population à l'étude de la période 2022-2023 est composée d'une proportion plus grande de femmes (61 %); l'âge médian est de 69 ans et le nombre médian de services reçus par personne durant l'évaluation initiale est de 6. Comme attendu, la plupart des personnes sont atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) et présentent une maladie de stade précoce (I-II).

Les résultats de la période 2022-2023 révèlent des améliorations par rapport à 2016-2019, bien que certains aspects demeurent perfectibles :

- La bronchoscopie seule, utilisée plus fréquemment qu'elle ne semblait pertinente en 2016-2019, a beaucoup diminué (de 45 % à 24 %). Son utilisation demeure toutefois élevée dans certaines régions.

- Dans toutes les régions, une méthode non chirurgicale est pratiquement toujours utilisée comme première approche d'évaluation effractive du médiastin.
- En ce qui concerne les personnes traitées par pneumonectomie, une évaluation effractive du médiastin a été réalisée chez une proportion plus élevée d'entre elles (augmentation de 72 % à 87 %); la cible de ≥ 90 % a presque été atteinte. La recherche de métastases cérébrales par IRM a également augmenté, mais la proportion demeure faible (de 27 % à 36 %). Chez ce groupe de personnes, 12 % n'ont eu aucune imagerie cérébrale.

Les résultats soulèvent également certains points de réflexion pour la période 2022-2023 :

- Les délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie ont été plus longs en 2022-2023 qu'en 2016-2019 (médiane : 129 contre 120 jours). Peu de personnes ont été opérées à l'intérieur de l'objectif de ≤ 60 jours suivant la première évidence du cancer (5,7 %).
- Les services les plus souvent répétés ont été la TDM thoracique et la bronchoscopie.
- Une hétérogénéité importante des résultats a été observée entre les régions pour la plupart des paramètres évalués, ce qui semble indiquer une variation des pratiques.
- Certaines régions présentent une intensité d'utilisation des services plus élevée, notamment la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent et la Capitale-Nationale.

Perspective

Les analyses présentées sont maintenant largement automatisées, ce qui permettra de produire le portrait dans des délais plus courts, de réduire l'écart entre les périodes d'analyse et la date de parution et d'assurer sa pérennité. À chaque itération des analyses, les équipes de soins sont invitées à s'approprier leurs résultats selon une approche systématique d'amélioration continue, en évaluant si les actions d'amélioration déjà mises en place ont atteint leurs objectifs, en identifiant les points de réflexion prioritaires et en se dotant d'un plan pour y répondre. Pour faciliter ces initiatives, l'INESSS publie également des [fiches régionales](#) et examine la possibilité de diffuser certains résultats de manière plus granulaire.

SUMMARY

A Québec Overview of the Initial Assessment of Patients with Lung Cancer Whose First Line of Treatment Was Surgery - 2020–2023 Update

Introduction

In 2024, INESSS produced its first Québec [overview](#) of the initial assessment of people with lung cancer whose first treatment was surgery. This overview covered the 2016–2019 period and presented findings regarding wait times and the use of services during the initial assessment. This second version is an update and covers two periods of two calendar years: 2020–2021 and 2022–2023. The goal of this work is to provide medical teams with relevant information to support them in the continuous improvement of care.

This new version is enhanced by the use of data from the Québec Cancer Registry (QCR), which makes it possible, on the one hand, to obtain a cohort of confirmed cases rather than inferred ones and, on the other hand, to more accurately define the time frame of the initial assessment.

Methodology

The analyses are based on the linkage of clinical-administrative databases with the QCR. The study population was derived from an extraction of lung cancer cases from the QCR, from which only those individuals whose first treatment was surgery were included. The time intervals between the first evidence of cancer—generally the first chest imaging study during evaluation—and surgery were estimated. The analysis of services covered 29 categories, including imaging studies, diagnostic procedures, and tests to assess eligibility for treatment. About 20 parameters were evaluated, some of which relate to the recommendations of the INESSS algorithm for the investigation, treatment, and follow-up of lung cancer. Most of the results are presented for Québec as a whole and by the patients' health region of residence.

General Findings

The study population for the 2022–2023 period consists of a higher proportion of women (61%); the median age is 69 years, and the median number of services received per person during the initial assessment is 6. As expected, most individuals have non-small cell lung cancer (NSCLC) and are in the early stages of the disease (I–II).

The results for the 2022–2023 period show improvements compared to 2016–2019, although there is still room for improvement in certain areas:

- Bronchoscopy alone, which was used more frequently than seemed appropriate in 2016–2019, has declined significantly (from 45% to 24%). However, its use remains high in some regions.

- In all regions, a non-surgical method is almost always used as the first approach for invasive evaluation of the mediastinum.
- Among patients treated with pneumonectomy, an invasive mediastinal evaluation was performed in a higher proportion of them (an increase from 72% to 87%); the target of $\geq 90\%$ was nearly achieved. Screening for brain metastases using MRI has also increased, but the proportion remains low (from 27% to 36%). Among this group of patients, 12% did not undergo any brain imaging.

The results also raise some points for consideration regarding the 2022–2023 period:

- The time from initial evidence of cancer to surgery was longer in 2022–2023 than in 2016–2019 (median: 129 vs. 120 days). Few patients underwent surgery within the target of ≤ 60 days following the initial evidence of cancer (5.7%).
- The most frequently repeated procedures were chest CT scans and bronchoscopy.
- Substantial heterogeneity in results was observed across regions for most of the parameters evaluated, suggesting variation in clinical practices.
- Some regions show a higher intensity of service use, notably Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent, and Capitale-Nationale.

Perspective

The analyses presented are now largely automated, which will make it possible to produce the report more quickly, reduce the gap between the analysis periods and the publication date, and ensure its long-term viability. With each iteration of the analyses, healthcare teams are encouraged to take ownership of their results through a systematic approach to continuous improvement by assessing whether the improvement measures already implemented have achieved their objectives, identifying priority areas for consideration, and developing a plan to address them. To facilitate these initiatives, INESSS also publishes regional fact sheets and is exploring the possibility of disseminating certain results in greater detail.

SIGLES ET ACRONYMES

BDCA	Banque de données clinico-administratives
BDCU	Banque de données communes des urgences
CCI	Classification canadienne des interventions
CEPO	Comité de l'évolution des pratiques en oncologie
CHU de Québec-UL	Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval
COVID-19	Maladie à coronavirus (SRAS-CoV-2) 2019
CPNPC	Cancer du poumon non à petites cellules
CPPC	Cancer du poumon à petites cellules
DIN	Numéro d'identification du médicament
EBUS	Échographie endobronchique
EUS	Échoendoscopie transœsophagienne
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées
FNA	Biopsie à l'aiguille fine
IC 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IUCPQ-UL	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère)
PCCC/CPAC	Partenariat canadien contre le cancer/Canadian Partnership Against Cancer
Q1	Quartile 1
Q3	Quartile 3
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie)
RED-D	Registre des événements démographiques – Fichier des décès
RLC	Registre local du cancer
RQC	Registre québécois du cancer
SMED	Services pharmaceutiques
SMOD	Services rémunérés à l'acte
SNC	Système nerveux central
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomographie par émission de positrons
VDP	En verre dépoli (nodule)

GLOSSAIRE

Évaluation initiale

Dans le cadre des présents travaux, la période de l'évaluation initiale peut comprendre l'intervalle entre la consultation avec le médecin de famille et celle avec le médecin spécialiste, l'investigation, la stadification de la maladie, l'évaluation de l'admissibilité au traitement et l'intervalle entre la requête opératoire et la chirurgie.

Investigation

Recherche approfondie qui sert à évaluer (confirmer ou infirmer) les résultats cliniques préliminaires (SPAC, 2025).

Service de l'évaluation initiale

Dans le cadre des présents travaux, un service correspond à l'un des tests d'imagerie ou à l'une des interventions diagnostiques qui peuvent être utilisés durant l'évaluation initiale. Ils comprennent 29 catégories et sont présentés au [tableau 1](#).

Stadification

Réalisation des examens et des tests pour connaître l'étendue du cancer dans le corps, en particulier pour savoir si la maladie s'est propagée à partir de son site d'origine jusqu'à d'autres parties du corps (traduction libre) (NCI, 2025).

Traitement néoadjuvant

Traitement anticancéreux administré avant le traitement principal. Il est souvent utilisé pour réduire la taille de la tumeur, évaluer sa réponse au traitement et rendre la chirurgie moins effractive, ce qui peut favoriser une récupération plus rapide. Il peut aussi contribuer à diminuer le risque de récurrence (traduction libre) (OncoLink, 2026).

INTRODUCTION

Le cancer du poumon représente un fardeau important

Le cancer du poumon est la néoplasie le plus fréquemment diagnostiquée et la plus mortelle au Québec. Selon les statistiques les plus récentes du Registre québécois du cancer (RQC), 10 927 personnes ont reçu un diagnostic de cancer du poumon en 2024, 6 051 en sont décédées en 2021, et le taux de survie relative à 5 ans a été de 26,5 % durant la période de 2014-2016 (MSSS, 2026).

Entre 2011 et 2021, une réduction du fardeau du cancer du poumon a été observée au Québec. En effet, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) et le taux de mortalité par cancer du poumon normalisé selon l'âge (TMNA) ont tous deux diminué au cours de cette période (MSSS, 2026) :

- TINA : diminution de 113,9 à 98,7 nouveaux cas pour 100 000 personnes (différence relative de -13 %);
- TMNA : diminution de 75,9 à 58,9 décès par cancer du poumon pour 100 000 personnes (différence relative de -22 %).

Contexte des présents travaux

En 2024, l'INESSS a publié le [portrait 2016-2019](#) de l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement a été la chirurgie (INESSS, 2024). Afin de soutenir l'amélioration des pratiques, certains points positifs et points de réflexion avaient été soulevés pour l'ensemble du Québec et par région de résidence des patients ([fiches régionales](#)). Le présent *État des pratiques* vise à actualiser ce portrait pour deux périodes de deux années civiles, soit 2020-2021 et 2022-2023. Cette édition a été rehaussée par le jumelage des données du RQC avec les données clinico-administratives. Le recours au RQC a permis de créer des cohortes composées de cas confirmés de cancer du poumon et de tirer profit de certaines variables associées à la maladie. Ces travaux ont bénéficié d'un appui financier du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC/CPAC).

Mise en perspective des résultats de la période 2016-2019

Bien que des résultats pour la période 2016-2019 aient été publiés en 2024 (INESSS, 2024), des résultats pour la même période sont de nouveau rapportés dans le présent *État des pratiques*. L'objectif est de permettre une comparaison directe entre les trois périodes, puisque certains changements méthodologiques ont été apportés depuis la publication antérieure.

1 MÉTHODOLOGIE

Cette section rapporte les principaux éléments méthodologiques nécessaires à la compréhension des travaux. La méthodologie détaillée est présentée dans le document *Annexes méthodologiques*.

1.1 Objectifs du projet

Objectif général

- Soutenir l'amélioration continue des soins dispensés dans le cadre de l'évaluation initiale du cancer du poumon.

Objectifs spécifiques

- Déterminer le délai entre la première évidence du cancer et la chirurgie.
- Estimer le volume des services et la proportion des patients qui ont reçu les services durant l'évaluation initiale.
- Identifier les principaux hôpitaux qui ont délivré les services.
- Déterminer le nombre de services reçus par patient.
- Évaluer la répétition des services.
- Apprécier l'utilisation des services en fonction des [algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi du cancer du poumon](#) de l'INESSS.
- Repérer les pratiques hétérogènes entre les régions sociosanitaires de résidence des personnes atteintes.

Population

- Personnes du Québec atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement a été la chirurgie.
- Exclusion des patients qui ont reçu une thérapie systémique néoadjuvante (avant la chirurgie).

Périodes couvertes (années civiles)

- 2016-2019
- 2020-2021
- 2022-2023

Suivi : les patients ont été suivis jusqu'au 31 mars 2025 (date butoir des banques de données).

Présentation des résultats

- Pour l'ensemble du Québec.
- Par région sociosanitaire de résidence des personnes atteintes (et non par région comme lieu de dispensation des services).

1.2 Changements par rapport à l'*État des pratiques* 2016-2019 publié en 2024

Le présent *État des pratiques* est une mise à jour de celui publié en 2024 (INESSS, 2024). Les changements suivants ont toutefois été apportés dans la présente édition :

- La cohorte *Cancer du poumon* a été créée à partir du RQC plutôt qu'à partir des données clinico-administratives (*Annexes méthodologiques*, section 1.2) :
 - les personnes incluses ne sont donc plus des cas inférés, mais confirmés;
 - le RQC contient notamment les variables relatives à la date du diagnostic, au type histologique et au stade clinique.
- La date de la première évidence du cancer est maintenant inférée à partir de la date du diagnostic du RQC plutôt qu'à partir de la date index du cancer¹ (*Annexes méthodologiques*, section 1.3). De plus, des modifications ont été apportées aux règles définissant la date de la première évidence du cancer pour augmenter la probabilité de capter les premiers tests d'imagerie thoracique et les tomodensitométries (TDM) thoraciques, si présentes.
- Certaines règles de création de la cohorte *Chirurgie* ont été changées (*Annexes méthodologiques*, section 1.4).
- Deux catégories de services ont été ajoutées aux 27 précédentes ([section 1.5](#)) :
 - échographie endobronchique (EBUS) radiale;
 - épreuves cardiologiques.
- Les listes des codes de services et de traitements ont été mises à jour.
- Certains codes d'intervention CCI, apparaissant dans MED-ÉCHO, ont été retirés, par manque de spécificité.
- Certains paramètres d'évaluation ont été abandonnés, car jugés moins pertinents (nouvelle liste : [section 1.6](#)).

1.3 Cohorte *Cancer du poumon*

La cohorte *Cancer du poumon* est composée de l'ensemble des personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer du poumon au Québec. Celle-ci est issue d'une extraction du RQC (*Annexes méthodologiques*, section 1.2).

¹ La date index du cancer correspondait essentiellement à la date à laquelle un diagnostic de cancer du poumon est observé pour la première fois dans la banque SMOD ou MED-ÉCHO.

1.4 Cohorte *Chirurgie*

La cohorte *Chirurgie*, population à l'étude, est constituée des personnes de la cohorte *Cancer du poumon* (années civiles de 2016 à 2023) dont le premier traitement enregistré dans les banques de données a été une chirurgie de résection pulmonaire (*Annexes méthodologiques*, section 1.4). Les personnes qui ont reçu un traitement néoadjuvant sont donc exclues.

1.5 Catégories de services

Les services analysés sont regroupés en 29 catégories ([Tableau 1](#); annexes méthodologiques, section 1.8). Ces catégories contiennent habituellement plus d'un code de service. Pour toutes les analyses, le nombre de services a été calculé en comptant une occurrence par catégorie, par jour, par patient. Cette règle a été adoptée afin d'éviter de compter plusieurs fois un service lorsque celui-ci a été consigné dans les banques de données en plus d'un code, complémentaire ou en supplément. Les codes de facturation et d'intervention associés à chacune des catégories sont présentés dans l'annexe D du document *Annexes méthodologiques*.

Tableau 1 Catégories des services analysés

1-Radiographie poumon/thorax ¹	11-IRM colonne	21-Ponction pleurale
2-TDM thorax	12-Scintigraphie osseuse	22-Biopsie transthoracique
3-TDM thorax et abdomen	13-IRM cérébrale	23-Biopsie rétropéritone (incluant surrénale)
4-IRM thorax	14-TDM cérébrale	24-Biopsie foie
5-TEP-TDM	15-Bronchoscopie	25-Biopsie os
6-Échographie abdomen	16-EBUS linéaire	26-Chirurgie exploratoire SNC
7-TDM abdomen	17-EBUS radiale ²	27-Biopsie ganglions (hors thorax)
8-TDM abdomen et pelvis	18-EUS	28-Épreuves respiratoires
9-TDM pelvis	19-Médiastinoscopie/tomie	29-Épreuves cardiologiques
10-IRM abdomen	20-Thoracoscopie/tomie diagnostique	

EBUS : échographie endobronchique; EUS : échoendoscopie transœsophagienne; IRM : imagerie par résonance magnétique; SNC : système nerveux central; TDM : tomodensitométrie.

¹ Avant décembre 2021, les radiographies réalisées dans les hôpitaux étaient remboursées par l'assurance hospitalisation et ne figuraient pas dans la banque SMOD. Leur nombre est donc sous-estimé.

² Deux codes de facturation spécifiques à l'EBUS radiale ont commencé à être facturés en 2021.

1.6 Paramètres d'évaluation

Les paramètres d'évaluation analysés sont les suivants :

- Caractéristiques de la population à l'étude (cohorte *Chirurgie*)
- Hôpitaux où ont été réalisées les chirurgies de résection pulmonaire
- Hôpitaux où ont été délivrés les services de l'évaluation initiale
- Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie
- Volume et proportion des services sur l'ensemble des services
- Nombre et proportion de personnes qui ont reçu les services
- Nombre de services par personne
- Répétition des services
- Proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique
- Proportion des personnes chez qui la TDM thoracique a été répétée, parmi celles qui ont reçu le service
- Proportion des personnes qui ont eu une TEP-TDM
- Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie (tous contextes)
- Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule
- Proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée, parmi celles qui ont eu le service (tous contextes)
- Proportion des personnes qui ont eu une évaluation effractive² du médiastin
- Proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une évaluation effractive du médiastin
- Proportion des personnes dont la première évaluation effractive du médiastin a été réalisée par une approche non chirurgicale
- Proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique
- Proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale
- Proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale parmi celles qui ont eu une imagerie cérébrale
- Proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une IRM cérébrale

² Terme préféré à *invasive* par l'Office québécois de la langue française dans ce contexte : (<https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26542353/effraktif>).

1.7 Abréviation des régions sociosanitaires

Afin de diminuer l'espace requis dans les tableaux et les figures, les noms des régions sociosanitaires ont été abrégés comme suit ([Tableau 2](#)) :

Tableau 2 Abréviations des régions sociosanitaires

Nom complet	Nom abrégé
01 - Bas-Saint-Laurent	01 - BSL
02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean	02 - SLSJ
03 - Capitale-Nationale	03 - CNat
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	04 - MCQ
05 - Estrie	05 - EST
06 - Montréal	06 - MTL
07 - Outaouais	07 - OUT
08 - Abitibi-Témiscamingue	08 - AT
09 - Côte-Nord	09 - CN
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	11 - GÎM
12 - Chaudière-Appalaches	12 - CA
13 - Laval	13 - LAV
14 - Lanaudière	14 - LAN
15 - Laurentides	15 - LAU
16 - Montérégie	16 - MTR
10/17/18 - Régions du nord du Québec	10/17/18 - RdnQ
10 - Nord-du-Québec	
17 - Nunavik	
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	

1.8 Comment interpréter les résultats

Population à l'étude. Il importe de souligner que la population à l'étude diffère de celle que les médecins voient dans leur clinique au quotidien. Elle représente seulement le sous-groupe de patients atteints de cancer, et non l'ensemble des personnes qui ont fait l'objet d'une investigation pour soupçon de cancer du poumon.

Références. Deux références ont servi à l'appréciation des résultats. D'abord, lorsque des recommandations permettaient de déterminer une cible, les résultats étaient appréciés en fonction de celle-ci. En l'absence de recommandation, la seconde référence était la valeur observée pour l'ensemble du Québec, à laquelle étaient comparés les résultats régionaux. Bien que l'absence d'une cible ne fasse pas automatiquement de la valeur du Québec un objectif à atteindre, un écart important entre le résultat d'une région et celui du Québec devrait tout de même susciter la réflexion.

Symboles d'appréciation. Les résultats sont rapportés sous la forme de constats. Trois symboles de point de forme ont été utilisés pour qualifier un constat de neutre ou descriptif (●), de point positif (☑) ou de point de réflexion (⚠). Un point de réflexion ne signifie pas nécessairement qu'il y a une mauvaise pratique, mais plutôt qu'une réflexion devrait être engagée, au terme de laquelle le résultat pourrait être jugé adéquat et ne nécessiter aucune action particulière.

Statistiques. Aucun test statistique n'a été utilisé pour comparer les résultats entre le Québec ou les régions et les cibles, ou entre les régions et le Québec. L'interprétation a été faite en tenant compte de l'ampleur des différences et des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %). Pour déclarer une cible atteinte, la valeur du paramètre devait être égale ou supérieure à celle-ci; l'intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) à lui seul ne suffisait pas pour déclarer une cible atteinte.

Régions limitrophes du Québec. Les services reçus à l'extérieur de la province par des Québécois n'apparaissent pas nécessairement dans les banques de données. Ainsi, il est possible que, dans les régions limitrophes du Québec, certains résultats d'utilisation de services soient sous-estimés. En Outaouais, les cliniciens consultés ont affirmé que le recours aux examens dans des cliniques de l'Ontario n'est pas chose courante. Cependant, chez les personnes qui ont un médecin de famille en Ontario, les premières imageries pourraient parfois avoir eu lieu dans cette province. Comme la date de la première évidence du cancer est inférée à partir de la première imagerie thoracique, les résultats de délais entre ce repère et la chirurgie pourraient être sous-estimés. En ce qui concerne les personnes de l'Abitibi-Témiscamingue, la proportion qui reçoit des services en Ontario serait faible également.

Régions du nord du Québec 10, 17 et 18. Par souci du principe d'inclusion, le choix a été fait de présenter les résultats de ces régions. Cependant, en raison du faible effectif de personnes provenant de ces dernières, les résultats sont imprécis (marges d'erreur importantes) et devraient être interprétés avec prudence.

2 RÉSULTATS

Pour la plupart des paramètres d'évaluation, le choix a été fait de présenter dans le document principal seulement les résultats pour la période la plus récente, soit 2022-2023. Toutefois, tous les résultats des périodes 2016-2019 et 2020-2021 sont rapportés dans le document *Annexe complémentaire - Résultats supplémentaires*.

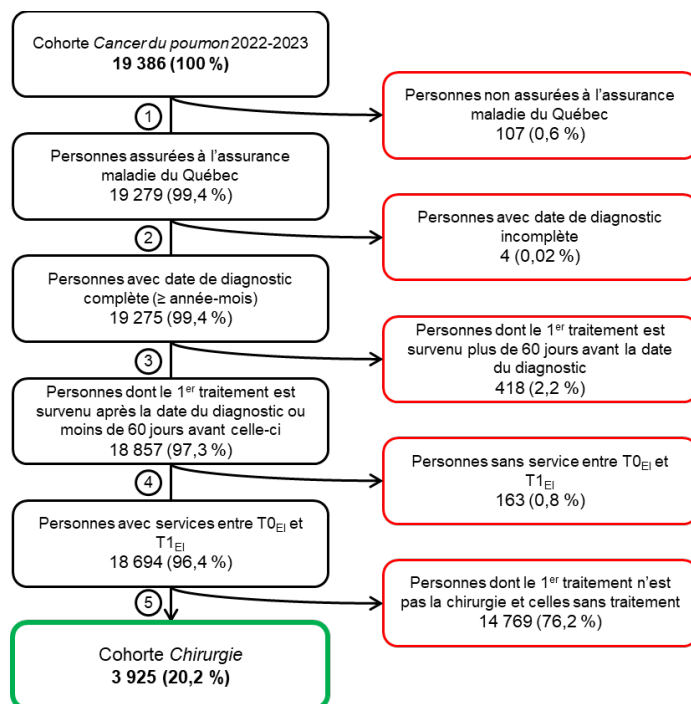
2.1 Population à l'étude et ses caractéristiques

2.1.1 Création de la cohorte *Chirurgie*

La population à l'étude est composée des personnes atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement a été la chirurgie (cohorte *Chirurgie*). La cohorte *Chirurgie* a été créée en appliquant cinq étapes de sélection à l'ensemble des personnes atteintes d'un cancer du poumon inscrites au RQC (cohorte *Cancer du poumon*; [figure 1](#)). Pour la période 2022-2023 (années civiles), celle-ci est composée de 3 925 personnes et représente environ 20 % de l'ensemble de la cohorte *Cancer du poumon*. Comme l'inclusion était conditionnelle à ce que le premier traitement soit la chirurgie, les personnes pour qui un traitement néoadjuvant apparaissait dans les banques de données étaient exclues.

Résultats supplémentaires (périodes 2016-2019 et 2020-2021) : figures S-1 et S-2 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 1 Création de la cohorte *Chirurgie* 2022-2023 – Diagramme de flux



Étape d'exclusion 3 : Les personnes exclues pourraient avoir été traitées pour un cancer métachrone. Elles sont exclues pour éviter de compter des services pour le suivi plutôt que pour l'évaluation initiale.

2.1.2 Caractéristiques de la population à l'étude (cohorte *Chirurgie*)

Constats ([Tableau 3](#))

- L'écart de proportion entre les femmes et les hommes a augmenté avec le temps.
- La moyenne et la médiane d'âge se situent autour de 68 ans. Une proportion de 4 % à 5 % de la cohorte est constituée de personnes âgées de 80 ans ou plus.
- Comme attendu, la très grande majorité des personnes de la cohorte sont atteintes d'un CPNPC (> 90 %) et d'une maladie de stade³ clinique précoce (I-II; ≥ 80 %).

Résultats supplémentaires (détails par période) : tableaux S-1, S-2 et S-3 (document *Annexe complémentaire*).

Tableau 3 Caractéristiques des personnes de la cohorte *Chirurgie* et de leur maladie

Cohortes <i>Chirurgie</i>			
Caractéristique	2016 - 2019 n = 8 284	2020 - 2021 n = 3 696	2022 - 2023 n = 3 925
Sexe (%)			
Femme	56	58	61
Homme	44	42	39
Âge au diagnostic (ans)			
Moyen +/- écart type	67,4	68,1	68,3
Écart type	+/- 8,3	+/- 8,1	+/- 8,1
Médian	68,0	68,5	68,8
Q1 - Q3	62,1 - 73,4	62,9 - 73,8	63,6 - 74,1
Étendue min. - max.	13,4 - 94,2	0,0 - 90,2	4,0 - 90,7
Classe d'âges (%)			
< 50	2,5	1,8	2,3
50-64	34	31	29
65-79	59	62	64
≥ 80	4,0	4,5	4,6
Manquant	0	0,0	0
Nombre de conditions de santé (%)			
0-4	18	23	23
5-9	44	45	48
10-19	35	30	26
≥ 20	3,3	2,2	1,8
Manquant	0,0	0	0,0
Histologie (%)			
CPNPC	93	92	91
CPPC	6,5	6,7	7,7
Autre	0,7	0,6	0,7
Manquant	0,2	0,2	0,6
Stade clinique (%)			
0	0,2	0,3	0,2
I	70	72	70
II	14	14	9,5
III	5,7	5,1	4,0
(IIIA)	5,0	4,4	3,4
IV	1,2	0,8	0,7
Occulte	0,1	0,1	0,3
Manquant	8,6	7,3	16

CPNPC : cancer du poumon non à petites cellules; CPPC : cancer du poumon à petites cellules; max. : maximum; min. : minimum; Q1 et Q3 : quartiles 1 et 3.

³ Les stades du RQC sont préliminaires, car la validation n'était pas terminée au moment de l'analyse.

2.2 Hôpitaux responsables des soins

2.2.1 Hôpitaux où ont été réalisées les chirurgies de résection pulmonaire

Constats ([Tableau 4](#))

- Un total de 20 à 26 hôpitaux ont réalisé ≥ 1 chirurgie pulmonaire, selon la période. En 2022-2023, 12 hôpitaux ont eu une activité soutenue (> 100 chirurgies).
- La moitié des chirurgies ont été réalisées dans 4 hôpitaux, et 90 % dans 11 ou 12 hôpitaux, selon la période.
- Entre 2016-2019 et 2022-2023, la part des chirurgies de l'Hôpital Charles-Lemoyne a augmenté de 65 %.
- L'Hôtel-Dieu de Québec et l'Hôpital régional de Rimouski ont pratiquement cessé d'offrir la chirurgie en 2022-2023 (voir les notes de contexte).

Notes de contexte

- Les chirurgies de résection pulmonaire ont cessé à l'Hôtel-Dieu de Québec, car l'hôpital ne dispose plus de l'expertise chirurgicale requise pour ce type d'intervention.
- Dans la région de la Capitale-Nationale, les chirurgies de résection pulmonaire sont maintenant presque toutes réalisées à l'IUCPQ-UL (2022-2023 : 98 %).

Résultats supplémentaires (détails par période) : tableaux S-4, S-5 et S-6 (document *Annexe complémentaire*).

Tableau 4 Hôpitaux qui ont réalisé ≥ 1 % des chirurgies durant l'une des périodes

Hôpital	Proportion (%)		
	2016-2019 (8 284 chirurgies)	2020-2021 (3 696 chirurgies)	2022-2023 (3 925 chirurgies)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	16	19	18
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	16	14	14
Hôpital général de Montréal	13	12	13
Hôpital régional de Saint-Jérôme	8,0	6,2	10
Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières	5,4	6,6	7,1
Hôpital Charles-Lemoyne	4,2	5,8	6,9
Hôpital de Chicoutimi	4,8	6,0	6,0
Centre hospitalier régional de Lanaudière	3,9	5,0	4,9
Hôpital Fleurimont	6,1	5,4	4,7
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	4,9	4,2	4,5
Hôtel-Dieu de Lévis	4,3	4,6	4,3
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	5,7	6,8	3,5
Hôpital d'Amos	2,1	1,9	2,0
Hôtel-Dieu de Québec	2,4	1,2	0,2
Hôpital régional de Rimouski	1,0	0	0,0
Autres hôpitaux	1,8	0,7	0,6

2.2.2 Hôpitaux où ont été délivrés les services de l'évaluation initiale

Constats ([Tableau 5](#))

- Un total de 193 à 208 installations ont délivré ≥ 1 service, selon la période.
- La moitié des services de l'évaluation initiale ont été délivrés dans 10 hôpitaux, et 90 % dans 47 à 50 hôpitaux, selon la période.
- Entre 2016-2019 et 2022-2023, la part des services de l'évaluation initiale a augmenté d'au moins 50 % dans les hôpitaux suivants : Hôpital Sainte-Croix (77 %), Hôpital de Val-d'Or (71 %) et Hôpital Charles-Lemoyne (51 %).
- Dans le même intervalle, l'Hôtel-Dieu de Québec a diminué sa part des services de 62 % (voir la note de contexte).

Note de contexte

- Le 17 mai 2022, les activités en oncologie à l'Hôtel-Dieu de Québec ont officiellement été relocalisées au nouveau complexe hospitalier de Québec, situé sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHU de Québec-UL, 2025).

Résultats supplémentaires (détails par période) : tableaux S-7, S-8 et S-9 (document *Annexe complémentaire*).

Tableau 5 Hôpitaux qui ont délivré au moins 1 % des services de l'évaluation initiale durant l'une des périodes

Hôpital	Proportion des services (%)		
	2016-2019 (58 571 services)	2020-2021 (25 634 services)	2022-2023 (34 475 services)
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	13	11	10,1
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	6,0	7,8	7,2
Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières	4,4	3,7	5,3
Hôpital Cité-de-la-Santé	5,6	4,9	4,9
Hôpital régional de Saint-Jérôme	5,3	3,9	4,6
Hôpital de Chicoutimi	3,4	4,0	4,1
Hôpital Royal Victoria	2,8	2,7	4,0
Hôtel-Dieu de Lévis	2,8	3,4	4,0
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	3,4	4,4	3,9
Hôpital Fleurimont	3,5	3,8	3,5
Hôpital Charles-Lemoyne	2,2	2,8	3,4
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	3,2	3,5	2,9
Hôpital régional de Rimouski	3,8	3,8	2,9
Hôpital de Saint-Eustache	1,5	2,0	2,0
Hôpital Pierre-Le Gardeur	2,0	2,0	2,0
Hôpital de Hull	1,6	1,8	1,8
Centre hospitalier régional de Lanaudière	1,8	1,5	1,8
Hôpital Pierre-Boucher	1,7	1,7	1,5
Hôpital général de Montréal	1,4	1,5	1,4
Hôpital du Haut-Richelieu	1,1	1,3	1,3
Hôpital de l'Enfant-Jésus	1,4	1,3	1,2
Hôpital et CLSC de Val-d'Or	0,7	1,0	1,1
Hôpital Honoré-Mercier	1,2	1,8	1,1
Hôpital Sainte-Croix	0,6	0,8	1,1
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	1,4	1,1	0,9
Hôtel-Dieu de Québec	2,2	1,4	0,8
Hôpital de Gatineau	1,0	0,9	0,7
Autres installations et information manquante	22	21	20

2.3 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie

L'objectif était de mesurer les délais de toute la période de l'évaluation initiale, de la première évidence du cancer jusqu'à la chirurgie. La date de la première évidence du cancer correspond à une imagerie thoracique chez 98,5 % des personnes (*Annexes méthodologiques*, section 1.3).

Recommandation

Selon le consensus clinique et l'objectif poursuivi par le MSSS, les personnes atteintes d'un cancer du poumon devraient recevoir un traitement dans un délai de 60 jours après le premier examen anormal (MSSS, 2023a; 2023b).

Cible : ≤ 60 jours

2.3.1 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie, pour l'ensemble du Québec

Message clé : *Les délais ont été supérieurs à la cible de 60 jours pour la grande majorité des personnes, et à toutes les périodes; les délais les plus longs ont été ceux de 2022-2023.*

Constats (Figures [2](#) et [3](#))

- ❓ Les différentes mesures de délais ont varié entre les périodes :
 - Moyenne : 119 à 136 jours (3,9 à 4,5 mois);
 - Médiane : 111 à 129 jours (3,7 à 4,2 mois);
 - 90^e percentile : 191 à 210 jours (6,3 à 6,9 mois).
- ❓ La proportion des personnes opérées dans les 60 jours suivant la première évidence du cancer a varié entre les périodes de 5,7 % à 12,1 %.
- ❓ Les délais les plus longs sont observés en 2022-2023 et les plus courts, en 2020-2021.
- ❓ La distribution des délais présente une grande variabilité (écart type d'environ +/- 2 mois).

Interprétation

Durant la pandémie de COVID-19, les activités médicales ont globalement ralenti, sauf les plus urgentes, comme c'est le cas de l'investigation du cancer du poumon. Il est plausible que cela ait contribué aux délais plus courts observés en 2020-2021. Lorsque les activités médicales ont repris une cadence sensiblement normale, le rattrapage général pourrait avoir entraîné une augmentation des délais d'accès aux services, ce qui expliquerait la hausse observée en 2022-2023.

Les délais incluent l'ensemble des composantes qui peuvent y contribuer, par exemple le suivi périodique de certains cas équivoques de cancer du poumon.

Figure 2 Distribution des délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie, ensemble du Québec

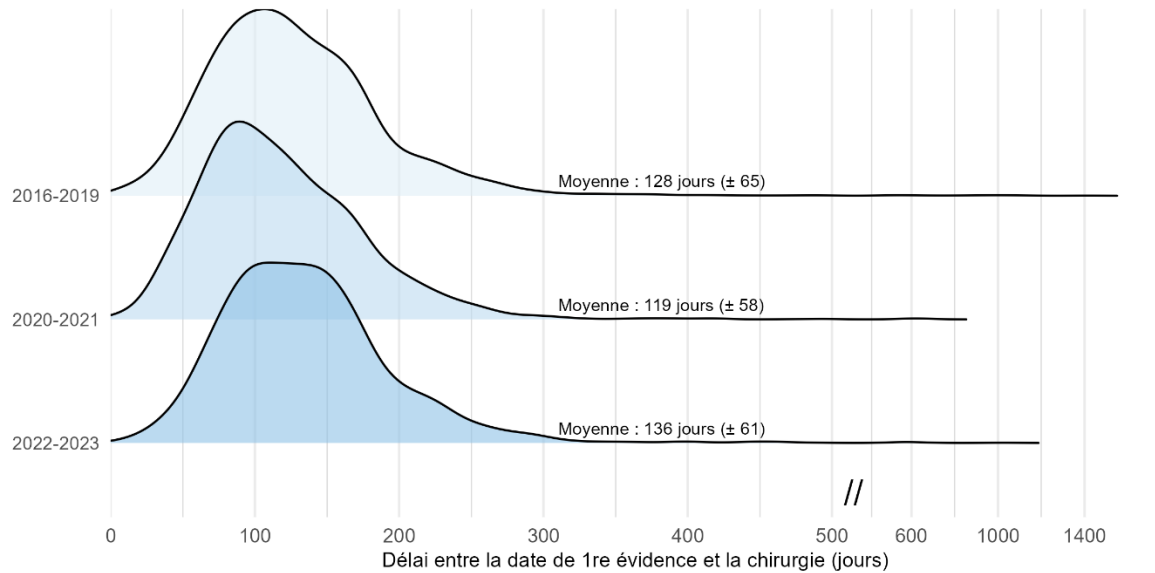
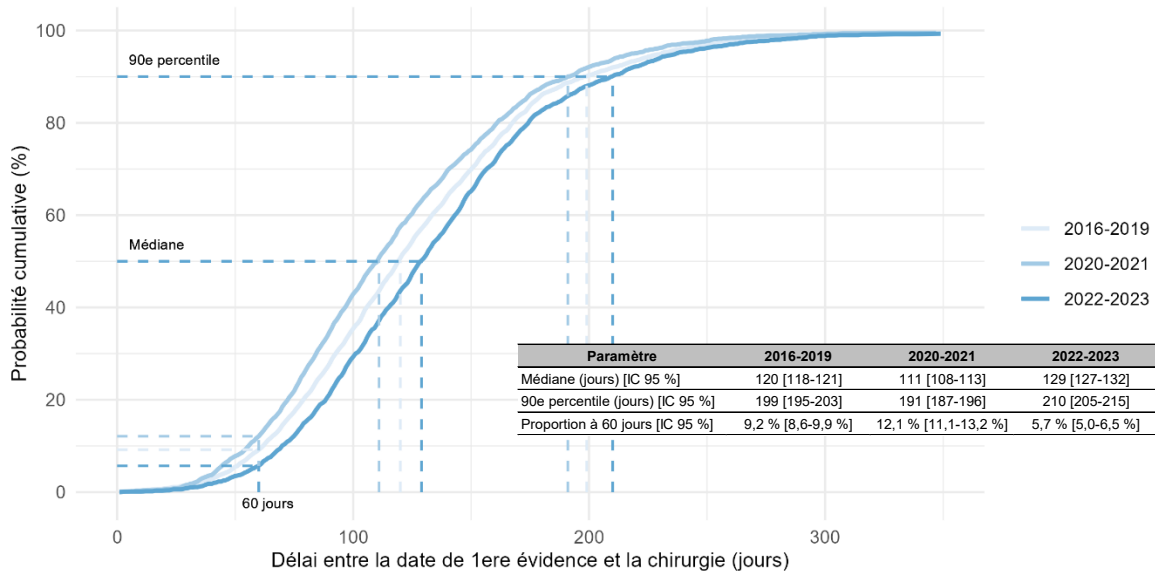


Figure 3 Distribution cumulative des délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie, ensemble du Québec



2.3.2 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie par région de résidence

Message clé : *Malgré les longs délais dans toutes les régions, globalement, les plus courts ont été observés chez les personnes de la Capitale-Nationale, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et des Laurentides, et les plus longs, chez celles de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de la Montérégie.*

Constats

Période 2022-2023 (Figures 4 et 5)

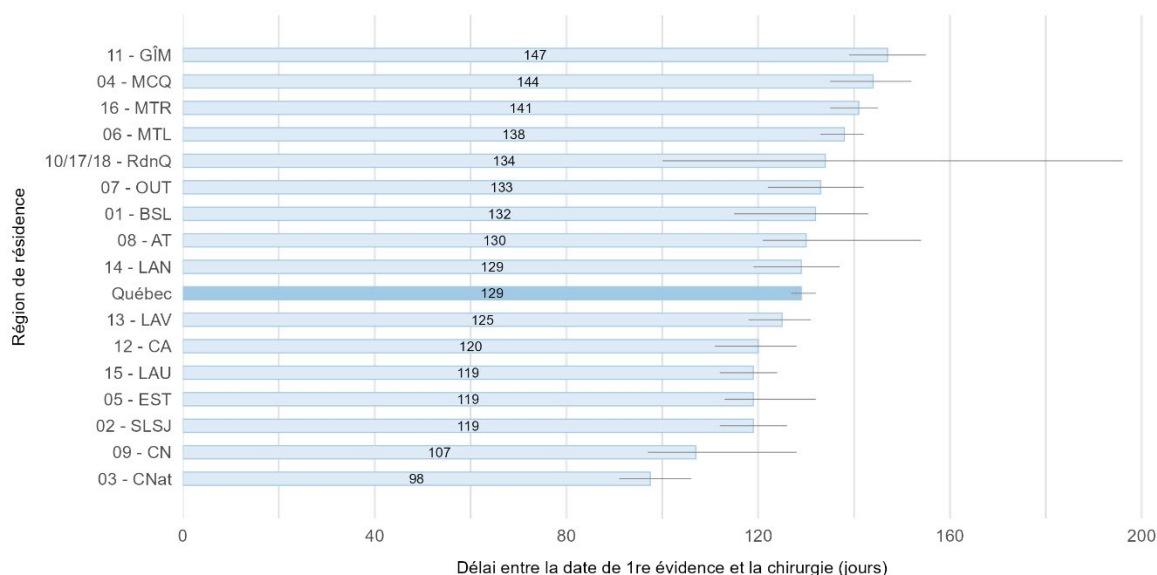
- ❓ Les mesures de délai présentent des variations entre les régions :
 - Médianes : 98 à 147 jours (3,2 à 4,8 mois);
 - 90^e percentile : 173 à 238 jours (5,7 à 7,8 mois).
- ❓ La proportion des personnes opérées dans les 60 jours suivant la première évidence du cancer a varié entre les régions de 2,9 % à 15 % (tableau supplémentaire S-12).
- ✅ Le délai médian des personnes de la Capitale-Nationale a été 31 jours plus court que celui de l'ensemble du Québec.
- ✅ Les délais au 90^e percentile des personnes du Saguenay–Lac-Saint-Jean et des Laurentides ont été plus courts que celui de l'ensemble du Québec de 37 et de 30 jours, respectivement.

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 (Figures 6 et 7)

- ❓ Les mesures de délais ont augmenté dans la majorité des régions.
- ❓ Outre les régions du nord du Québec (10/17/18), pour lesquelles la marge d'erreur des résultats est toujours grande, l'augmentation la plus importante des délais est observée en Mauricie-et-Centre-du-Québec.
- ❓ Aucune région n'a connu une diminution importante des délais dans l'intervalle (baisses maximales : 7 jours à la médiane et 13 jours au 90^e percentile).

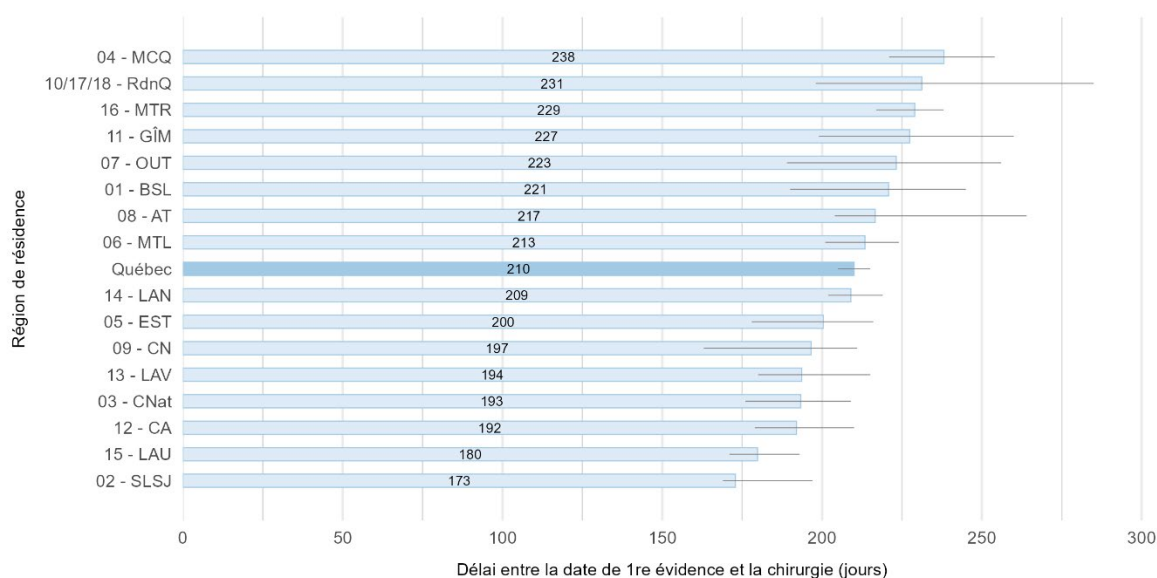
Résultats supplémentaires (détails par région, par période) : tableaux S-10, S-11 et S-12 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 4 Délai médian entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence, période 2022-2023



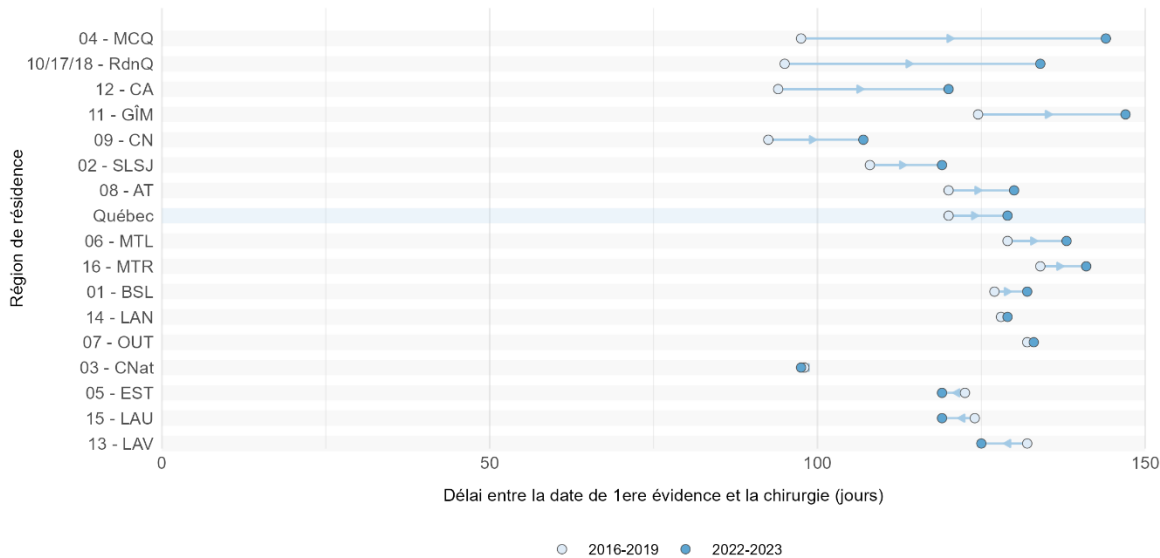
[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 5 Délai au 90^e percentile entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence, période 2022-2023



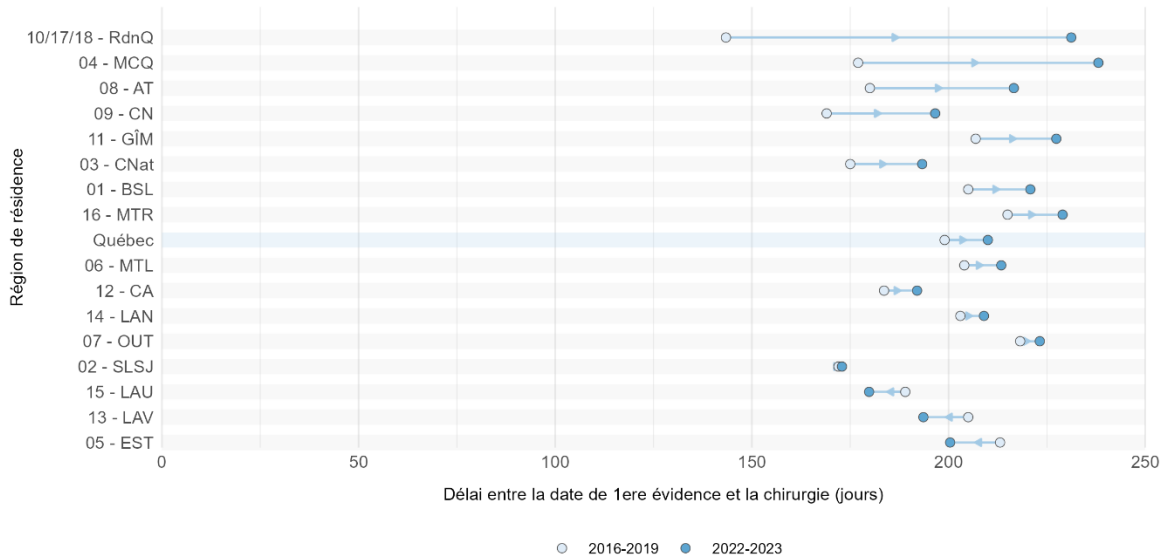
[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 6 Évolution du délai médian entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence



[Abréviation des régions](#)

Figure 7 Évolution du délai au 90^e percentile entre la première évidence du cancer et la chirurgie, par région de résidence



[Abréviation des régions](#)

2.4 Volumes et proportions d'utilisation des services

Notes méthodologiques

- Un total de 29 catégories de services a été examiné ([Tableau 1](#)).
- Le nombre de services a été calculé en comptant une occurrence par catégorie, par jour, par personne.
- Dans toutes les analyses volumétriques du portrait, les TDM du thorax facturées dans un contexte de biopsie transthoracique (le même jour) ont été exclues des comptes.

2.4.1 Volume et proportion des services sur l'ensemble des services

La volumétrie des services et la proportion de chacun d'entre eux sur l'ensemble des services ont été analysées à titre descriptif.

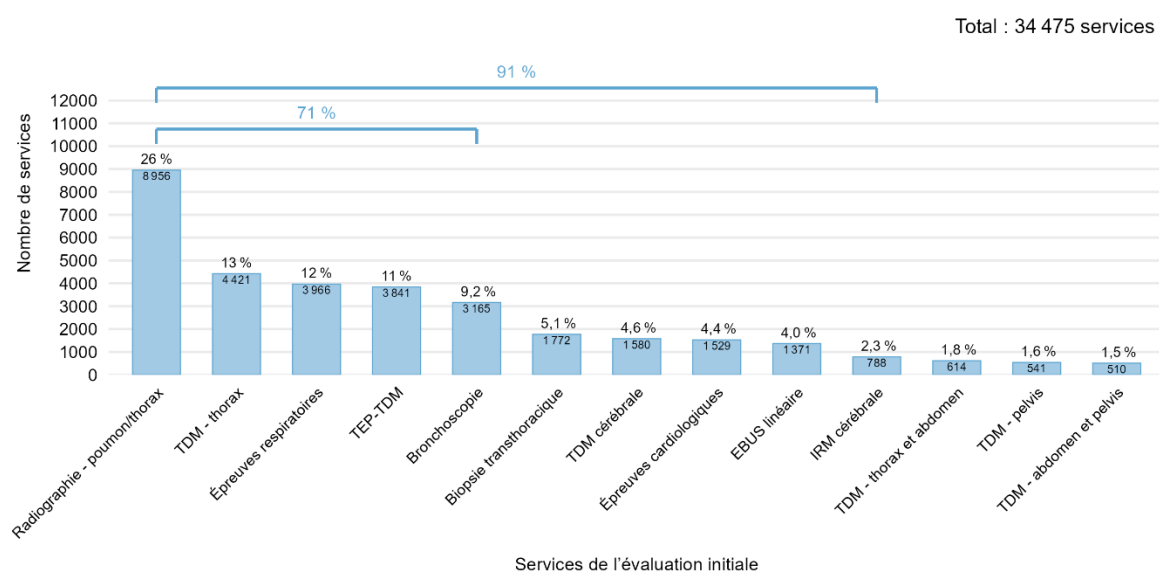
Constats

Période 2022-2023 ([Figure 8](#))

- Un total de 34 475 services a été enregistré au cours de la période 2022-2023.
- Les services le plus fréquemment utilisés ont été la radiographie du poumon/thorax, la TDM du thorax, les épreuves respiratoires, la TEP-TDM et la bronchoscopie; à eux seuls, ils représentent 71 % de l'ensemble des services.
- Les 10 services les plus utilisés représentent 91 % de l'ensemble des services.

Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-13 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 8 Volume et proportion des services sur l'ensemble des principaux services, ensemble du Québec, période 2022-2023



2.4.2 Nombre et proportion de personnes qui ont reçu les services

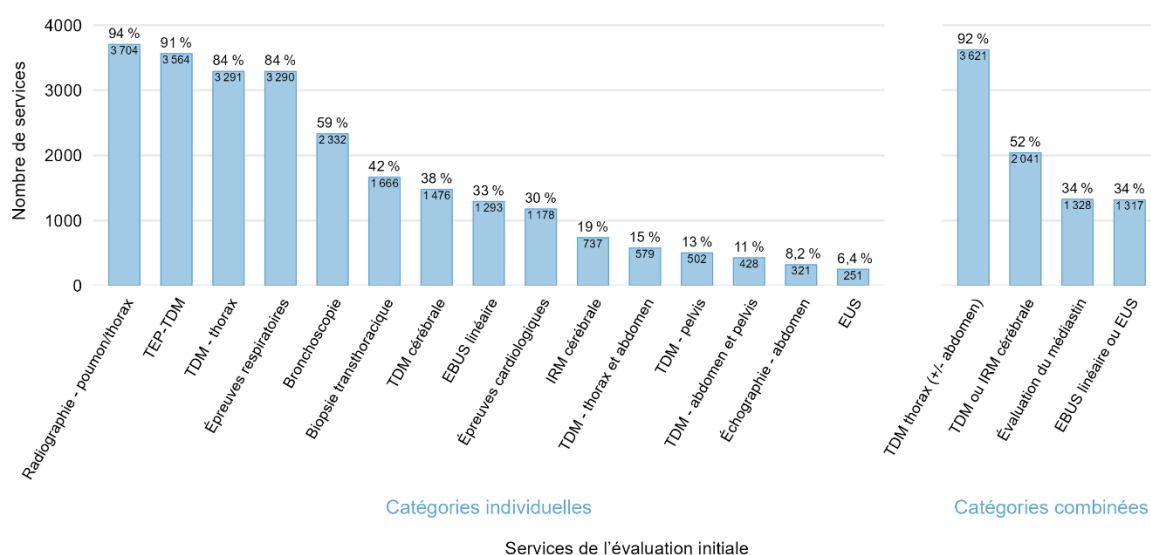
Constats

Période 2022-2023 ([Figure 9](#))

- La radiographie du poumon/thorax, la TDM du thorax (+/- abdomen), la TEP-TDM et les épreuves respiratoires ont été réalisées chez la grande majorité des personnes évaluées (≥ 84 %).
- Les autres services reçus par au moins la moitié des personnes sont la bronchoscopie et l'imagerie cérébrale (TDM ou IRM cérébrale).

Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-14 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 9 Nombre et proportion de personnes qui ont reçu les principaux services, ensemble du Québec, période 2022-2023



L'évaluation du médiastin comprend ici l'EBUS linéaire, l'EUS et la médiastinoscopie/médiastinotomie.

2.5 Nombre de services par personne

2.5.1 Nombre de services par personne pour l'ensemble du Québec

Message clé : *Les personnes ont reçu un nombre médian de 6 services durant l'évaluation initiale.*

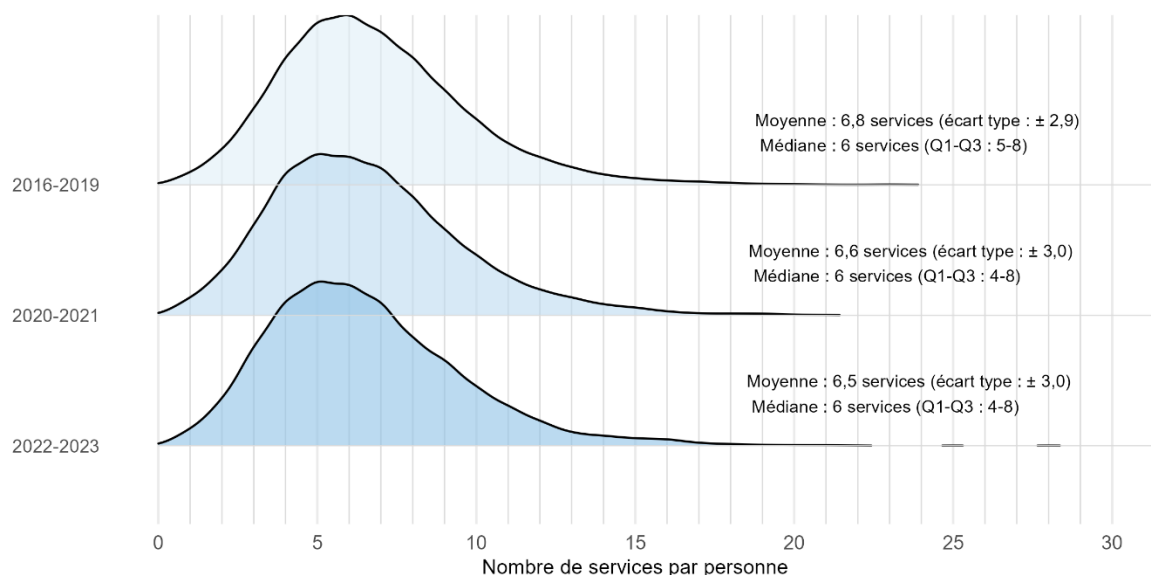
Notes méthodologiques

- Les radiographies du poumon/thorax sont utilisées à de multiples fins, notamment pour surveiller la survenue de complications lors de certaines interventions diagnostiques. Afin d'éviter que ces radiographies augmentent indûment le nombre de services reçus par personne, elles ont été exclues des analyses.
- Les répétitions de services sont considérées dans le nombre de services par personne.

Constats ([Figure 10](#))

- Au cours des trois périodes, les personnes ont reçu un nombre médian de 6 services durant leur évaluation initiale.
- Le nombre moyen de services par personne a varié de 6,5 à 6,8 services entre les périodes.
- ❓ La distribution du nombre de services par personne présente une grande variabilité (écart type d'environ +/- 3 services).

Figure 10 Nombre de services par personne, ensemble du Québec



Q1 : 1^{er} quartile; Q3 : 3^e quartile.

2.5.2 Nombre de services par personne par région de résidence

Message clé : *Globalement, les résidents de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et de la Capitale-Nationale ont reçu plus de services que ceux des autres régions.*

Note méthodologique

Les quartiles (Q) du nombre de services par personne pour l'ensemble du Québec sont à la base de la définition des qualificatifs utilisés, soit un nombre faible ($< Q1$), moyen ($\geq Q1$ et $\leq Q3$) ou élevé ($> Q3$) de services.

Constats

Période 2022-2023 (Figures [11](#) et [13](#))

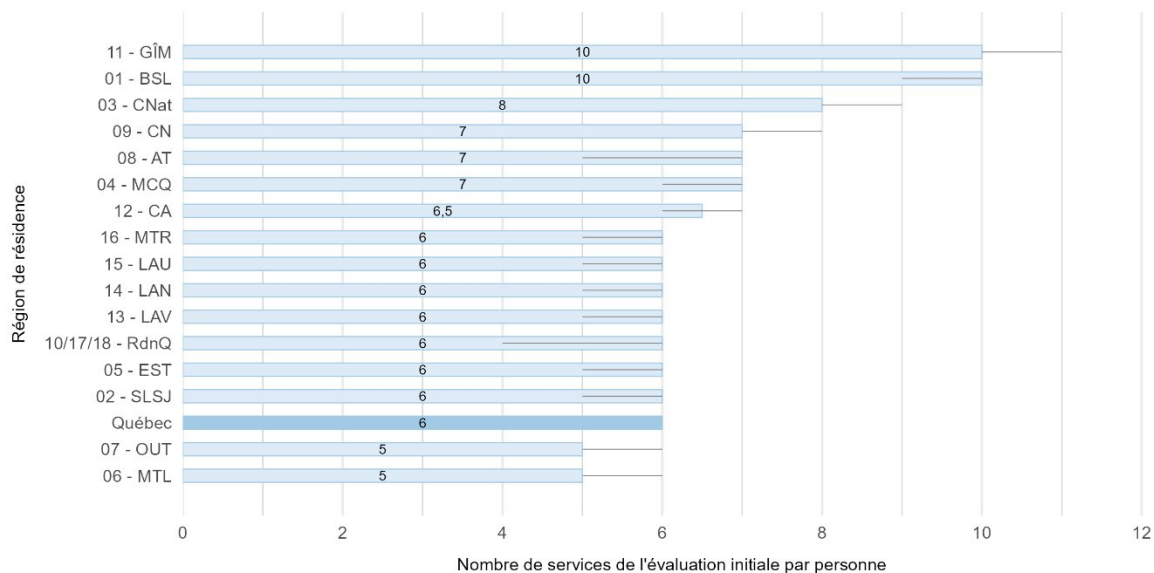
- ❓ Le nombre médian de services par personne a varié entre les régions du simple au double (5 à 10 services).
- ❓ Les valeurs médianes les plus élevées ont été observées chez les personnes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et de la Capitale-Nationale (8 à 10 services).
- ❓ La proportion des personnes ayant reçu un nombre élevé de services a été plus importante en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, dans le Bas-Saint-Laurent et dans la Capitale-Nationale (47 % à 79 %).
- ❓ Le nombre médian de services par personne a été plus faible chez les résidents de Montréal et de l'Outaouais (5 services).
- ❓ Montréal a présenté la plus grande proportion de personnes qui ont reçu un faible nombre de services (22 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 12](#))

- Le nombre médian de services par personne n'a pas changé au Québec et dans 6 régions, a augmenté de 0,5 ou de 1 service dans 5 régions et a diminué de 1 service dans 5 autres régions.
- ❓ Le nombre médian de services par personne en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et dans le Bas-Saint-Laurent est passé de 9 à 10 dans l'intervalle.

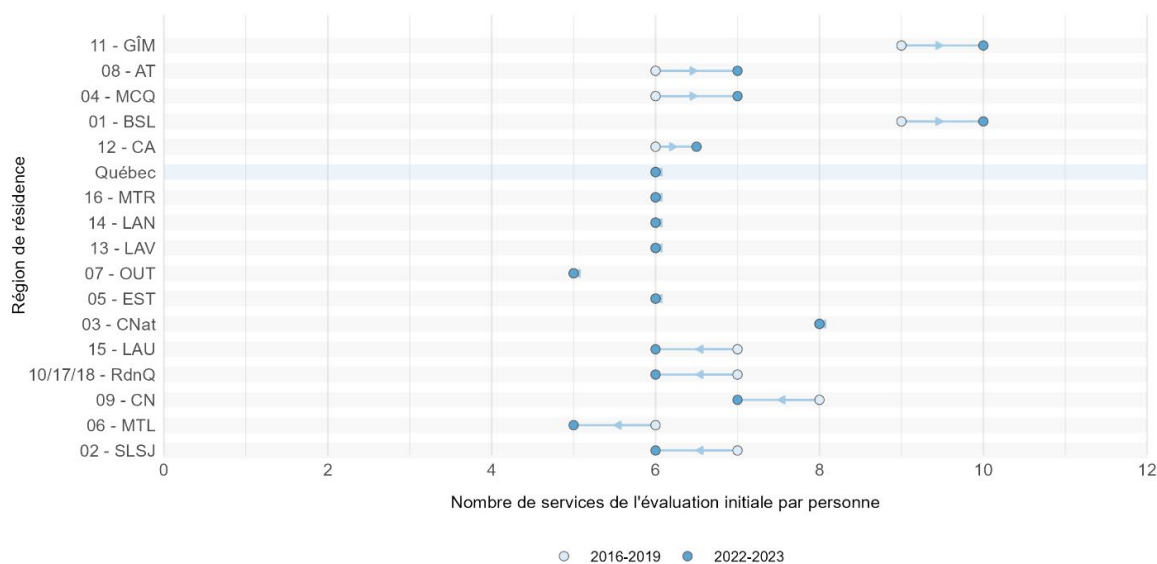
Résultats supplémentaires (détails par période) : tableau S-15 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 11 Nombre médian de services par personne, par région de résidence, période 2022-2023



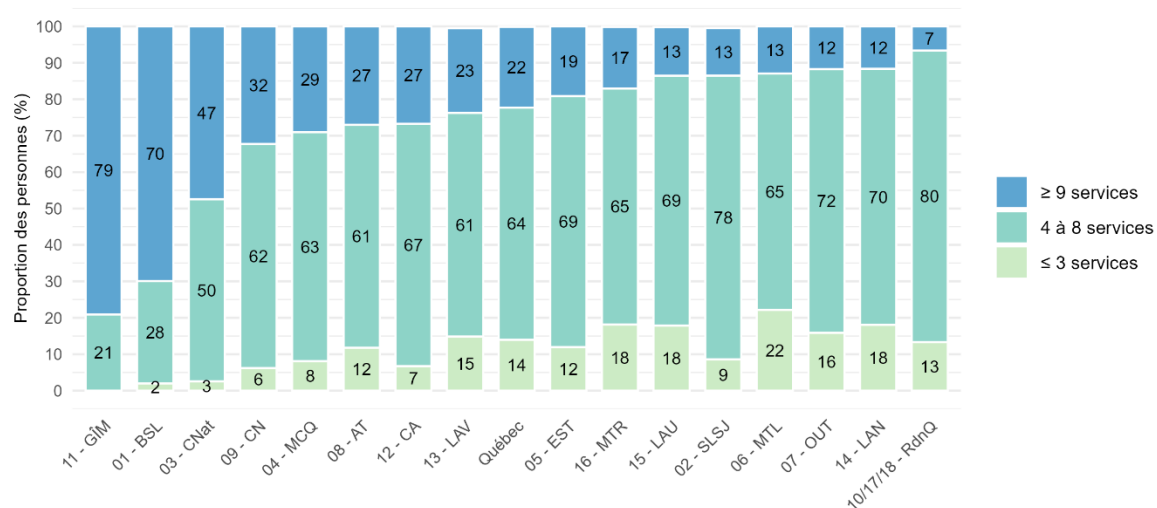
[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 12 Évolution du nombre médian de services par personne, par région de résidence



[Abréviation des régions](#)

Figure 13 Proportion des personnes qui ont eu un nombre faible (≤ 3), moyen (4 à 8) et élevé (≥ 9) de services, par région de résidence, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#)

2.6 Répétition des services

Message clé : *La TDM thoracique et la bronchoscopie ont été répétées chez environ 30 % des personnes évaluées.*

Notes méthodologiques

- La proportion des personnes chez qui un service a été répété est calculée chez les personnes qui ont reçu le service.
- Le nombre de répétitions d'un service correspond au nombre d'occurrences suivant la première.

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 14](#))

- ✓ La plupart des services ont été peu répétés (répétition chez < 10 %).
- ❓ Les services le plus souvent répétés ont été la radiographie du poumon/thorax (69 % des personnes; 5 252 répétitions), la TDM du thorax (+/- abdomen; 33 %; 1 414 répétitions), la TDM du thorax (29 %; 1 130 répétitions) et la bronchoscopie (29 %; 833 répétitions).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023

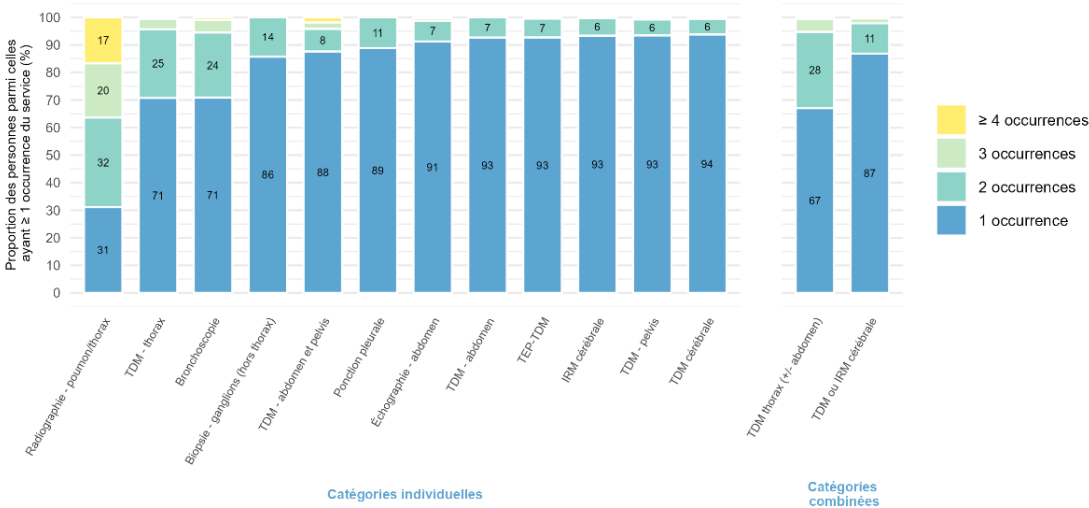
- Les services les plus répétés n'ont pas varié de façon importante dans l'intervalle, à l'exception de la TDM du thorax (+ 6 points de pourcentage; document *Annexe complémentaire - Résultats supplémentaires*, tableau S-16).

Notes interprétatives

- Bien que des répétitions soient parfois cliniquement justifiées, une trajectoire de soins devrait idéalement comporter peu de répétitions.
- Comme la radiographie du poumon/thorax est accessible et utilisée à de multiples fins, il est attendu qu'elle soit répétée fréquemment.

Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-16 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 14 Répétition des principaux services parmi ceux qui ont reçu les services, ensemble du Québec, période 2022-2023



2.7 TDM thoracique

Note méthodologique et de contexte

Dans cette section, la TDM thoracique comprend la TDM du thorax et la TDM thoraco-abdominale (TDM thorax [+/- abdomen]). Les TDM réalisées dans les cliniques privées n'apparaissent pas dans les banques de données accessibles à l'INESSS, elles ne sont donc pas comptées au numérateur dans les analyses. Cela peut entraîner une sous-estimation des résultats dans les régions où le service est offert ou dans les régions avoisinantes. Une recherche non exhaustive sur le Web indique que la plupart des cliniques privées offrant la TDM se trouvent dans le Grand Montréal, avec une présence plus limitée à Québec et à Ottawa.

2.7.1 Proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique

Message clé : *La plupart des régions du Québec ont atteint la cible, et celles sous le seuil en sont très près.*

Recommandation

Une TDM thoracique et abdominale supérieure doit être effectuée pour l'investigation chez tout patient soupçonné d'être atteint d'un cancer du poumon (INESSS, 2026).

Cible : $\geq 90 \%$

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 15](#))

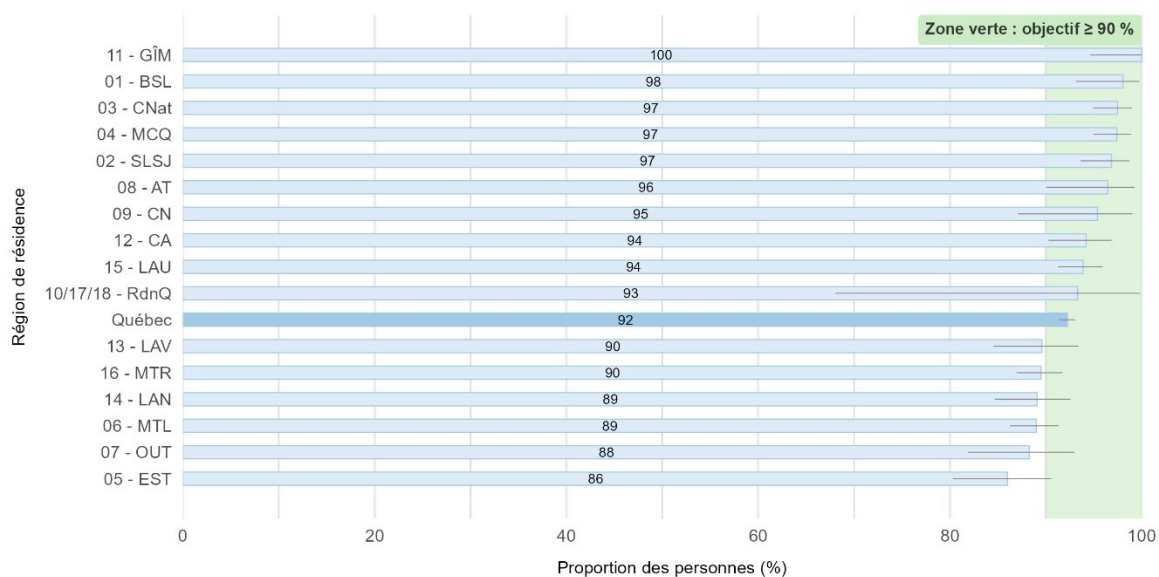
- ✓ La proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique a atteint la cible de 90 % au Québec et dans 10 des 16 régions.
- ❓ Parmi les 6 régions qui ne l'ont pas atteinte, aucune n'a obtenu une valeur inférieure à 86 %.

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 16](#))

- ✓ Dans 10 régions, les proportions obtenues durant les deux périodes ont été supérieures à la cible.
- ❓ En Estrie, à Montréal et en Outaouais, les valeurs obtenues ont été légèrement inférieures à la cible durant les deux périodes.
- ❓ Dans Lanaudière, à Laval et en Montérégie, la cible a été atteinte en 2016-2019, mais pas en 2022-2023; leurs proportions en étaient toutefois très près.

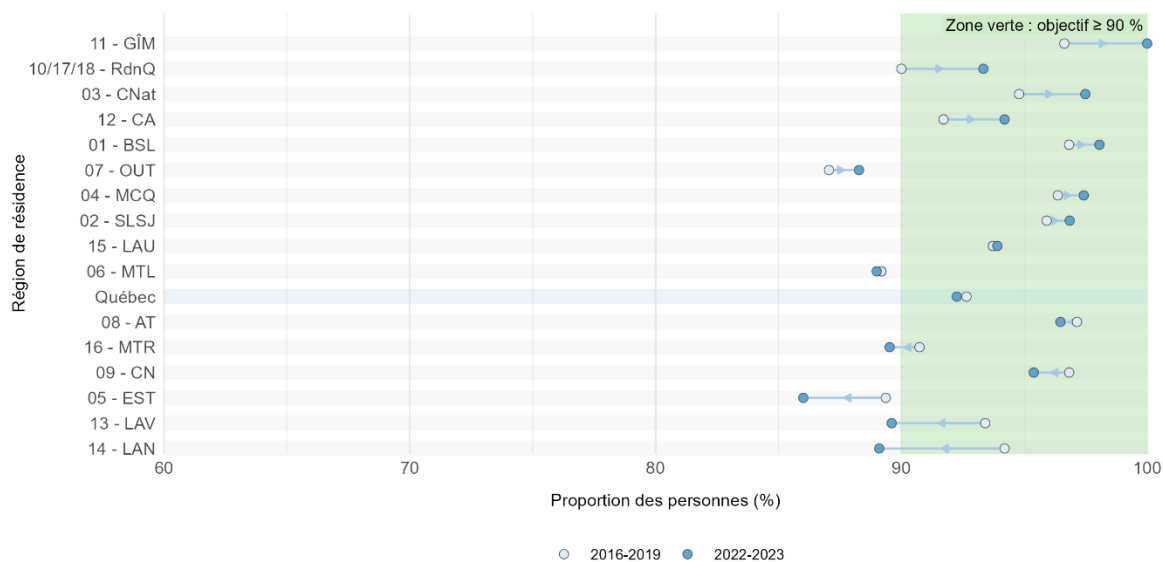
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-17 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 15 Proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique, par région de résidence, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 16 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une TDM thoracique, par région de résidence



[Abréviation des régions](#)

2.7.2 Proportion des personnes chez qui la TDM thoracique a été répétée, parmi celles qui ont eu le service

Message clé : *La TDM thoracique a été fréquemment répétée, particulièrement en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, dans le Bas-Saint-Laurent et dans la Capitale-Nationale.*

Cible : Aucune; le moins de répétitions possible est visé.

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 17](#))

- ❓ La TDM thoracique a été répétée chez 33 % des personnes au Québec et la proportion a varié entre les régions de 13 % à 91 % (un facteur de 7 fois).
- ❓ Les répétitions ont été particulièrement élevées chez les résidents de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et de la Capitale-Nationale (> 65 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 18](#))

- ✅ Une diminution importante des répétitions de la TDM thoracique a été observée dans Lanaudière (-24 points de pourcentage) et dans les régions du nord du Québec 10/17/18 (-19 points de pourcentage; marge d'erreur importante).
- ❓ Une forte augmentation des répétitions de la TDM thoracique a été constatée en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (+33 points de pourcentage), dans la Capitale-Nationale (+28 points de pourcentage) et dans le Bas-Saint-Laurent (+24 points de pourcentage).

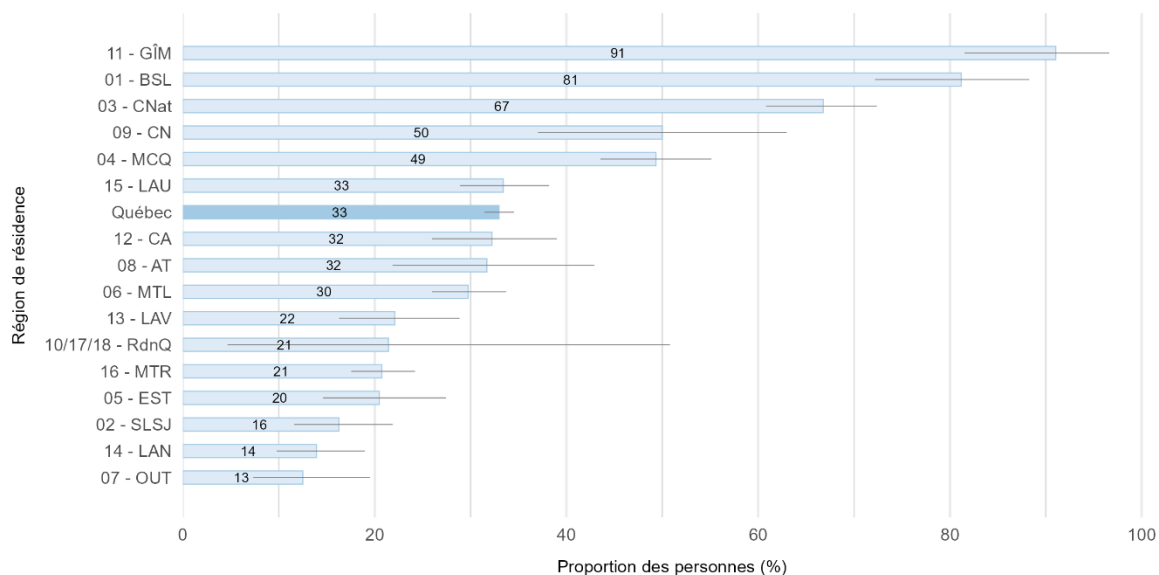
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-18 (document *Annexe complémentaire*).

Note interprétative et analyses complémentaires

La répétition de la TDM thoracique est justifiée dans certaines situations, notamment pour le suivi d'un nodule dont la malignité est incertaine ou pour obtenir une image plus récente avant la chirurgie (certains cliniciens évoquent un seuil de 2 ou 3 mois pour justifier la répétition). Cependant, l'hétérogénéité importante des résultats entre les régions semble indiquer que les différences relèvent davantage des pratiques que des contextes cliniques.

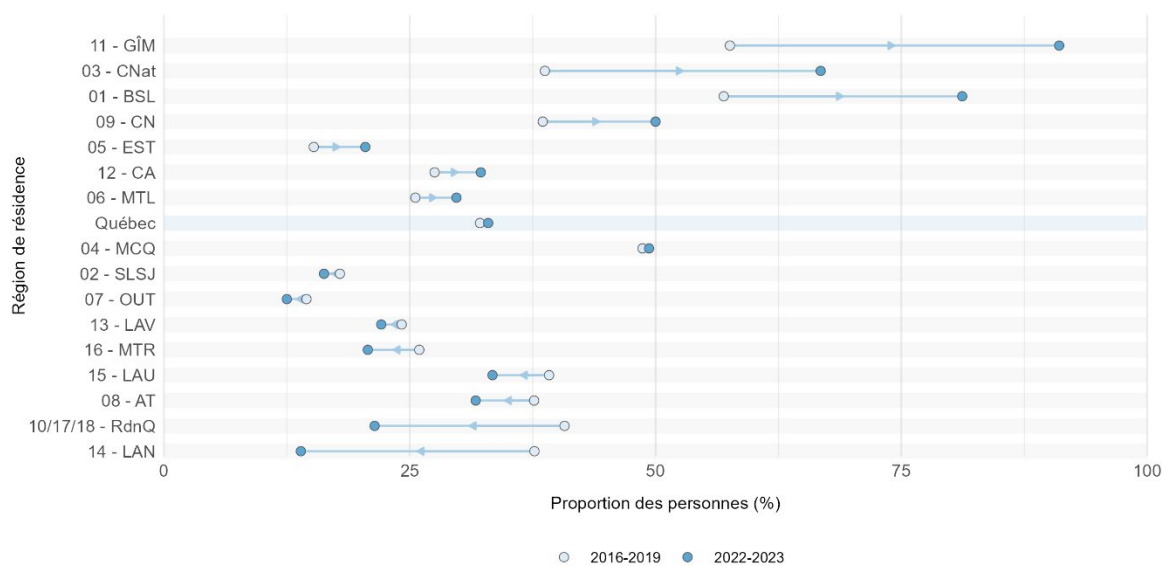
Des analyses complémentaires ont montré que 76 % des répétitions de TDM thoraciques sont effectuées ≥ 2 mois après l'occurrence précédente. Parmi les TDM thoraciques répétées après < 2 mois, 40 % l'ont été dans une installation différente de celle de l'occurrence précédente. Cette proportion a été plus élevée dans les régions couvertes par le réseau de cancérologie pulmonaire de l'Est-du-Québec (41 % à 54 %).

Figure 17 Proportion des personnes chez qui la TDM thoracique a été répétée parmi ceux qui ont eu le service, par région de résidence, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 18 Évolution de la proportion des personnes chez qui la TDM thoracique a été répétée, par région de résidence



[Abréviation des régions](#)

2.8 TEP-TDM

Note méthodologique et de contexte

Les TEP-TDM réalisées dans les cliniques privées n'apparaissent pas dans les banques de données accessibles à l'INESSS (détails : [note sur les TDM au privé](#)). L'offre au privé pour la TEP-TDM semble toutefois moins grande que pour la TDM.

2.8.1 Proportion des personnes qui ont eu une TEP-TDM

Message clé : *Presque toutes les régions du Québec ont atteint la cible, et celles sous le seuil en sont très près.*

Recommandation

La TEP-TDM est indiquée pour la stadification d'une atteinte suspectée ou confirmée de cancer du poumon. Cependant, elle n'est pas indiquée pour l'investigation d'un nodule solide de taille < 8 mm, d'un nodule mixte dont la composante solide est < 8 mm ou d'un nodule en verre dépoli pur (VDP) (INESSS, 2026).

Cible : $\geq 90 \%$

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 19](#))

- ✓ La proportion des personnes qui ont eu une TEP-TDM a atteint la cible de 90 % au Québec et dans 14 des 16 régions.
- ⚠ La cible n'a pas été atteinte dans les régions de Montréal et de la Montérégie. Leur proportion a tout de même été $\geq 85 \%$.

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 20](#))

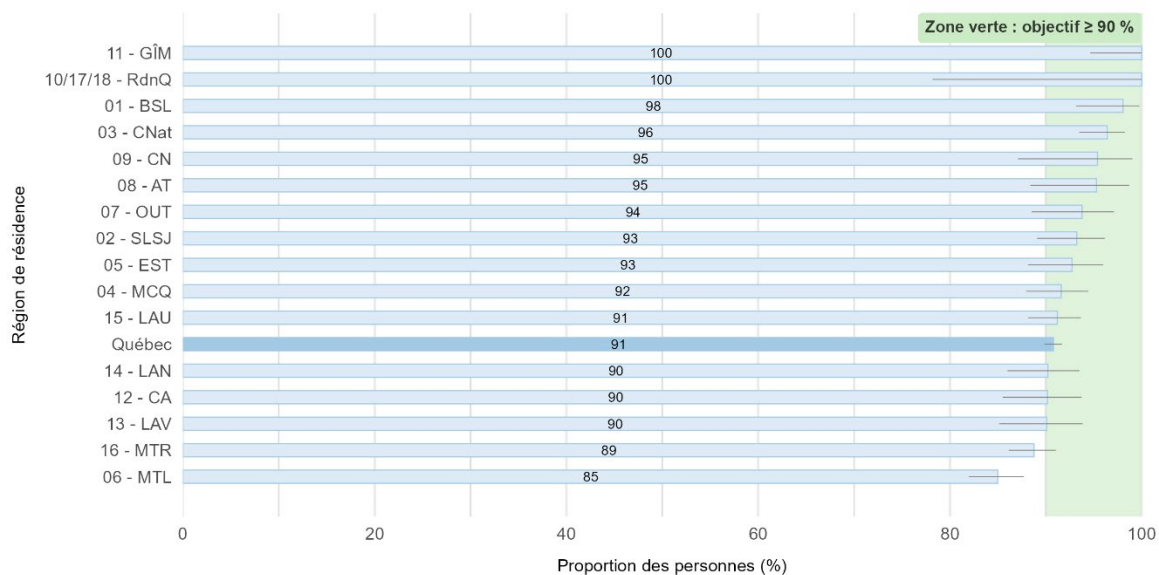
- ✓ En Abitibi-Témiscamingue, la proportion des personnes qui ont eu une TEP-TDM a augmenté de 74 % à 95 % dans l'intervalle (voir la note de contexte).
- ✓ Une augmentation de 13 points de pourcentage a été observée chez les résidents des régions du nord du Québec 10/17/18 (marge d'erreur importante).
- ⚠ Montréal, qui atteignait la cible en 2016-2019 (90 %), n'y est pas parvenu en 2022-2023 (85 %).
- ⚠ La Montérégie n'a pas atteint la cible durant les deux périodes, bien que les valeurs en soient très près ($\geq 88,8 \%$).

Note de contexte et interprétative

Le 3 février 2020, un nouvel appareil de TEP-TDM a été inauguré à l'Hôpital de Val-d'Or (CISSS-AT, 2020). Cette nouvelle offre de service est associée à une augmentation importante des personnes de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont reçu ce service durant l'évaluation initiale.

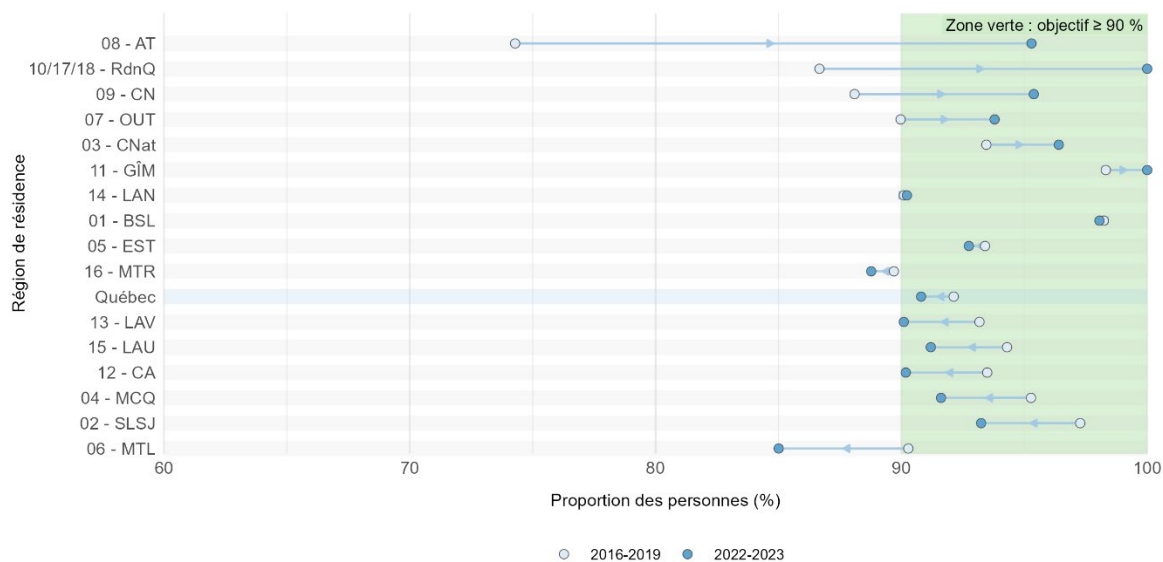
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-19 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 19 Proportion des personnes qui ont reçu une TEP-TDM, par région de résidence, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 20 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une TEP-TDM, par région de résidence



[Abréviation des régions](#)

2.9 Bronchoscopie

La bronchoscopie peut être réalisée seule, durant la même séance que l'EBUS ou au moment de la chirurgie de résection pulmonaire.

Recommandations

L'algorithme de l'INESSS souligne que la sensibilité diagnostique de la bronchoscopie est meilleure pour les lésions centrales que pour les lésions périphériques, sans toutefois formuler une recommandation explicite (INESSS, 2026). La bronchoscopie seule joue un rôle limité dans l'évaluation initiale du cancer du poumon, puisque les lésions centrales ne sont pas la forme la plus fréquente et que l'EBUS est aussi recommandée en leur présence, pour l'évaluation du médiastin (voir la [section 2.10.1](#)). Ainsi, selon le risque de malignité, il pourrait être judicieux de faire d'emblée une bronchoscopie suivie d'une EBUS dans la même séance.

2.9.1 Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie (tous contextes)

Message clé : *La bronchoscopie a été plus utilisée dans les régions du nord-est de la province.*

Cible : Aucune; la proportion attendue ne peut être estimée.

Constats ([Figure 21](#))

Période 2022-2023

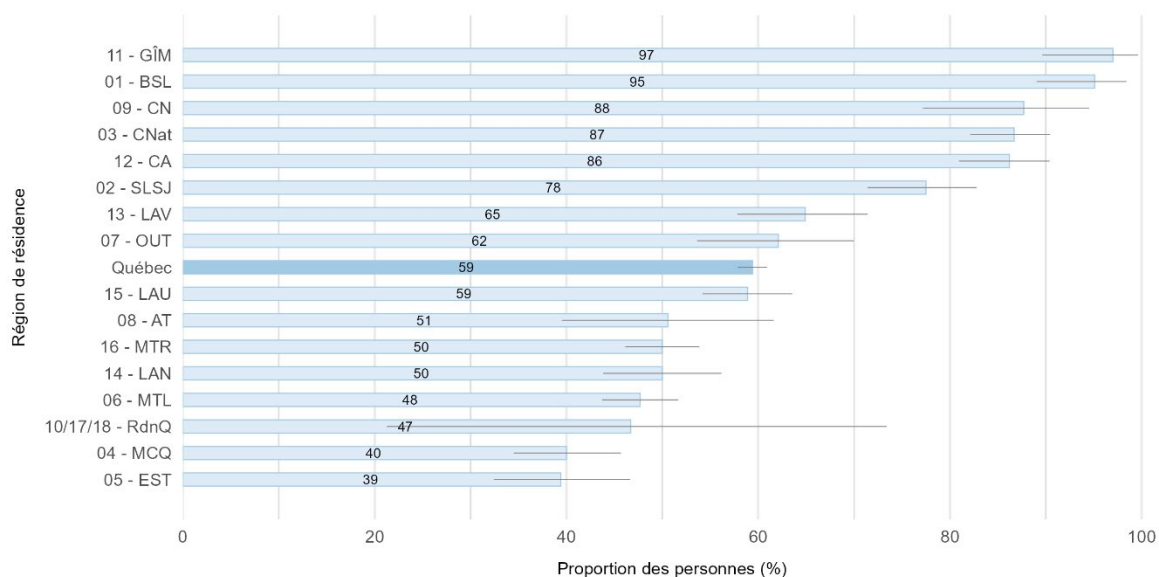
- Au Québec, la proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie a été de 59 %.
- ❓ Cette proportion a varié entre les régions de 39 % à 97 % (du simple à plus du double).
- ❓ Plus des trois quarts des personnes ont eu une bronchoscopie dans les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord, de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches et du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 22](#))

- ✅ L'utilisation de la bronchoscopie a diminué au Québec et dans presque toutes les régions.
- ❓ L'Abitibi-Témiscamingue est la seule région où une augmentation notable a été observée.

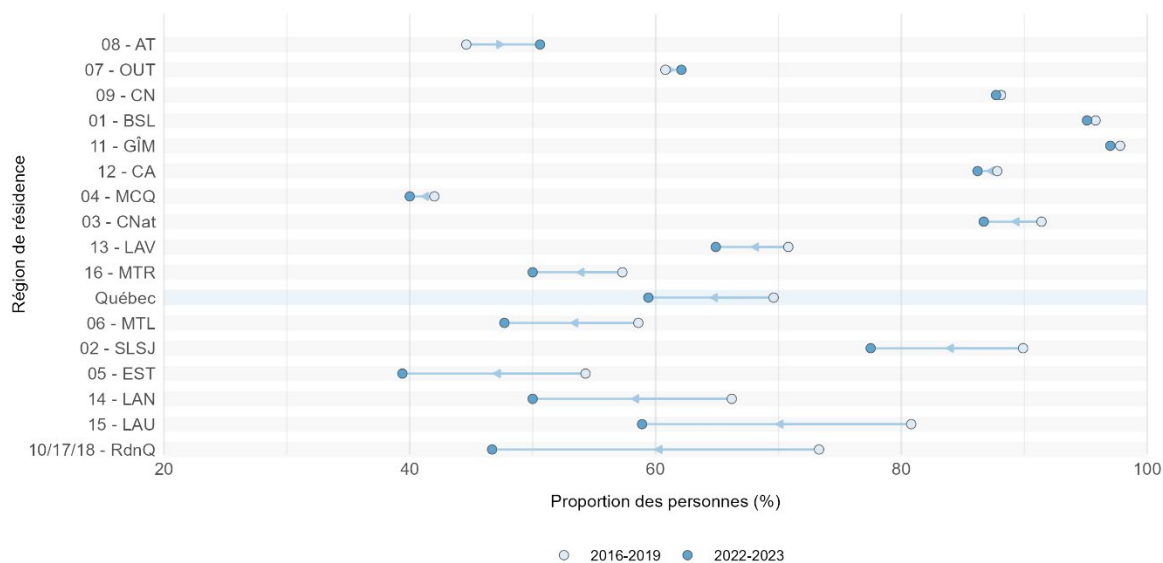
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-20 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 21 Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 22 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie



[Abréviation des régions](#)

2.9.2 Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule

Message clé : *L'utilisation de la bronchoscopie seule est en nette diminution, mais elle demeure fréquente dans certaines régions.*

Cible : Aucune; la proportion attendue ne peut être estimée. Elle devrait toutefois être limitée.

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 23](#))

- Au Québec, la proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule a été de 24 %.
- ❓ Cette proportion a varié entre les régions de 9,4 % à 82 % (facteur de près de 9 fois).
- ❓ La proportion a été particulièrement élevée chez les personnes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (> 60 %).
- ✅ Dans la plupart des régions, moins du tiers des personnes ont eu une bronchoscopie seule.

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 24](#))

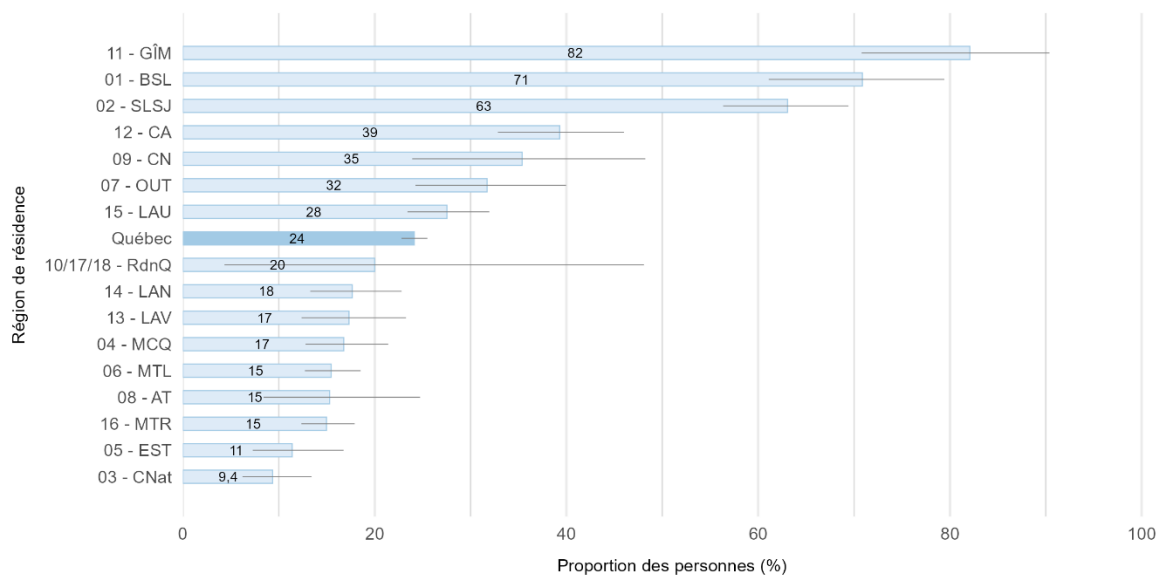
- ✅ Une diminution de l'utilisation de la bronchoscopie seule, souvent importante, a été observée au Québec et dans toutes les régions, sauf en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-21 (document *Annexe complémentaire*).

Analyses complémentaires

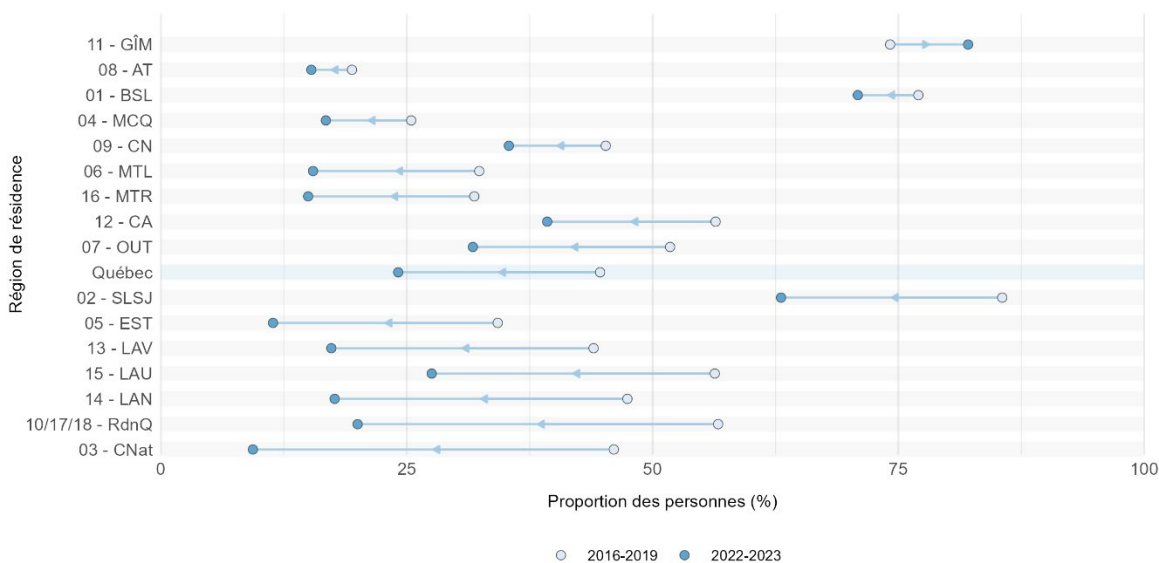
Chez les personnes des régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, la grande majorité des bronchoscopies simples ont été réalisées par des pneumologues (> 89 % en 2022-2023).

Figure 23 Proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule, par région de résidence, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 24 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une bronchoscopie seule



[Abréviation des régions](#)

2.9.3 Proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée, parmi celles qui ont eu le service (tous contextes)

Message clé : *La bronchoscopie a été répétée fréquemment en Gaspésie–Île-de-la-Madeleine, dans le Bas-Saint-Laurent, sur la Côte-Nord et dans la Capitale-Nationale.*

Cible : Aucune; le moins de répétitions possible est visé.

Constats ([Figure 25](#))

Période 2022-2023

- ❓ La proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée a été de 29 % au Québec et a varié entre les régions de 14 % à 69 % (facteur de près de 5 fois).
- ❓ La proportion des répétitions a été particulièrement élevée chez les personnes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Capitale-Nationale (> 40 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 26](#))

- ✅ Les diminutions de répétition les plus importantes ont été observées dans les régions du nord du Québec 10/17/18 (marge d'erreur importante), de Lanaudière, de la Capitale-Nationale et de Laval.
- ❓ Les augmentations de répétition les plus importantes ont été constatées en Abitibi-Témiscamingue, en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et en Montérégie.

Résultats supplémentaires (trois périodes): tableau S-22 (document *Annexe complémentaire*).

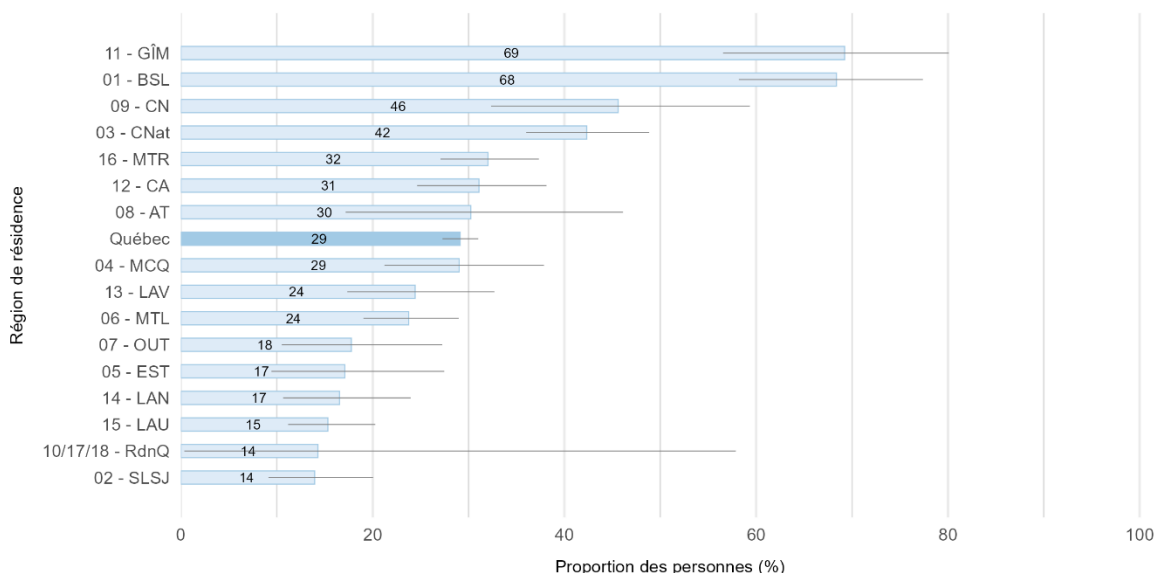
Analyses complémentaires

En 2022-2023, dans les quatre régions où la bronchoscopie a été le plus fréquemment répétée, les combinaisons de contextes de bronchoscopie prédominantes ont été les suivantes :

- Capitale-Nationale : bronchoscopie au moment de l'EBUS + bronchoscopie au moment de la chirurgie chez 81 % des personnes avec répétition;
- Côte-Nord : même combinaison que dans la Capitale-Nationale chez 54 % des personnes;
- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine : bronchoscopie seule + bronchoscopie au moment de la chirurgie chez 44 % des personnes;
- Bas-Saint-Laurent : même combinaison qu'en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine chez 33 % des personnes.

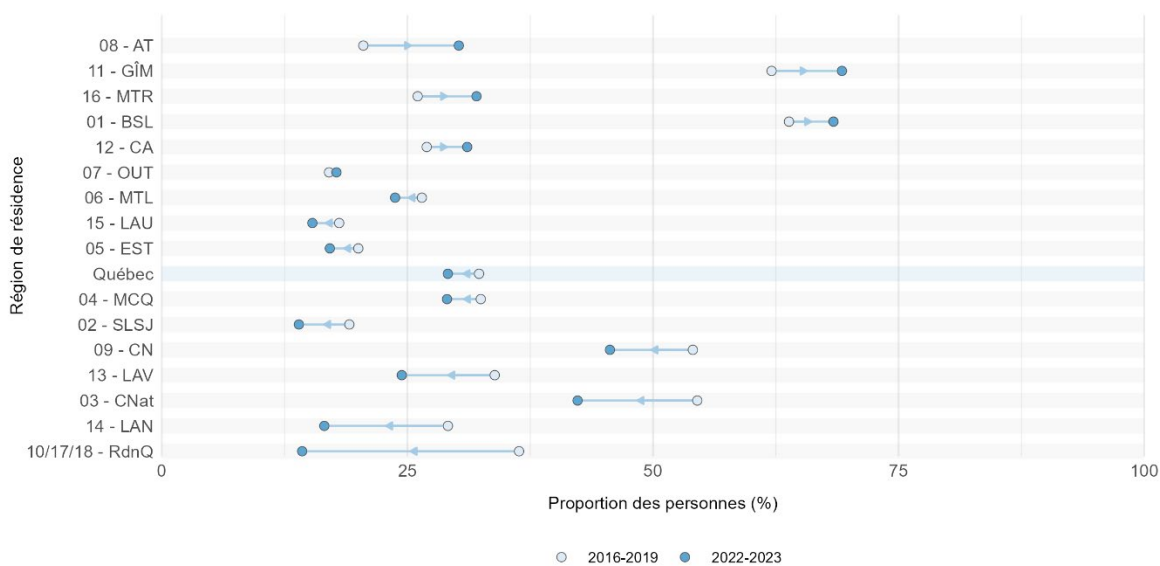
En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et dans le Bas-Saint-Laurent, environ le tiers des personnes ont eu la combinaison des trois contextes : bronchoscopie seule + bronchoscopie au moment de l'EBUS + bronchoscopie au moment de la chirurgie (36 % et 31 % respectivement).

Figure 25 Proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée parmi celles qui ont eu le service, par région de résidence, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 26 Évolution de la proportion des personnes chez qui la bronchoscopie a été répétée



[Abréviation des régions](#)

2.10 Évaluation effractive du médiastin

La présence de métastases dans les ganglions du médiastin est une contre-indication à la chirurgie pulmonaire, sauf lorsque l'atteinte est limitée (INESSS, 2026). Les techniques d'évaluation analysées sont l'EBUS linéaire⁴ et l'EUS (approches non chirurgicales), de même que la médiastinoscopie et la médiastinotomie (approches chirurgicales).

2.10.1 Proportion des personnes qui ont eu une évaluation effractive du médiastin

Message clé : *Bien que la proportion optimale visée ne soit pas connue, une grande variabilité a été observée entre les régions.*

Recommandations (INESSS, 2026)

- Lorsqu'une augmentation de la taille d'un ganglion médiastinal est observée à la TDM (≥ 1 cm, TEP +/-) ou qu'une atteinte médiastinale positive à la TEP est découverte, il est recommandé de confirmer ou d'infirmer l'atteinte par biopsie.
- Lorsque le résultat de la TDM et/ou de la TEP est négatif, une stadification des ganglions du médiastin est recommandée si la tumeur est centrale (premier tiers de l'hémithorax), ou en présence d'une atteinte N1 ou encore si la tumeur est ≥ 3 cm.

Cible : Aucune; la proportion attendue ne peut être estimée.

Constats

Période 2022-2023 (Figure 27)

- Au Québec, la proportion des personnes qui ont eu une évaluation du médiastin a été de 34 %.
- ❓ Cette proportion a varié entre les régions de 22 % à 50 % (du simple à plus du double).
- ❓ Les résultats les plus élevés ont été observés chez les personnes du Bas-Saint-Laurent et de la Côte-Nord (environ 50 %).
- ❓ La valeur la plus faible a été constatée au Saguenay–Lac-Saint-Jean (22 %).

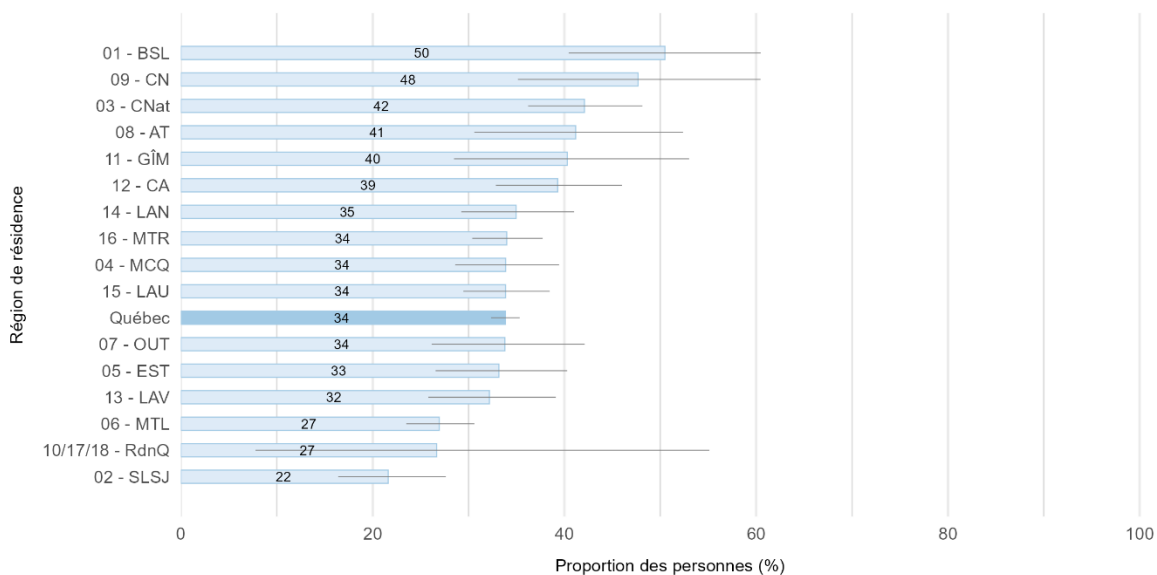
Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 (Figure 28)

- ❓ Une diminution importante de la proportion a été observée au Saguenay–Lac-Saint-Jean et dans les régions du nord du Québec 10/17/18 (marge d'erreur importante).
- ❓ Une augmentation importante de la proportion est constatée en Outaouais.

Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-23 (document *Annexe complémentaire*).

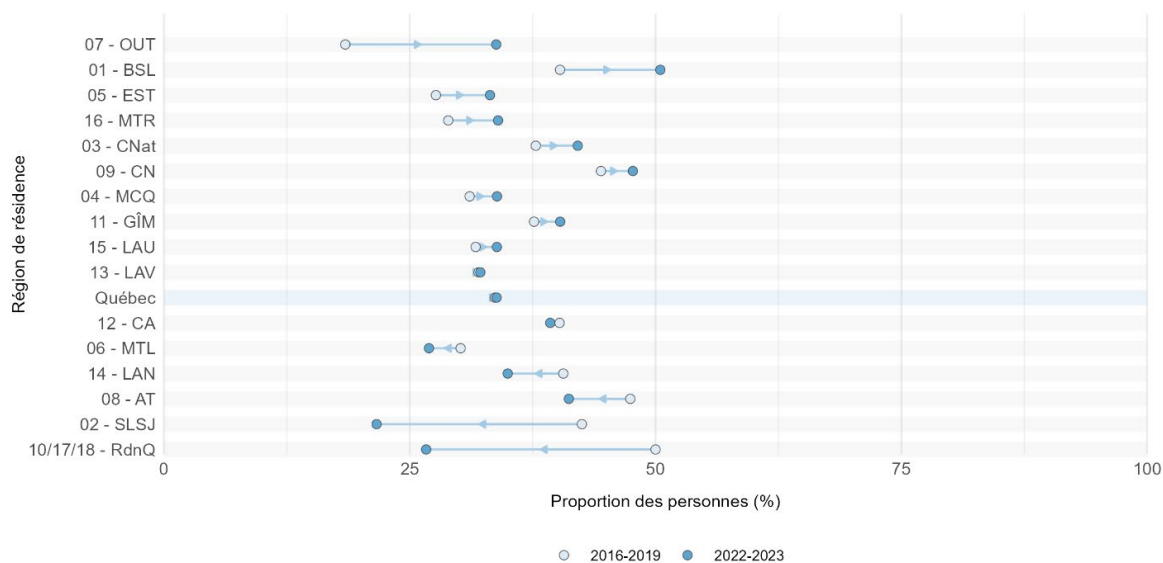
⁴ Avant 2021, les EBUS linéaire et radiale étaient facturées avec les mêmes codes et ne pouvaient être différenciées l'une de l'autre.

Figure 27 Proportion des personnes qui ont eu une évaluation efficace du médiastin, par région de résidence, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 28 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une évaluation efficace du médiastin, par région



[Abréviation des régions](#)

2.10.2 Proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une évaluation effractive du médiastin

Message clé : *Dans l'ensemble du Québec, la proportion des personnes traitées par pneumonectomie et soumises à une évaluation effractive du médiastin a presque atteint la cible de ≥ 90 %.*

La pneumonectomie est une chirurgie peu fréquente, et la proportion des personnes chez qui elle a été pratiquée a diminué dans la cohorte *Chirurgie* au fil des périodes⁵. Comme le nombre de personnes qui ont eu cette chirurgie est très faible dans toutes les régions, seuls les résultats pour l'ensemble du Québec sont présentés.

Recommandation

Lorsque les résultats de TDM et de TEP sont normaux dans le médiastin, un examen des ganglions médiastinaux accessibles et un échantillonnage des ganglions suspects à l'EBUS/EUS sont indiqués dans le cas d'une atteinte N1 (à la TEP ou à la TDM), d'une tumeur centrale (premier tiers de l'hémithorax), d'une tumeur de plus de 3 cm, d'une tumeur nécessitant une pneumonectomie ou dans le cas où un patient présente un risque chirurgical élevé en raison de comorbidités (INESSS, 2026).

Cible : ≥ 90 %

Constats

Période 2022-2023

- 🔍 Au Québec, la proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une évaluation effractive du médiastin a été légèrement sous la cible de 90 % (87 %, IC 95 % : 77 %-93 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023

- ✅ Une augmentation de 15 points de pourcentage a été observée dans l'intervalle (de 72 % à 87 %).

Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-24 (document *Annexe complémentaire*).

⁵ Les proportions des personnes traitées par pneumonectomie dans la cohorte *Chirurgie* ont été de 6,4 %, 4,3 % et 1,9 % au cours des périodes 2016-2019, 2020-2021 et 2022-2023, respectivement (les nombres absolus sont rapportés dans les résultats supplémentaires; tableau S-24).

2.10.3 Proportion des personnes dont la première évaluation efficace du médiastin a été réalisée par une approche non chirurgicale

Message clé : *En 2022-2023, la cible a été atteinte au Québec et dans toutes les régions.*

Recommandation

Lorsqu'une atteinte médiastinale positive d'après la TDM ou la TEP est découverte, il est recommandé d'utiliser l'échographie endobronchique (EBUS) et/ou l'échographie endoscopique transœsophagienne avec biopsie à l'aiguille fine (EUS-FNA) comme première méthode pour effectuer un échantillonnage des ganglions suspects. Lorsque l'EBUS/EUS n'est pas accessible, il est recommandé de diriger le patient vers un centre qui effectue ces procédures.

Cible : $\geq 80 \%$

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 29](#))

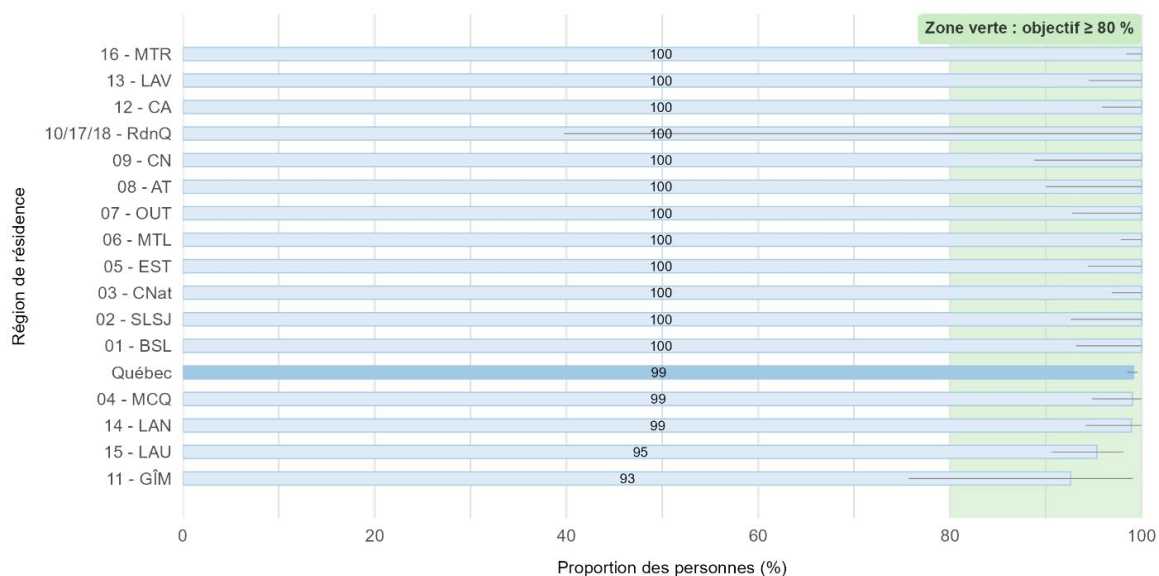
- ☑ La proportion des personnes évaluées d'abord par une méthode non chirurgicale a été de 99 % au Québec et a varié entre les régions de 93 % à 100 %.
- ☑ La cible de 80 % a été atteinte au Québec et dans toutes les régions.

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 30](#))

- ☑ La proportion a augmenté au Québec et dans presque toutes les régions.
- ☑ Cinq régions ont nouvellement atteint la cible en 2022-2023 par rapport à 2016-2019 : le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie-et-Centre-du-Québec, le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

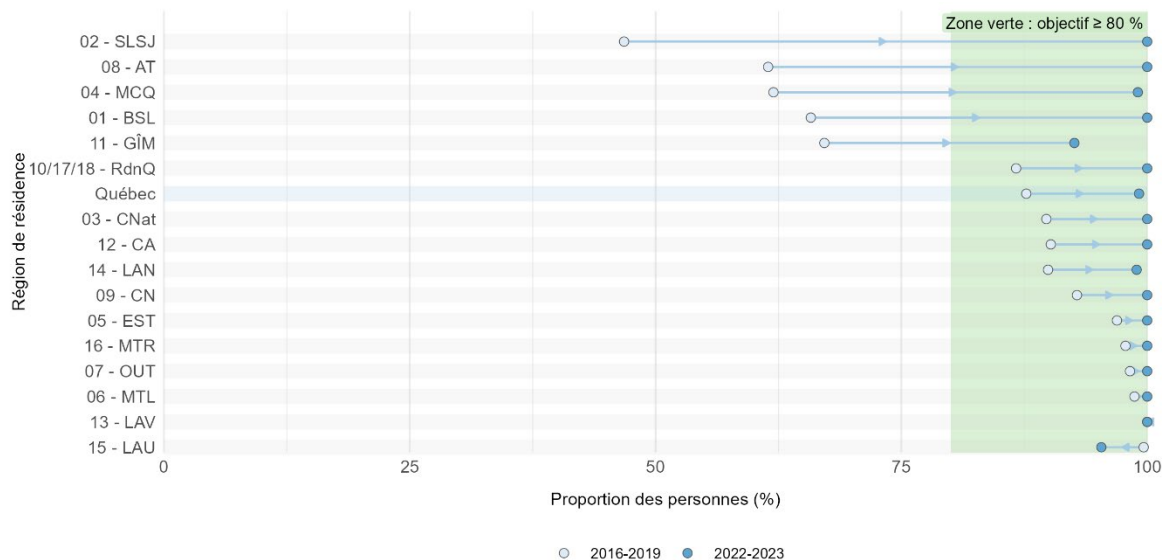
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-25 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 29 Proportion des personnes pour qui la première évaluation efficace du médiastin a été réalisée par une approche non chirurgicale, par région, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 30 Évolution de la proportion des personnes pour qui la première évaluation efficace du médiastin a été réalisée par une approche non chirurgicale, par région



[Abréviation des régions](#)

2.11 Biopsie transthoracique

2.11.1 Proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique

Message clé : *Bien que la proportion optimale visée ne soit pas connue, la variabilité entre les régions a été très importante.*

Recommandation

L'algorithme de l'INESSS ne comporte aucune recommandation spécifique concernant la biopsie transthoracique. Toutefois, elle est discutée dans la section *Confirmation d'une atteinte maligne par biopsie* (INESSS, 2026).

Cible : Aucune; la proportion attendue ne peut être estimée.

Constats

Période 2022-2023 (Figure 31)

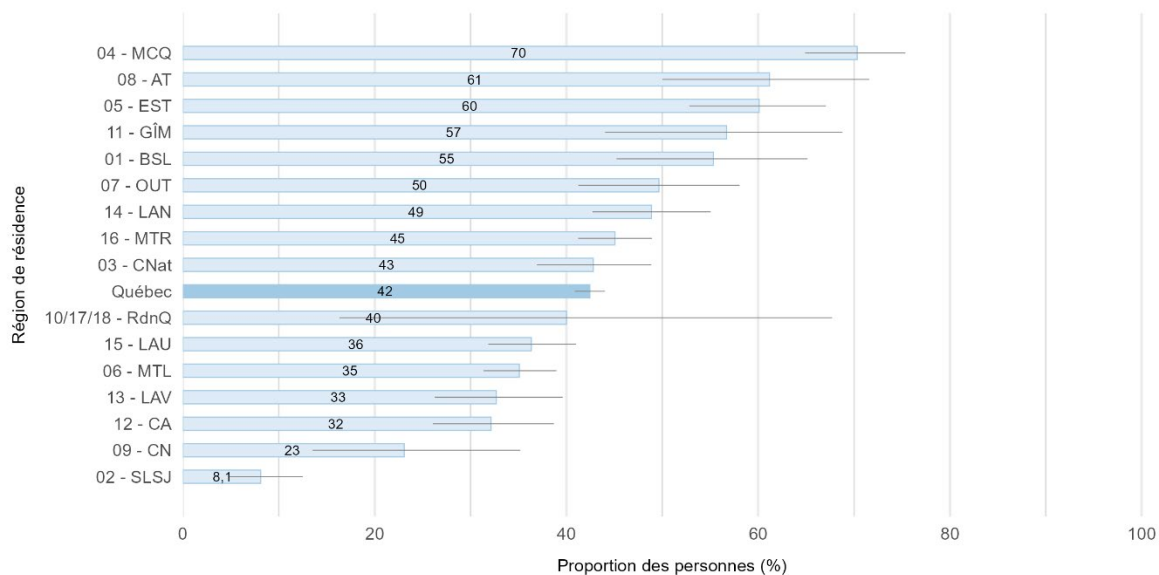
- Au Québec, la proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique a été de 42 %.
- ❓ Cette proportion a varié entre les régions de 8,1 % à 70 % (facteur de plus de 8 fois).
- ❓ La proportion a été la plus élevée en Mauricie-et-Centre-du-Québec, en Abitibi-Témiscamingue et en Estrie (≥ 60 %).
- ❓ La proportion a été la plus faible au Saguenay–Lac-Saint-Jean et sur la Côte-Nord (< 25 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 (Figure 32)

- ❓ Une diminution importante de la proportion a été observée au Saguenay–Lac-Saint-Jean, sur la Côte-Nord et dans la Capitale-Nationale (14 à 28 points de pourcentage).
- ❓ Une augmentation importante de la proportion a été constatée dans les régions du nord du Québec 10/17/18 (marge d'erreur importante), de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue et de Lanaudière (11 à 23 points de pourcentage).

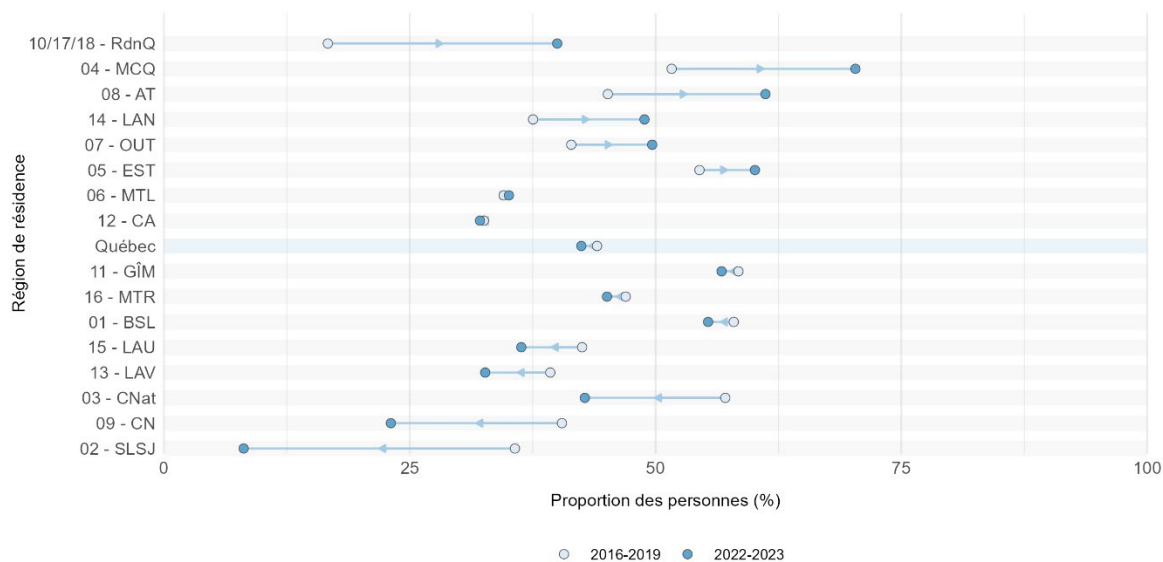
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-26 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 31 Proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique, par région, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 32 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une biopsie transthoracique, par région



[Abréviation des régions](#)

2.12 Imagerie cérébrale

Sauf dans de rares cas d'exception, le traitement du cancer du poumon par chirurgie est contre-indiqué chez les patients atteints de métastases cérébrales (INESSS, 2026).

Recommandations (INESSS, 2026)

- Une investigation systématique des métastases cérébrales doit être faite lorsque le patient présente des signes ou des symptômes neurologiques, même s'ils sont légers.
- Lorsqu'elle est disponible, l'IRM devrait être préférée à la TDM pour l'investigation des métastases cérébrales en raison de sa meilleure sensibilité. L'IRM est supérieure à la TDM, particulièrement pour l'examen de la fosse postérieure et du tronc cérébral.
- Chez les patients atteints d'un CPNPC qui ne présentent pas de signe ou de symptôme neurologique, une investigation systématique des métastases cérébrales est recommandée en présence d'une maladie de stade II ou III.
- La recherche des métastases cérébrales est indiquée pour tous les cas de cancer du poumon à petites cellules.

2.12.1 Proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale

Message clé : *Bien que la proportion optimale visée ne soit pas connue, la variabilité entre les régions a été importante.*

Cible : Aucune; la proportion attendue ne peut être estimée.

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 33](#))

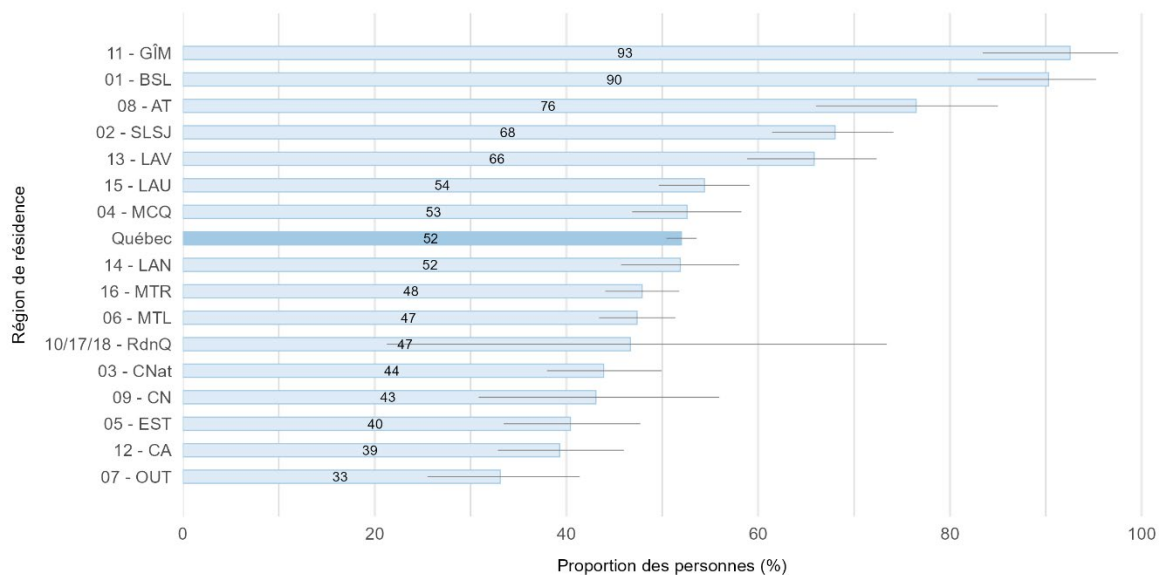
- Au Québec, la proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale a été de 52 %.
- ❓ Cette proportion a varié entre les régions de 33 % à 92 % (du simple à près du triple).
- ❓ Les régions où la proportion a été la plus élevée ont été la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent et l'Abitibi-Témiscamingue (> 75 %).
- ❓ La proportion a été la plus faible chez les personnes de l'Outaouais (33 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 34](#))

- Les plus fortes diminutions de proportion ont été observées chez les résidents des Laurentides, des régions du nord du Québec 10/17/18 (marge d'erreur importante), de Laval et de la Côte-Nord (-11 à -20 points de pourcentage).
- Une augmentation a été relevée dans Lanaudière (+13 points).

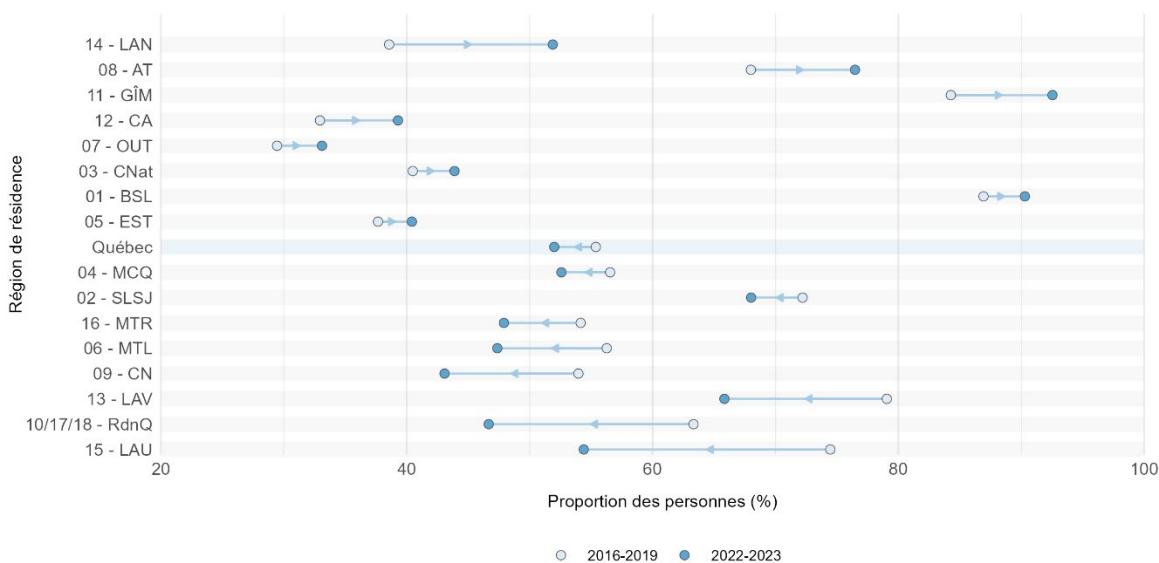
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-27 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 33 Proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale, par région, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 34 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une imagerie cérébrale



[Abréviation des régions](#)

2.12.2 Proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale parmi celles qui ont eu une imagerie cérébrale

Message clé : *Bien que l'IRM ait été plus souvent privilégiée pour l'imagerie cérébrale en 2022-2023 qu'aux périodes précédentes, son utilisation demeure relativement faible.*

Cible : Aucune. L'utilisation de la TDM cérébrale ne constitue pas une mauvaise pratique, mais l'IRM est plus sensible.

Constats

Période 2022-2023 ([Figure 35](#))

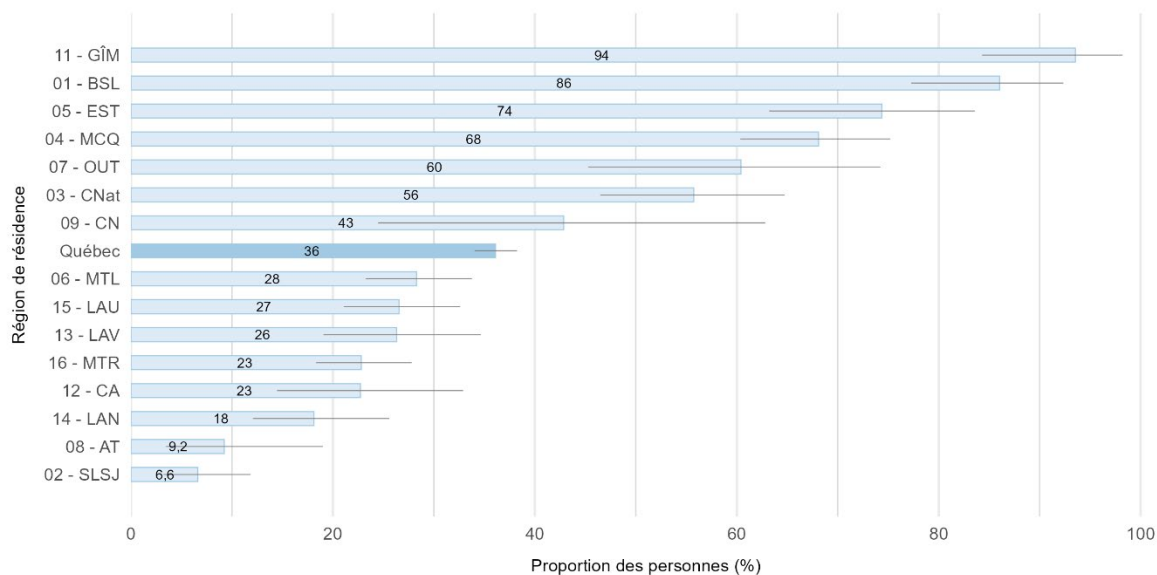
- ❓ La proportion a été de 36 % au Québec et a varié entre les régions de 6,6 % à 94 % (facteur de plus de 14 fois).
- ❓ Les proportions les plus faibles ont été observées au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en Abitibi-Témiscamingue et dans Lanaudière (< 20 %).
- ✅ Les proportions les plus élevées ont été constatées en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, au Bas-Saint-Laurent et en Estrie (> 70 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023 ([Figure 36](#))

- ✅ La proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale lorsqu'une imagerie cérébrale était prescrite a augmenté au Québec et dans la plupart des régions.
- ✅ L'augmentation a été supérieure à 20 points de pourcentage en Outaouais, en Mauricie-et-Centre-du-Québec et en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

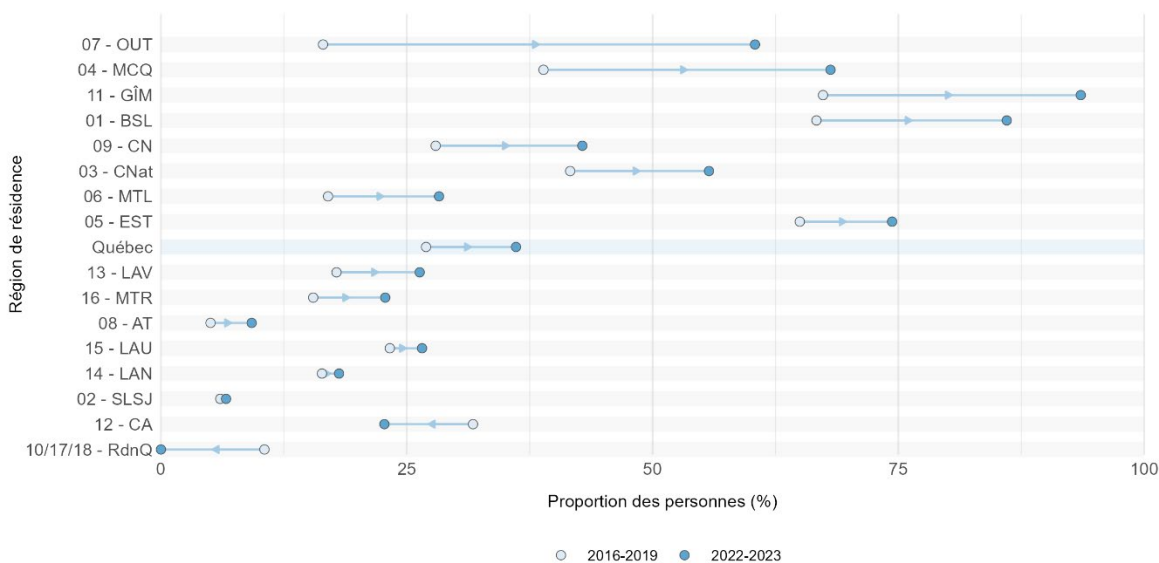
Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-28 (document *Annexe complémentaire*).

Figure 35 Proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale parmi celles qui ont eu une imagerie cérébrale, par région, période 2022-2023



[Abréviation des régions](#); barres d'erreur : intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Figure 36 Évolution de la proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale parmi celles qui ont eu une imagerie cérébrale, par région



[Abréviation des régions](#)

2.12.3 Proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une IRM cérébrale

Message clé : *Dans l'ensemble du Québec, la proportion des personnes traitées par pneumonectomie et soumises à une IRM cérébrale a été très inférieure à la cible de $\geq 90\%$.*

La pneumonectomie est une chirurgie peu fréquente, et la proportion des personnes chez qui elle a été pratiquée a diminué dans la cohorte *Chirurgie* au fil des périodes (voir la [section 2.10.2](#) pour des détails). Comme le nombre de personnes qui ont eu cette chirurgie est très faible dans toutes les régions, seuls les résultats pour l'ensemble du Québec sont présentés.

Recommandation

L'algorithme de l'INESSS ne comporte aucune recommandation spécifique concernant l'imagerie cérébrale chez les personnes pour qui une pneumonectomie est envisagée. Toutefois, les cliniciens consultés estiment qu'une recherche de métastases cérébrales devrait être effectuée et que l'IRM est la méthode optimale dans ce contexte (opinion d'experts). En effet, le risque accru de complications associées à la résection complète d'un poumon justifie l'usage de l'imagerie la plus sensible pour exclure la présence de métastases cérébrales.

Cible : $\geq 90\%$

Constats

Période 2022-2023

- ❓ Au Québec, une proportion de 36 % (IC 95 % : 25 %-48 %) des personnes traitées par pneumonectomie ont eu une IRM cérébrale, ce qui est de beaucoup inférieur à la cible.
- ❓ Chez ces mêmes personnes, 52 % (IC 95 % : 40 %-64 %) ont reçu seulement une TDM comme imagerie cérébrale.
- ❓ La proportion des personnes qui n'ont eu aucune imagerie cérébrale a été de 12 % (IC 95 % : 5,6 %-22 %).

Évolution entre 2016-2019 et 2022-2023

- ✅ La proportion des personnes qui ont eu une IRM cérébrale a augmenté de 9 points de pourcentage dans l'intervalle (de 27 % à 36 %).
- ✅ La proportion des personnes qui n'ont eu aucune imagerie cérébrale a légèrement diminué (de 16 % à 12 %).

Résultats supplémentaires (trois périodes) : tableau S-29 (document *Annexe complémentaire*).

DISCUSSION

Changements méthodologiques et robustesse des résultats

Le recours aux données du RQC pour les présents travaux a entraîné deux principales modifications méthodologiques par rapport à l'édition précédente, qui s'appuyait uniquement sur les banques de données clinico-administratives (BDCA) : 1) la sélection d'une cohorte de cas de cancer du poumon confirmés plutôt qu'inférés et 2) la détermination du début de l'évaluation initiale à l'aide d'une méthode utilisant la date du diagnostic comme référence, plutôt qu'un repère clinico-administratif (date index du cancer). Une comparaison interne des deux éditions du portrait pour la période 2016-2019 a montré une très bonne concordance pour l'ensemble des résultats, à l'exception de quelques écarts plus importants concernant les délais et l'utilisation de la TDM thoracique. Cette concordance semble indiquer que les cohortes des deux éditions ne diffèrent pas suffisamment pour avoir un effet substantiel sur les résultats car, autrement, les écarts auraient été généralisés à tous les paramètres⁶. En revanche, les écarts spécifiques observés concordent avec des différences entre les cohortes quant à la date du début de l'évaluation initiale, puisque tout déplacement de ce repère affecte directement les délais et les premiers services de la trajectoire, comme la TDM thoracique.

Description sommaire de la personne type de la cohorte 2022-2023

La cohorte *Chirurgie* de 2022-2023 est composée d'environ 60 % de femmes. La plupart des personnes ont un CPNPC et sont atteintes d'une maladie de stade précoce (stades I et II). La personne médiane est âgée de 69 ans, a reçu 6 services durant son évaluation initiale et a été opérée 4,2 mois (129 jours) après le constat de la première évidence de son cancer. Hormis la radiographie des poumons/thorax, les services le plus souvent reçus ont été la TDM thoracique, la TEP-TDM, les épreuves respiratoires et la bronchoscopie. Environ le tiers des personnes ont été soumises à au moins une répétition de la TDM thoracique ou de la bronchoscopie. En fonction de la région où elles habitaient, les personnes n'ont pas toutes reçu nécessairement les mêmes services.

Les délais ont été plus élevés en 2022-2023 que dans les périodes précédentes

De 2016-2019 à 2022-2023, les délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie ont augmenté d'environ 10 jours, tant au niveau de la médiane qu'au 90^e percentile. Le rattrapage général des soins après la pandémie pourrait expliquer cette hausse. Les données de 2022-2023 indiquent qu'à peine 5,7 % des personnes ont été opérées dans les 60 jours suivant la première évidence du cancer; l'écart avec cette cible est donc très important. Le MSSS soutient présentement la mise en place de guichets d'investigation rapide, dans les établissements du Québec, afin d'améliorer la

⁶ Analyses de performance diagnostique des méthodes de l'INESSS pour générer l'ancienne cohorte *Chirurgie* (avec données clinico-administratives) en comparaison avec l'actuelle cohorte *Chirurgie* (avec RQC; standard étalon) : pour la période 2016-2019, 16 % des personnes de l'ancienne cohorte *Chirurgie* ne sont pas trouvées dans la cohorte *Chirurgie* actuelle (valeur prédictive positive : 84 %), et 16 % des personnes de la cohorte actuelle ne sont pas trouvées dans l'ancienne cohorte (sensibilité : 84 %).

coordination de l'investigation des cancers les plus fréquents (MSSS, 2023a). Cette initiative a commencé avec les guichets d'investigation rapide du cancer du poumon, en 2023. Le présent portrait ne peut donc en mesurer les effets. Les prochaines itérations permettront d'évaluer si les améliorations souhaitées en matière de délai se concrétisent dans cette population traitée en intention curative.

Le recours à la TDM thoracique et à la TEP-TDM a été adéquat

En 2022-2023, la cible de 90 % d'utilisation de la TDM thoracique et de la TEP-TDM a été atteinte au Québec et dans la plupart des régions; celles qui ne l'ont pas atteinte s'en rapprochaient fortement (≥ 85 %). Bien que la proportion des répétitions de la TDM thoracique pour l'ensemble du Québec ait été stable entre 2016-2019 et 2022-2023, une augmentation a été constatée dans certaines régions.

L'utilisation de la bronchoscopie seule est en forte baisse

Une baisse de l'utilisation de la bronchoscopie seule, parfois très importante, a été constatée au Québec et dans presque toutes les régions entre 2016-2019 et 2022-2023. Malgré cette amélioration globale, dans certaines régions, la bronchoscopie seule est encore utilisée chez une proportion importante de personnes.

Dans toutes les régions, une méthode non chirurgicale est pratiquement toujours utilisée comme première approche d'évaluation effractive du médiastin

Alors qu'en 2016-2019, la cible de 80 % n'avait pas été atteinte dans cinq régions, les analyses de 2022-2023 montrent que, dans toutes les régions, plus de 90 % des personnes ont eu une évaluation non chirurgicale du médiastin comme première approche.

La recherche de métastases cérébrales par IRM devrait être effectuée plus systématiquement chez les personnes traitées par pneumonectomie

La proportion des personnes traitées par pneumonectomie qui ont eu une évaluation effractive du médiastin a augmenté de 15 points de pourcentage entre 2016-2019 et 2022-2023. Cette hausse établit la nouvelle proportion à 87 %, soit tout près de la cible de 90 %. Malgré une augmentation de son utilisation dans le même intervalle, l'IRM cérébrale a été employée chez seulement 36 % des personnes de ce sous-groupe, une valeur loin de la cible de 90 %. Néanmoins, environ la moitié de ces personnes ont eu une TDM cérébrale seule (sans IRM cérébrale), considérée sous-optimale dans le contexte, et 12 % n'ont eu aucune imagerie cérébrale. La pneumonectomie étant associée à des taux plus élevés de complications et de séquelles, il est important de s'assurer que la personne n'a pas d'atteinte médiastinale ni cérébrale (contre-indications à la chirurgie).

Hétérogénéité interrégionale et intensité d'utilisation des services

Les résultats de la plupart des paramètres d'évaluation ont révélé une hétérogénéité interrégionale importante. Celle-ci s'est manifestée par des écarts entre les régions aux rangs extrêmes de près du simple au double jusqu'à un facteur de 14 fois, selon le paramètre. L'analyse globale de l'intensité d'utilisation des services a montré que les résidents de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et de la Capitale-Nationale reçoivent plus de services, comme l'illustrent particulièrement bien les résultats sur la proportion des personnes qui ont eu un nombre élevé, moyen et faible de services ([Figure 13](#)).

Il est peu probable que les populations des différentes régions présentent des différences cliniques suffisamment importantes pour expliquer l'hétérogénéité observée. Celle-ci semble plutôt refléter des variations de pratiques. Ainsi, certaines personnes pourraient ne pas avoir reçu des services dont elles auraient pu bénéficier, tandis que d'autres pourraient avoir été exposées à des services non nécessaires, accroissant ainsi le fardeau de la maladie tant pour elles-mêmes (multiplication des rendez-vous, augmentation des coûts et exposition accrue aux risques) que pour le système de santé (réduction de l'accès aux services et hausse des coûts).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les présents travaux constituent une mise à jour du portrait 2016-2019 de l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un cancer du poumon et dont le premier traitement a été la chirurgie.

Les résultats de la période 2022-2023 révèlent des améliorations par rapport à 2016-2019, bien que certains aspects demeurent perfectibles :

- La bronchoscopie seule, utilisée plus fréquemment qu'elle ne semblait pertinente en 2016-2019, a beaucoup diminué. Son utilisation demeure toutefois élevée dans certaines régions.
- Une méthode non chirurgicale plutôt que chirurgicale est pratiquement toujours utilisée comme première approche d'évaluation effractive du médiastin. Toutes les régions ont atteint la cible.
- En ce qui concerne les personnes traitées par pneumonectomie, une évaluation effractive du médiastin a été réalisée chez une proportion plus élevée d'entre elles, et la cible a presque été atteinte. La recherche de métastases cérébrales par IRM a également augmenté, mais la proportion demeure faible.

Les résultats soulèvent également certains points de réflexion pour la période 2022-2023 :

- Les délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie ont été plus longs qu'aux périodes précédentes. Peu de personnes ont été opérées à l'intérieur de l'objectif de ≤ 60 jours suivant la première évidence du cancer (5,7 %).
- Une hétérogénéité importante des résultats a été observée entre les régions pour la plupart des paramètres évalués.
- Certaines régions présentent une intensité d'utilisation des services plus élevée, notamment la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent et la Capitale-Nationale.

Durant la présente itération des analyses, les processus de production ont été largement automatisés. Cette évolution permettra, à terme, de produire le portrait dans des délais plus courts, de réduire l'écart entre les périodes d'analyse et la date de parution et d'assurer la pérennité des travaux.

À chaque itération des analyses, les équipes de soins sont invitées à s'approprier leurs résultats selon une approche systématique d'amélioration continue, en évaluant si les actions d'amélioration déjà mises en place ont porté leurs fruits, en identifiant les points de réflexion prioritaires et en se dotant d'un plan pour y répondre. Pour faciliter ces initiatives, des [fiches](#) regroupant les résultats les plus importants ont été produites pour chaque région. Il est aussi envisagé dans le futur de produire des résultats plus granulaires, pour mieux orienter les équipes. Par ailleurs, il sera également possible d'apprécier les retombées des guichets d'investigation rapide sur l'évaluation initiale, tant en matière d'utilisation des services que de délais.

RÉFÉRENCES

- Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval. (2025). *Le nouveau complexe hospitalier; Centre intégré de cancérologie*.
<https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/le-nouveau-complexe-hospitalier/le-nouveau-complexe-hospitalier.aspx>;
<https://www.chudequebec.ca/centre-hospitaliers/hopital-de-l-enfant-jesus/centre-integre-de-cancerologie.aspx>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2020). *Le TEP SCAN : maintenant une réalité à l'Hôpital de Val-d'Or*. <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/tag/tep-scan/>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2024). *Évaluation initiale de personnes atteintes d'un cancer du poumon et pour qui le premier traitement est la chirurgie – Portrait québécois 2016 – 2019*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2026). *Algorithme d'investigation, de traitement et de suivi du cancer du poumon*.
<https://inesss.algorithmes-onco.info/fr/algorithmes-d-investigation-de-traitement-et-de-suivi-du-cancer-du-poumon>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023a). *Orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de cancérologie*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003659/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023b). *Projet de coordination de l'investigation en cancérologie - Trajectoire d'investigation pulmonaire*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2026). *Statistiques du Registre québécois du cancer*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-cancer>
- National Cancer Institute. (2025). *NCI dictionary of cancer terms*.
<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
- OncoLink. (2026). *Neoadjuvant Therapy*. University of Pennsylvania.
<https://www.oncolink.org/cancer-treatment/cancer-medications/overview/neoadjuvant-therapy>
- Services publics et Approvisionnement Canada. (2025). *TERMIUM Plus, la banque de données terminologiques et linguistiques du gouvernement du Canada*.
<https://www.btb.termiumpius.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html>

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

