

2023



Soutenir la mise en place du dépistage du cancer du poumon : **un accent sur l'éligibilité et le recrutement**

Note de synthèse



LUNG CANCER
POLICY NETWORK

Cette note de synthèse a été rédigée par le secrétariat du Lung Cancer Policy Network et co-écrit par les membres du Réseau.

Pour une liste complète des membres du Network, voir : <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/members/>.

Nous tenons à remercier les experts suivants d'avoir partagé leurs connaissances avec nous lors d'entretiens :

- ✦ Professeur Mariusz Adamek, Université de médecine de Silésie, Université de médecine de Gdańsk
- ✦ Professeur David Baldwin, Université de Nottingham
- ✦ Dr Joanna Bidzińska, Université de médecine de Gdańsk
- ✦ Professeur Kate Brain, Université de Cardiff
- ✦ Angela Criswell, Fondation GO2
- ✦ Dr Joelle Fathi, Fondation GO2
- ✦ Professeur Sam Janes, Centre Lungs for Living, University College de Londres
- ✦ Professeur Ella Kazerooni, Université du Michigan
- ✦ Professeur Stephen Lam, Université de Colombie-Britannique
- ✦ Dr Andrea McKee, Hôpital et centre médical de Lahey et École de médecine de Tufts
- ✦ Dr Samantha Quaiife, Université Queen Mary de Londres
- ✦ Professeur Witold Rzyman, Université de médecine de Gdańsk
- ✦ Dr Edyta Szurowska, Université de médecine de Gdańsk
- ✦ Professeur émérite Martin Tammemägi, Université de Brock
- ✦ Dr Carey Thomson, Hôpital Mount Auburn/Système de soins de santé Beth Israel Lahey Health, École de médecine de Harvard
- ✦ Douglas E. Wood, MD, Université de Washington

Veuillez citer les références suivantes : Lung Cancer Policy Network. 2023. Soutenir la mise en place du dépistage du cancer du poumon : un accent sur l'éligibilité et le recrutement. Note de synthèse. Londres : The Health Policy Partnership.

© 2023 The Health Policy Partnership Ltd. Le présent rapport peut être utilisé à des fins exclusivement personnelles, de recherche ou pédagogiques. Il ne saurait être utilisé à des fins commerciales. Toute adaptation ou modification du contenu de ce rapport est interdite, sauf avec l'autorisation de The Health Policy Partnership.

INTRODUCTION

L'élan pour la mise en place de programmes de dépistage ciblé du cancer du poumon par tomographie thoracique à bas débit de dose (LDCT pour « low-dose computed tomography ») s'est amplifié ces dernières années, appelant à une réflexion approfondie sur la façon d'optimiser ces programmes en termes de faisabilité et d'impact sur la santé publique. La mise en place d'un programme de dépistage du cancer du poumon est complexe, mais de très nombreuses recherches à ce sujet et un nombre croissant de programmes à grande échelle continuent de tirer des leçons importantes permettant d'optimiser la conception et la mise en place.¹

Le Lung Cancer Policy Network a créé une boîte à outils pour la mise en place proposant un cadre destiné à aider les responsables de la planification et de la mise en place des programmes de dépistage du cancer du poumon. Le cadre suit une approche des systèmes de santé et est organisé en six domaines, chacun composé d'une série d'indicateurs. Les indicateurs aident les utilisateurs à évaluer si les exigences clés du dépistage sont satisfaites et à identifier les éventuelles lacunes à combler (Figure 1).

Figure 1. Six domaines pour évaluer l'état de préparation du système de santé pour la mise en place du dépistage du cancer du poumon



Cette série de notes de synthèse, celle-ci portant plus particulièrement sur l'éligibilité et au recrutement, explore les six domaines fondamentaux qui sous-tendent le cadre de mise en place. La présente note fournit des notions fondamentales sur l'éligibilité et le recrutement, en présentant des études de cas de pays où la mise en place est en cours. Elle propose également des recommandations sur la manière dont les acteurs et les décideurs politiques peuvent soutenir une mise en place réussie.

GARANTIR DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET DES MÉTHODES DE RECRUTEMENT CIBLÉS POUR LES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE PAR LDCT : POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

Pour avoir un impact optimal sur la santé publique, les programmes ciblés de dépistage du cancer du poumon doivent s'assurer la participation des individus qui présentent un risque élevé de cancer du poumon et bénéficieraient le plus du dépistage. Des critères d'éligibilité appropriés et des approches efficaces et équitables en matière d'engagement et de recrutement sont indispensables pour garantir la participation des individus à plus haut risque de cancer du poumon. L'engagement des professionnels de santé est également crucial pour la réussite du programme, car ils jouent un rôle significatif dans le recrutement et l'orientation des individus éligibles au dépistage.

Des approches ciblées visant à réduire les inégalités en matière de cancer du poumon et à supprimer les obstacles à la participation devraient être intégrées à l'ensemble du programme de dépistage. Il arrive aussi que de nombreux individus présentant un risque élevé de cancer du poumon aient peu accès aux systèmes de santé et aux programmes de santé publique. Pour éviter d'exacerber les inégalités existantes, les stratégies de recrutement doivent donc avoir recours à des méthodes de sensibilisation qui s'attaquent aux obstacles potentiels à la participation.

Cette note de synthèse souligne quelques-unes des questions clés à prendre en compte par les responsables des systèmes de santé concernant l'éligibilité et le recrutement des participants pour garantir une mise en place efficace, équitable et durable d'un programme de dépistage du cancer du poumon.

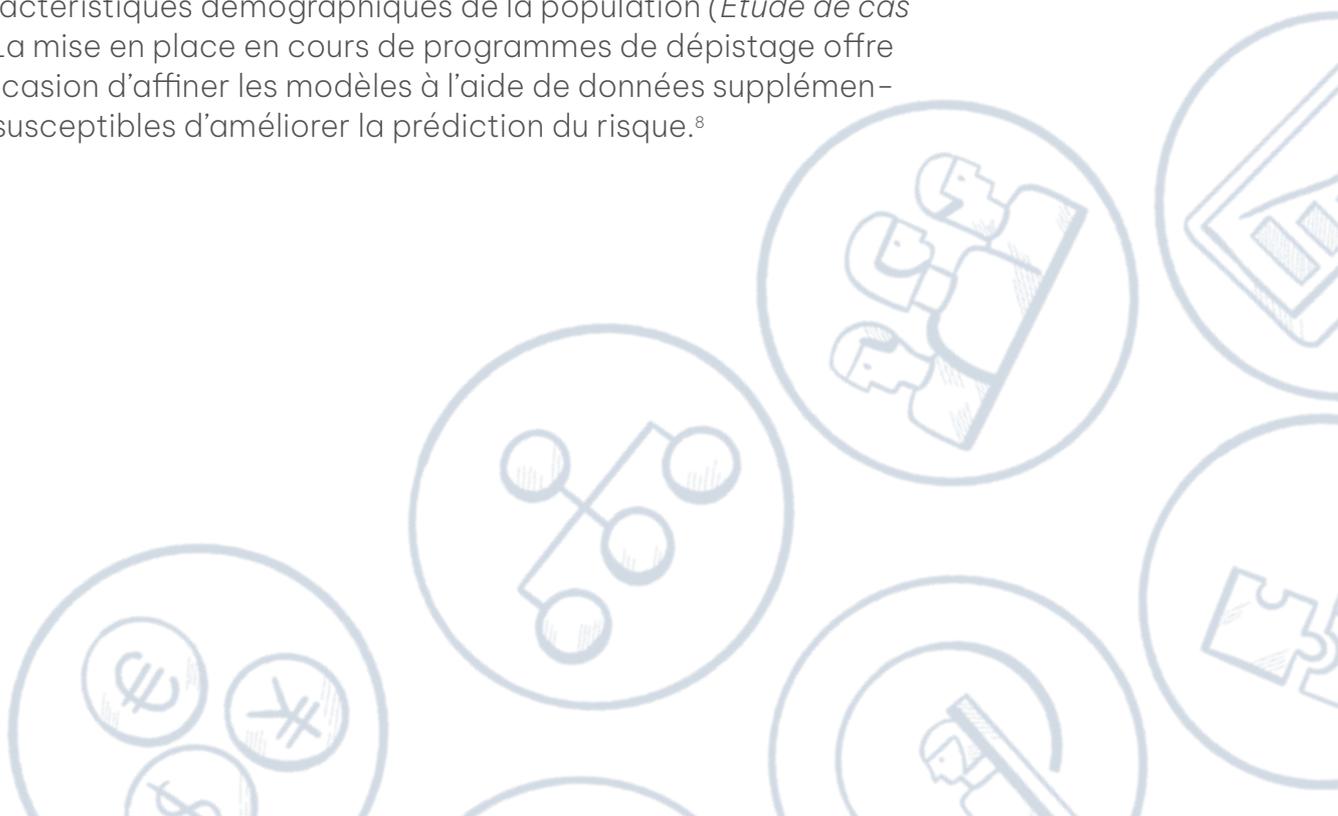
Les décideurs des systèmes de santé doivent :

- **établir la façon dont la population éligible au dépistage sera évaluée**
 - pour mettre en place des programmes ciblant les individus les plus exposés au risque de cancer du poumon
- **impliquer les professionnels de santé dans le programme de dépistage**
 - pour favoriser un taux élevé de participation au dépistage
- **concevoir des programmes de dépistage en collaboration avec les communautés à haut risque**
 - pour fournir des approches de recrutement personnalisées qui contribuent à lutter contre les inégalités en matière de cancer du poumon.

➤ Établir comment la population éligible au dépistage sera évaluée

Aux fins de définir la population éligible, des données épidémiologiques locales sont nécessaires pour déterminer quels individus présentent un risque élevé de cancer du poumon et peuvent bénéficier le plus du dépistage. Le cancer du poumon est associé à de nombreux facteurs de risque – par exemple, les antécédents de tabagisme, l'exposition à la pollution de l'air, l'exposition professionnelle (p. ex., à l'amiante) et les facteurs génétiques.²⁻⁴ Les tendances de facteurs de risque au niveau de la population doivent être judicieusement prises en compte et utilisées pour définir des critères d'éligibilité appropriés à chaque contexte local, car elles influenceront sur le rapport coût-efficacité du programme.⁵ Ces informations peuvent également servir pour estimer le nombre d'individus susceptibles de participer au dépistage et pour anticiper les exigences pratiques de sa mise en place.⁶

Les modèles de prédiction du risque sont un outil statistique important pour aider à déterminer la population éligible, mais leurs limites doivent être prises en compte. De tels modèles doivent être correctement validés et appliqués de façon à garantir que seuls les individus susceptibles de bénéficier le plus du dépistage sont invités à y participer (*Étude de cas n° 1*).⁷ Ces modèles devraient par ailleurs permettre de remédier aux disparités connues en matière d'incidence et de résultats du cancer du poumon, au lieu de les exacerber. Il est donc important de sélectionner le modèle le plus approprié selon les caractéristiques démographiques de la population (*Étude de cas n° 2*). La mise en place en cours de programmes de dépistage offre une occasion d'affiner les modèles à l'aide de données supplémentaires susceptibles d'améliorer la prédiction du risque.⁸



Étude de cas 1

Programme de dépistage du bilan de santé pulmonaire ciblé (Targeted Lung Health Check)⁹



Angleterre

Dans le cadre du programme de bilan de santé pulmonaire ciblé (TLHC pour « Targeted Lung Health Check »), le NHS d'Angleterre classe les individus éligibles au dépistage du cancer du poumon à l'aide de deux modèles de prédiction du risque : le modèle d'étude en faveur du dépistage du cancer de la prostate, du poumon, colorectal et de l'ovaire (PLCO_{m2012} pour « Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial Model 2012 ») et le modèle de stratification du risque de cancer du Liverpool Lung Project, version 2 (LLPv2).^{7,10} Initialement, le programme TLHC a été mis en place dans des endroits où l'incidence du cancer du poumon et la mortalité sont élevées, sur la base de données locales comme l'incidence et les taux de tabagisme, qui sont également corrélés à un désavantage socio-économique en Angleterre.¹¹ Ces données ont servi à cibler les endroits où mettre en place les programmes lors des phases initiales pilotes et de déploiement, en veillant à atténuer les obstacles au dépistage – notamment les coûts de transport ou le temps d'absence au travail – grâce à des stratégies telles que les unités mobiles de tomodensitométrie.^{10,12,13}

Après plusieurs projets pilotes, le programme TLHC est en cours d'extension. Le programme a permis de détecter à un stade précoce le nombre prévu de cas de cancer du poumon sur la base des résultats des essais cliniques.^{14,15}

Étude de cas 2

Évolution des directives pour refléter les données émergentes et les modèles de risque mis à jour



USA

Les directives 2013 du groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis (USPSTF pour « US Preventive Services Task Force ») ont utilisé des critères d'éligibilité pour le dépistage du cancer du poumon par LDCT qui étaient basés sur les critères d'inclusion de l'Étude nationale en faveur du dépistage du cancer du poumon (NLST pour « National Lung Screening Trial »).¹⁶ Toutefois, cette décision a suscité quelques critiques, car il s'est avéré que ces critères entraînaient des disparités de genre et de race au sein de la population éligible.

L'USPSTF a réagi avec une mise à jour des directives en 2021 afin d'élargir certains des critères d'éligibilité liés à l'âge et aux antécédents de tabagisme.^{17,18}

Les critères mis à jour en 2021 « ont contribué à améliorer partiellement les disparités raciales en matière d'éligibilité au dépistage ».¹⁸ La population éligible au dépistage du cancer du poumon par LDCT a environ doublé à la suite de cet élargissement des critères d'éligibilité.¹⁹⁻²¹

Il est encore possible d'élargir ou de modifier les modèles de prédiction du risque pour faire en sorte de remédier aux inégalités qui subsistent. Cependant, les preuves de l'efficacité de ces modèles dans la réduction des disparités, par exemple en matière de sexe et de race, sont mitigées.²²⁻²⁴ Bien que les modèles doivent être strictement validés avant d'être intégrés aux directives et à la pratique, ces résultats soulignent l'importance d'évaluer régulièrement les meilleures données disponibles sur la façon de déterminer l'éligibilité afin d'optimiser l'identification des populations à haut risque.

➤ Impliquer les professionnels de santé dans le programme de dépistage

Des efforts pour impliquer les professionnels de santé dans les soins primaires et secondaires sont nécessaires pour s'assurer qu'ils recrutent ou orientent les personnes éligibles vers le dépistage.

Les parcours spécifiques de recrutement et d'orientation doivent être adaptés à chaque système de santé et au modèle de dépistage choisi (centralisé, décentralisé ou hybride).²⁵⁻²⁸ De nombreux types de professionnels de santé peuvent jouer des rôles déterminants dans l'engagement des participants potentiels, optimisant ainsi la portée et l'impact du programme (*Figure 2*).

Si les médecins généralistes (MG) et les autres professionnels des soins primaires doivent jouer un rôle clé dans le recrutement, le temps et les ressources nécessaires au recrutement doivent être alloués de manière adéquate et une formation pertinente doit être offerte.

Une inquiétude souvent partagée par les professionnels des soins primaires est la charge de travail supplémentaire potentielle qu'implique la mise en place des programmes de dépistage.³⁴ Des stratégies pour y remédier devraient donc être élaborées dans le cadre du programme de dépistage. Par exemple, en Croatie, les médecins généralistes sont financièrement encouragés par le remboursement intégral de leur rôle lié à l'orientation des patients vers le programme.³⁵⁻³⁶ Dans d'autres programmes, des formulaires électroniques ont permis de réduire la charge administrative impliquée par l'évaluation de l'éligibilité.³⁷ La fourniture de ressources, de directives et de formations aux professionnels de santé impliqués dans les programmes de dépistage peut également améliorer l'engagement.

Le développement de rôles spécifiques, comme ceux de navigateurs de patients,* peut favoriser l'engagement et la participation au programme et contribuer à lutter contre les inégalités en matière de santé.

Des navigateurs de patients pour le dépistage du cancer du poumon sont disponibles en Ontario, au Canada, où ils collaborent étroitement avec les professionnels de santé pour appliquer des modèles de risque aux individus qui sont orientés vers le service.³³ Les navigateurs peuvent encourager l'adhésion aux programmes de dépistage car ils restent impliqués dans les soins d'un participant tout au long du parcours, même si une orientation vers d'autres services est nécessaire.³³⁻³⁸

* Les navigateurs sont des représentants qui soutiennent et guident les individus tout au long de leur parcours dans le système de santé. Ils peuvent les aider à se rendre au dépistage et à tout rendez-vous de suivi requis. Les navigateurs peuvent aussi faciliter la communication avec d'autres professionnels de santé afin que les individus obtiennent les informations nécessaires pour prendre des décisions concernant leurs soins.³⁹⁻⁴⁰

Figure 2. Exemples montrant comment les professionnels de santé font participer la population éligible au dépistage

Rôle	Exemples spécifiques à chaque pays de participation au recrutement et à l'orientation
 <p>Équipes de soins secondaires</p>	<p>Au Royaume-Uni, les équipes de soins primaires ou secondaires peuvent mener l'évaluation initiale de l'éligibilité au dépistage par LDCT.¹⁰</p>
 <p>Médecins généralistes</p>	<p>En Croatie et en Pologne, les médecins généralistes jouent un rôle intrinsèque dans l'orientation vers le programme de dépistage, en fournissant des informations aux individus à haut risque pour encourager le recours au dépistage.^{29 30}</p>
 <p>Personnel infirmier praticien</p>	<p>En Ontario, au Canada, le personnel infirmier praticien a assuré 6 % du recrutement dans le cadre d'un projet pilote de dépistage en 2018.³¹</p>
 <p>Pharmaciens communautaires</p>	<p>Le Royaume-Uni a prévu un service pilote dans le cadre duquel les pharmaciens communautaires commenceront à orienter directement les individus présentant des signes possibles de cancer vers un service d'imagerie. Ce service devrait débuter en 2023.³²</p>
 <p>Navigateurs de patients</p>	<p>En Ontario, au Canada, les navigateurs de patients jouent un rôle clé en matière de tri en se basant sur l'âge et les antécédents de tabagisme pour identifier les populations éligibles, puis en appliquant le modèle de risque PLCO_{m2012} pour confirmer l'éligibilité au dépistage.³³</p>
 <p>Administrateurs</p>	<p>Au Royaume-Uni, le personnel administratif formé peut saisir des données dans le calculateur de risques. La décision de procéder à une LDCT doit être examinée par un médecin ou un membre du personnel infirmier ayant de l'expérience en matière de bilans de santé pulmonaire.¹⁰</p>

➤ Concevoir des programmes de dépistage en collaboration avec les communautés à haut risque

Le recrutement et l'engagement des communautés qui rencontrent le plus d'obstacles à la participation au dépistage doivent être minutieusement planifiés et menés afin de promouvoir l'équité en matière de santé et d'éviter la stigmatisation. Ces activités doivent s'appuyer sur les meilleures données locales disponibles qui aident les concepteurs du programme à comprendre les facteurs pertinents, y compris les sous-groupes de la population éligible, les obstacles à la participation au dépistage et l'influence du genre, de la situation socio-économique et d'autres caractéristiques sur la participation au dépistage. L'engagement auprès des représentants des communautés ayant généralement des taux de fréquentation plus faibles est également essentiel pour développer des approches de recrutement acceptables et efficaces (*Étude de cas n° 3*).

Les informations destinées aux participants doivent également être adaptées aux besoins des différentes communautés. Une fois qu'un individu éligible est engagé dans le programme, il doit recevoir suffisamment d'informations pour pouvoir prendre une décision éclairée quant à sa participation ou non au programme. On pense que le refus des individus éligibles à participer au dépistage est largement imputable à un manque d'informations appropriées.⁵ Il est également important de tenir compte du fait que les besoins d'information d'individus d'origines différentes peuvent varier. Par conséquent, le développement de matériel adapté peut favoriser une plus grande participation, notamment parmi les groupes moins désireux de participer (*Étude de cas n° 4*).⁴¹



Études de cas 3

Cocréer des approches de recrutement à l'aide de la recherche communautaire



Aotearoa Nouvelle-Zélande

En Aotearoa-Nouvelle-Zélande, les Maoris présentent des taux plus élevés et des résultats moins bons de cancer du poumon. Les inégalités aussi sont importantes, les Maoris développant un cancer du poumon environ huit ans plus tôt que la population générale, en moyenne.^{42,43} Les résultats d'autres programmes de dépistage du cancer suggèrent également des taux de participation plus faibles parmi cette population.⁴⁴ Afin de réduire ces inégalités, il est essentiel de collaborer avec les communautés maories pour les inciter à participer au dépistage du cancer du poumon.

Un programme de recherche est en cours afin de déterminer l'impact des différentes méthodes d'invitation au dépistage sur la participation au dépistage chez les Maoris. Le programme est mené en collaboration avec les communautés maories et comparera les résultats de l'envoi des invitations par les professionnels des soins primaires et les centres de dépistage centralisés.^{45,46} Les résultats de cette recherche devraient éclairer la mise en place de tout programme futur de dépistage du cancer du poumon dans le pays.

Études de cas 4

Assurer la participation au dépistage parmi les groupes de population à haut risque insuffisamment dépistés



Canada

Dans les trois provinces canadiennes où des programmes pilotes sont en cours (Colombie-Britannique, Ontario et Québec), diverses stratégies ont été adoptées pour améliorer la sensibilisation de la population parmi les individus présentant un risque élevé de cancer du poumon. Les groupes ciblés comprennent la population autochtone, les Inuits et les Métis, les populations défavorisées et les populations rurales/éloignées.⁴⁷

- 1 Les stratégies visant à augmenter la participation de la population autochtone, les Inuits et les Métis au dépistage incluent l'engagement dans la prise de décision, la cocréation d'approches de dépistage culturellement adaptées, le développement de matériel culturellement adapté et la prise en charge du transport médical.⁴⁷
- 2 Un projet pilote mené en Ontario a testé diverses stratégies, notamment l'utilisation de navigateurs de patients, d'identifiants autochtones et d'un modèle de gestion en étoile pour l'hôpital d'Ottawa afin de permettre un dépistage plus proche du domicile. Les chercheurs ont également adopté des stratégies de recrutement à plusieurs composants. Les principales méthodes de recrutement sont les orientations des médecins (81 %), les annonces dans les journaux (11 %), le bouche-à-oreille (6 %) et le personnel infirmier praticien (6 %).³¹



CONSIDÉRATIONS CLÉS pour garantir des critères d'éligibilité ciblés et des méthodes de recrutement en vue de la mise en place du dépistage

Établir comment la population éligible au dépistage sera évaluée

- Intégrer les meilleures données locales disponibles et envisager les modèles de risque les plus appropriés selon les caractéristiques démographiques de la population pour réduire le risque d'exacerbation des disparités.

Impliquer les professionnels de santé dans le programme de dépistage

- Définir clairement les rôles des professionnels de santé dans le recrutement de la population éligible et songer à faire appel à des navigateurs de patients de façon à favoriser une prestation équitable.
- Soutenir les professionnels de santé avec une formation appropriée et envisager le recours à des mesures incitatives.

Concevoir des programmes de dépistage en collaboration avec les communautés à haut risque

- Concevoir des stratégies de recrutement en collaboration avec les communautés moins engagées dans les services de santé.
- Adapter l'information des participants aux communautés risquant d'être moins nombreuses à participer au dépistage, en répondant de manière appropriée aux besoins exprimés en matière d'information.

RÉFÉRENCES

1. Lung Cancer Policy Network. 2022. Lung cancer screening: learning from implementation. London: The Health Policy Partnership
2. Barta JA, Powell CA, Wisnivesky JP. 2019. Global epidemiology of lung cancer. *Ann Glob Health* 85(1): 8
3. Corrales L, Rosell R, Cardona AF, et al. 2020. Lung cancer in never smokers: the role of different risk factors other than tobacco smoking. *Crit Rev Oncol Hematol* 148: 102895
4. International Agency for Research on Cancer. 2020. World cancer report: Cancer research for cancer prevention. Lyon: IARC
5. Baldwin DR, Brain K, Quaife S. 2021. Participation in lung cancer screening. *Transl Lung Cancer Res* 10(2): 1091-98
6. World Health Organization. 2020. Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
7. Robbins HA, Alcalá K, Swerdlow AJ, et al. 2021. Comparative performance of lung cancer risk models to define lung screening eligibility in the United Kingdom. *Br J Cancer* 124(12): 2026-34
8. Tammemägi MC, Katki HA, Hocking WG, et al. 2013. Selection criteria for lung-cancer screening. *N Engl J Med* 368(8): 728-36
9. Field JK, Duffy SW, Baldwin DR, et al. 2016. The UK Lung Cancer Screening Trial: a pilot randomised controlled trial of low-dose computed tomography screening for the early detection of lung cancer. *Health Technol Assess* 20(40): 177
10. NHS England. 2019. Targeted screening for lung cancer with low radiation dose computed tomography: Standard protocol prepared for the Targeted Lung Health Check programme. London: NHS England
11. Department of Health & Social Care. 10-Year Cancer Plan: Call for Evidence. [Mis à jour le 31/03/22]. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/consultations/10-year-cancer-plan-call-for-evidence/10-year-cancer-plan-call-for-evidence> [Consulté le 15/12/22]
12. NHS Cancer Alliance. 2023. Locations in England for Targeted Lung Health Checks. Disponible sur : <https://www.nclcanceralliance.nhs.uk/our-work/prevention-awareness-and-screening/targeted-lung-health-checks/england-locations/> [Consulté le 25/05/23]
13. NHS England. 2023. Lung health checks. Disponible sur : <https://www.nhs.uk/conditions/lung-health-checks/> [Consulté le 25/05/23]
14. Crosbie PA, Balata H, Evison M, et al. 2019. Second round results from the Manchester 'Lung Health Check' community-based targeted lung cancer screening pilot. *Thorax* 74(7): 700-04
15. Crosbie PA, Balata H, Evison M, et al. 2018. Implementing lung cancer screening: baseline results from a community-based 'Lung Health Check' pilot in deprived areas of Manchester. *Thorax* 74(4): 405-09
16. Moyer VA. 2014. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 160(5): 330-8
17. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2022. Screening for lung cancer with low dose computed tomography (LDCT). Decision memo CAG-00439R - 10 February 2022. Baltimore: CMS.gov
18. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. 2021. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *J Am Med Assoc* 325(10): 962-70
19. National Cancer Institute. 2022. Lung Cancer Screening. Disponible sur : https://progressreport.cancer.gov/detection/lung_cancer [Consulté le 02/02/23]
20. American Lung Association. 2022. State of Lung Cancer 2022 Report. Chicago: American Lung Association
21. Landy R, Young CD, Skarzynski M, et al. 2021. Using prediction-models to reduce persistent racial/ethnic disparities in draft 2020 USPSTF lung cancer screening guidelines. *J Natl Cancer Inst*: 10.1093/jnci/djaa211

22. Pasquinelli MM, Tammemägi MC, Kovitz KL, et al. 2022. Addressing Sex Disparities in Lung Cancer Screening Eligibility: USPSTF vs PLCOm2012 Criteria. *Chest* 161(1): 248–56
23. Lozier JW, Fedewa SA, Smith RA, et al. 2021. Lung Cancer Screening Eligibility and Screening Patterns Among Black and White Adults in the United States. *JAMA Netw Open* 4(10): e2130350–e50
24. Manful AA, Murray MH, Mercaldo SF, et al. 2023. Abstract A106: Are we there yet? Performance of risk-model based eligibility for lung cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 32(1_Supplement): A106–A06
25. American Thoracic Society, American Lung Association. 2019. Lung cancer screening implementation guide. New York: American Thoracic Society, American Lung Association
26. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. Centralized Lung Cancer Screening Program,. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
27. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. Decentralized Lung Cancer Screening Program. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
28. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. Hybrid Lung Cancer Screening Program. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
29. Wait S, Alvarez-Rosete A, Osama T, et al. 2022. Implementing lung cancer screening in Europe: taking a systems approach. *JTO Clin Res Rep* 3(5): 100329
30. Rzyman W, Szurowska E, Adamek M, et al. 2023. Entretien avec Dani Bancroft du Health Policy Partnership [Vidéoconférence]. 10/01/23
31. Darling G, Sandhu N, Mora L. 2018. MS16.03 Recruitment Strategies for the Lung Cancer Screening. *J Thorac Oncol* 13(10): S273–S74
32. Wickware C. Community pharmacies to start directly referring patients for cancer screening from January 2023. [Mis à jour le 03/01/23]. Disponible sur : <https://pharmaceutical-journal.com/article/news/community-pharmacies-to-start-directly-referring-patients-for-cancer-screening-from-january-2023> [Consulté le 05/01/23]
33. Tammemägi M. 2023. Entretien avec Helena Wilcox Antonia Nicholls et Jessica Hooper du Health Policy Partnership [Vidéoconférence]. 06/01/23
34. Margariti C, Kordowicz M, Selman G, et al. 2020. Healthcare professionals' perspectives on lung cancer screening in the UK: a qualitative study. *BJGP Open* 4(3): bjgpopen20X101035
35. Marušić A, Lung Cancer Policy Network. 2023. Expert perspective: Implementing a lung cancer screening programme. Disponible sur : <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/implementation-toolkit/workforce-capacity/#video> [Consulté le 24/05/23]
36. Marušić A. 2020. Experience with screening in Croatia. Central European Lung Cancer Conference; 27/11/20; Prague
37. O'Brien MA, Sullivan F, Carson A, et al. 2017. Piloting electronic screening forms in primary care: findings from a mixed methods study to identify patients eligible for low dose CT lung cancer screening. *BMC Fam Pract* 18(1): 95
38. Percac-Lima S, Ashburner JM, Rigotti NA, et al. 2018. Patient navigation for lung cancer screening among current smokers in community health centers a randomized controlled trial. *Cancer Med* 7(3): 894–902
39. Sayani A, Vahabi M, O'Brien MA, et al. 2021. Perspectives of family physicians towards access to lung cancer screening for individuals living with low income – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 22(1): 10

40. Freeman HP. 2012. The Origin, Evolution, and Principles of Patient Navigation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 21(10): 1614-17
41. Brain K. 2023. Entretien avec Helena Wilcox et Jessica Hooper du Health Policy Partnership [Vidéoconférence]. 06/01/23
42. Bartholomew K, Parker K, Crengle S. 2022. Lung cancer screening update: April 2021. Auckland: Waitematā District Health Board
43. Ministry of Health. 2019. New Zealand Cancer Action Plan 2019-2029 - Te Mahere mō te Mate Pukupuku o Aotearoa 2019-2029. Wellington: Ministry of Health
44. Thomson R, Crengle S, Lawrenson R. 2009. Improving participation in breast screening in a rural general practice with a predominately Māori population. *N Z Med J* 122: 39-47
45. International Clinical Trials Registry Platform. 2022. Optimising lung cancer screening for Māori: A study of comparative invitation processes. [Mis à jour le 04/10/21]. Disponible sur : <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12621001309875> [Consulté le 25/05/23]
46. hrcNZ. 2021. Māori-led trial of lung cancer screening a first for New Zealand. [Mis à jour le 19/05/21]. Disponible sur : <https://hrc.govt.nz/news-and-events/maori-led-trial-lung-cancer-screening-first-new-zealand> [Consulté le 24/05/23]
47. Canadian Partnership Against Cancer. 2022. Lung Screening in Canada: 2021/2022 Environmental Scan. Disponible sur : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/lung-cancer-screening-in-canada-2021-2022/summary/> [Consulté le 25/06/23]



LUNG CANCER POLICY NETWORK

Le Lung Cancer Policy Network est une initiative mondiale multipartite mise en place par la Lung Ambition Alliance. La note d'orientation a été traduite en 2024 par Eurideas Language Experts et validée par Ismail Sattaoui. Le Network est financé par AstraZeneca, Guardant Health, Johnson & Johnson, MSD et Siemens Healthineers. Le secrétariat est assuré par The Health Policy Partnership, un comité consultatif indépendant en termes de recherche et de politique de la santé. Toutes les initiatives du Network sont non promotionnelles, fondées sur des preuves et élaborées par les membres, qui ne sont pas rémunérés pour leur temps.