

2023



Soutenir la mise en place du dépistage du cancer du poumon :
un accent sur la gestion des données et l'évaluation des programmes

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, 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 Quaipe, 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 la gestion des données et l'évaluation des programmes. 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 la gestion des données et à l'évaluation des programmes, explore les six domaines fondamentaux qui sous-tendent le cadre de mise en place. La présente note fournit des notions fondamentales sur la gestion des données, ainsi que sur le contrôle et l'évaluation des programmes de dépistage du cancer du poumon, 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 UNE GESTION DES DONNÉES ET UNE ÉVALUATION FIABLES DU DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON PAR LDCT : POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

Les programmes de dépistage sont complexes et exigent des systèmes de gestion des données complets et bien organisés afin d'englober tous les aspects d'un parcours de soins. Des données fiables sont essentielles pour évaluer la réussite du programme, les risques éventuels et l'impact réel du dépistage sur la santé de la population.

Cette note de synthèse souligne quelques-unes des considérations clés à prendre en compte par les responsables des systèmes de santé en matière de suivi et d'évaluation de la qualité et de l'impact des programmes de dépistage du cancer du poumon.

Les décideurs des systèmes de santé doivent :

- › **déterminer les données importantes à saisir** – pour éclairer le développement et la gouvernance des systèmes de gestion des données
- › **s'assurer que les données recueillies et les systèmes utilisés pour le dépistage sont compatibles** – pour contrôler efficacement le programme et assurer un dépistage de haute qualité constante
- › **prévoir comment sera évalué le programme de dépistage** – pour estimer l'impact du dépistage sur la santé de la population.

➤ Déterminer les données importantes à saisir

Les responsables des systèmes de santé doivent déterminer les types de données qui seront pertinentes dans le cadre du programme de dépistage et comment elles seront recueillies et gérées efficacement. Sécuriser l'accès à différents types de données pour faciliter la mise en place d'un programme de dépistage est essentiel ;² par exemple, des dossiers médicaux électroniques seront nécessaires pour identifier les individus présentant un risque élevé de cancer du poumon afin de permettre leur recrutement pour le dépistage.^{a,3,4} De ce fait, le volume et la complexité des données recueillies peuvent rapidement devenir ingérables, même pour des programmes de dépistage de petite ampleur. Par conséquent, la sélection ou le développement d'un système de gestion des données fiable, capable de conserver en toute sécurité toutes les données personnelles et médicales de chaque participant, constituera un élément crucial de la mise en place.

Les systèmes de gestion des données devraient faciliter le suivi à long cours des participants aux programmes de dépistage du cancer du poumon par LDCT. Les bases de données permettront d'avertir le personnel et les participants de l'échéance des rendez-vous et de fournir un retour d'information au professionnel de santé qui a orienté vers le dépistage.³ Elles permettent au personnel d'assurer un suivi à plus long cours, par exemple en suivant les individus orientés pour un diagnostic de cancer du poumon ou d'autres maladies détectées fortuitement lors du dépistage. Idéalement, elles devraient également prévoir une façon d'atteindre les individus qui ne se présentent pas (p. ex., des courriers de notification automatisés), pour ainsi aider le personnel à gérer les capacités.⁵

Une fois le programme lancé, l'un des plus grands défis revient à assurer une gouvernance et une sécurité appropriées des données. Étant donné que différents acteurs seront impliqués dans la mise en place du dépistage, un processus doit être élaboré pour régir comment les données recueillies peuvent être normalisées, gérées en toute sécurité et partagées.⁵ Cela peut exiger l'établissement ou l'extension d'accords et de processus pour intégrer le programme de dépistage et les systèmes externes de gestion des données (p. ex., des dossiers médicaux électroniques dans les soins primaires).^{4,6}

a. Pour d'autres exemples de données pertinentes, veuillez consulter les [ressources de mise en place](#) pour le Domaine 6 sur le site web du Lung Cancer Policy Network.²

➤ **S'assurer que les données recueillies et les systèmes utilisés pour le dépistage sont compatibles**

Les programmes de dépistage doivent établir des mécanismes qui permettent de relier les différents systèmes de gestion des données pour faciliter un suivi efficace du dépistage et de la prise de décision clinique.

Le compte rendu périodique de données à un organisme externe est souvent obligatoire pour le suivi et l'évaluation continus du programme.⁷

À cette fin, les systèmes doivent être capables de synchroniser les données saisies par tous les centres qui proposent un dépistage avec les dossiers stockés sur un réseau central (*Étude de cas n° 2*).⁵ L'échange de données au sein des programmes peut également être l'occasion pour les équipes multidisciplinaires de fournir un soutien virtuel pour l'évaluation clinique des résultats.⁸ Enfin, le personnel peut devoir accéder à des informations stockées dans d'autres systèmes hospitaliers pour suivre les résultats des participants au dépistage, y compris les découvertes fortuites.⁴

Le contrôle de la qualité des données recueillies est essentiel pour garantir que le programme de dépistage soit sûr, efficace et de qualité constante. Une collecte de données de haute qualité permet de comparer les résultats de dépistage et de tirer des conclusions fiables. La planification de l'assurance qualité doit se dérouler à un stade précoce afin que les mesures visant à maintenir les normes convenues soient pleinement intégrées tout au long de la mise en place du dépistage.⁹⁻¹¹ Par exemple, l'utilisation de modèles communs pour saisir les données de dossiers médicaux électroniques (p. ex., antécédents de tabagisme) peut contribuer à améliorer la validité et l'exhaustivité des informations stockées pour chaque participant,⁶ et à garantir que le dépistage n'est proposé qu'aux individus présentant un risque élevé de cancer du poumon.⁴ La collecte de données dans le cadre d'un programme de dépistage par LDCT peut également être harmonisée à l'aide d'un système de rapport structuré (*Étude de cas n° 1*).

La création d'un système de gestion des données commun à l'ensemble du programme de dépistage peut également permettre d'intégrer des outils numériques pour guider la prise de décision clinique. Les ressources numériques, comme les aides à la décision ou les calculateurs de risque, pourraient être accessibles aux professionnels de santé lors des rendez-vous et servir pour aider les participants à prendre une décision éclairée quant à l'opportunité de se soumettre à un dépistage.⁴ Les systèmes de gestion des données peuvent également servir pour la formation virtuelle du personnel du programme, tandis que les mémos numériques résumant l'historique des rendez-vous d'un participant ou la disponibilité

des services peuvent contribuer à rationaliser le processus d'orientation ultérieur. Un système de gestion des données partagé présente beaucoup d'autres avantages, comme l'utilisation potentielle de l'intelligence artificielle (IA) pour promouvoir une plus grande efficacité du dépistage.¹²⁻¹⁴

Étude de cas 1

Un système de compte rendu structuré pour le contrôle et l'évaluation des résultats du dépistage par LDCT

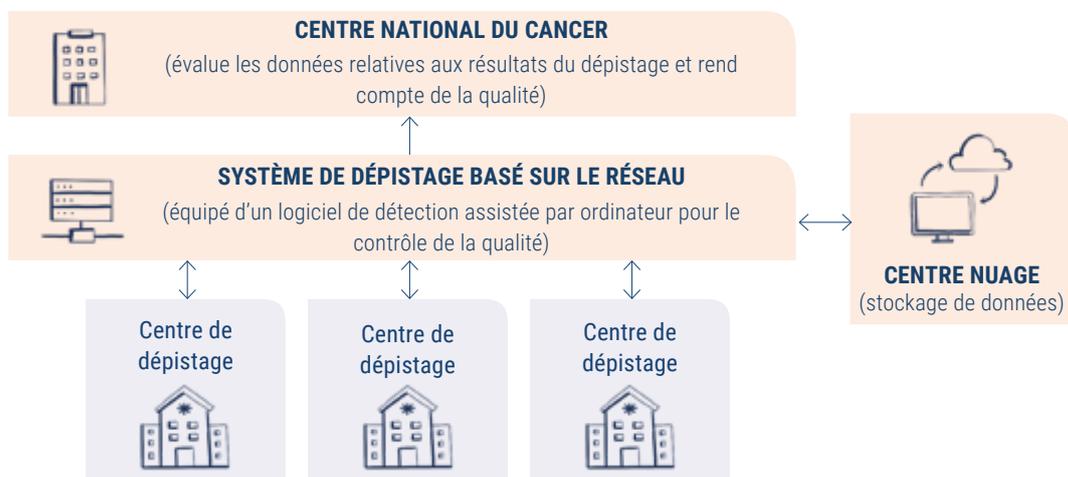
Développé initialement en 2014 par le American College of Radiology, le système de données et de rapport sur l'imagerie pulmonaire (Lung-RADS pour « Lung Imaging Reporting and Data System ») est un système de compte rendu standardisé pour l'évaluation des nodules pulmonaires détectés lors d'un dépistage par LDCT.¹⁵ Le système est composé d'un cadre structuré à disposition des radiologues pour déterminer et communiquer la probabilité que les nodules pulmonaires détectés lors d'une tomodensitométrie (TDM) soient cancéreux en fonction de leur taille et de leur position.¹⁶

L'utilisation du système Lung-RADS a permis d'établir une façon uniforme de communiquer les résultats du dépistage par LDCT, facilitant ainsi les comparaisons entre différents programmes et favorisant une approche plus fiable de l'évaluation des résultats du dépistage.¹⁶ Certains pays exigent des centres proposant un dépistage par LDCT qu'ils utilisent le système Lung-RADS pour conserver leur accréditation.¹⁷ Par conséquent, le système a été largement adopté par les centres pilotes et les programmes de dépistage par LDCT à travers le monde.¹⁸

Étude de cas 2

Exemple du flux de données à travers un réseau centralisé pour le dépistage par LDCT¹⁹

En Corée du Sud, les données d'imagerie LDCT sont échangées avec une plate-forme centralisée dédiée au contrôle qualité, laquelle soumet des rapports sur les performances du programme au Centre national du cancer.¹⁹⁻²¹



Adapté du système utilisé pour le Projet pilote national de dépistage du cancer du poumon en Corée (K-LUCAS pour « Korean Lung Cancer Screening ») dans Lee et al. (2019).¹⁹ Copyright © 2019 par l'Association coréenne du cancer.

➤ **Prévoir comment sera évalué le programme de dépistage**

Déterminer si le dépistage produit l'effet escompté sur la santé de la population nécessite le recours à des mesures appropriées pour évaluer le programme. Le taux de participation et la proportion de cancers du poumon diagnostiqués à un stade précoce constituent des exemples de mesures clés permettant d'évaluer la réussite à court terme d'un programme de dépistage. Beaucoup d'autres mesures sont également utiles pour identifier les domaines d'un programme qui requièrent des ajustements périodiques à des fins d'amélioration de la qualité (*Tableau 1*).^{9 20 22} Toutefois, plusieurs années peuvent s'écouler avant que l'impact à long terme sur la santé de la population ne ressorte clairement des données des registres du cancer basés sur la population, comme une modification du stade auquel le cancer du poumon est diagnostiqué et les améliorations qui en résultent quant à la survie au cancer du poumon.²³⁻²⁵ L'analyse comparative d'autres programmes de dépistage du cancer et l'établissement de liens avec les registres de dépistage par LDCT peuvent constituer des points de référence utiles pour définir ces indicateurs (*Étude de cas n° 3*).²⁶⁻²⁸

La participation active de tous les acteurs concernés par le dépistage du cancer du poumon aux processus d'évaluation facilitera l'obtention d'informations complètes et utiles. Les professionnels de santé impliqués dans la mise en place du dépistage peuvent travailler régulièrement avec un comité directeur multidisciplinaire pour identifier les domaines du programme susceptibles d'être améliorés. La recherche qualitative impliquant à la fois le personnel du programme et les participants peut également fournir des informations utiles sur la façon d'optimiser la mise en place du dépistage par LDCT, y compris le processus de recrutement.²⁹⁻³¹ Il est important que ces évaluations incluent des représentants de groupes qui pourraient rencontrer des obstacles à l'accès au dépistage du cancer du poumon.³²⁻³⁴ Il existe de nombreux exemples d'une telle approche, par exemple la coproduction d'évaluations avec des groupes de patients ou des dirigeants communautaires.^{b 35-39}

b. Pour d'autres exemples d'engagement communautaire, veuillez consulter les [notes de synthèse pour les Domaines 1 et 4](#) sur le site web du Lung Cancer Policy Network.

Tableau 1. Exemples de types de résultats pouvant être contrôlés et évalués dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du poumon

Types de données	Résultats de la mise en place	Résultats liés aux services*	Résultats liés aux participants	Résultats liés à la population
Exemples	Acceptabilité Adoption (et adhésion) Caractère approprié Rapport coût-efficacité Faisabilité Fidélité (respect du protocole) Durabilité	Efficacité Efficience Équité Approche centrée sur la personne Sécurité Moment opportun	Taux de participation Répartition des étapes Taux de mortalité	Répartition des étapes Taux de survie Demande de traitement Qualité de vie
Types d'évaluation	Évaluation des processus (suivi), recherche opérationnelle		Évaluation des résultats	Évaluation de l'impact

*Résultats énumérés dans les normes de soins de l'Institut américain de médecine (US Institute of Medicine's Standards of Care),⁴⁰ à titre d'exemples.

Adapté de Proctor et al. (2011)⁴¹ pour fournir des exemples pouvant s'avérer pertinents pour l'évaluation des programmes de dépistage du cancer du poumon. Copyright © Les auteurs 2010.

Études de cas 3

Comparaison sommaire des approches d'évaluation



Angleterre

Programme pilote du bilan de santé pulmonaire ciblé (TLHC pour « Targeted Lung Health Check »)

Les centres pilotes du programme de bilan de santé pulmonaire ciblé (TLHC pour « Targeted Lung Health Check ») en Angleterre sont organisés par des conseils locaux de soins intégrés (ICB pour « Integrated Care Boards ») qui supervisent les cabinets de soins primaires participant au programme.⁴² Les ICB recueillent et soumettent les données de dépistage au NHS d'Angleterre (NHS England), lequel procède à une évaluation nationale du programme TLHC.

Au niveau de la population, les données des centres TLHC sont soumises au Service national d'enregistrement et d'analyse du cancer (National Cancer Registration and Analysis Service) qui enregistre tous les cas de cancer diagnostiqués et traités dans le système de santé publique en Angleterre.^{31,43} Le Comité d'audit national du cancer du poumon (National Lung Cancer Audit) utilise les données du registre du cancer pour évaluer l'efficacité du diagnostic du cancer du poumon (y compris les cas détectés grâce au dépistage) et de son traitement dans les hôpitaux à travers le pays.^{8,44}



USA

Programme de dépistage du cancer du poumon à l'hôpital et au centre médical de Lahey

L'évaluation du programme est réalisée par un comité directeur multidisciplinaire.⁴⁵ Les indicateurs de qualité sont collectés par le navigateur des patients, stockés dans une base de données dédiée et communiqués au comité sur une base hebdomadaire. Les données sont examinées par le comité directeur tous les deux mois.

Les navigateurs de patients supervisent également la soumission d'un éventail de données de programme au Registre du dépistage du cancer du poumon du Collège américain de radiologie (American College of Radiology Lung Cancer Screening Registry),²⁷ un registre approuvé pour le remboursement du dépistage par les compagnies d'assurance.⁴⁵



CONSIDÉRATIONS CLÉS **pour optimiser la gestion des données et** **l'évaluation du programme pour le dépistage** **du cancer du poumon**

Déterminer les données importantes à saisir

- › Identifier les données requises pour la réalisation de chaque composante d'un programme de dépistage
- › Établir des accords de partage de données et une infrastructure numérique afin de promouvoir un meilleur accès aux données requises pour une mise en place efficace

S'assurer que les données recueillies et les systèmes utilisés pour le dépistage sont compatibles

- › Intégrer des contrôles de la qualité des données recueillies afin de garantir la cohérence du programme de dépistage
- › Promouvoir la communication entre les différents systèmes et fournisseurs afin de faciliter l'échange continu de données
- › Permettre d'exploiter les systèmes de gestion de données pour orienter la prise de décision clinique et optimiser l'efficacité du dépistage

Prévoir comment sera évalué le programme de dépistage

- › Établir des critères de référence pour le contrôle et l'évaluation des performances d'un programme de dépistage
- › Respecter les meilleures pratiques lors de l'élaboration, de la tenue et de la communication des résultats d'un registre de dépistage du cancer
- › Encourager la participation active de tous les acteurs aux processus d'évaluation afin d'obtenir des informations complètes et utiles

RÉFÉRENCES

1. Lung Cancer Policy Network. 2022. Lung cancer screening: learning from implementation. London: The Health Policy Partnership
2. Lung Cancer Policy Network. 2023. Domain 6: Types of data and potential requirements for setting up a screening programme. [Mis à jour le 31/03/23]. Disponible sur : <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/app/uploads/Types-of-data-and-requirements-for-setting-up-screening-programme.pdf> [Consulté le 28/06/23]
3. McKee BJ, McKee AB, Kitts AB, et al. 2015. Low-dose computed tomography screening for lung cancer in a clinical setting: essential elements of a screening program. *J Thorac Imaging* 30(2): 115-29
4. Fathi JT, White CS, Greenberg GM, et al. 2020. The integral role of the electronic health record and tracking software in the implementation of lung cancer screening - a call to action to developers: a white paper from the national lung cancer roundtable. *Chest* 157(6): 1674-79
5. The UK National Screening Committee M, A. The screening in healthcare manual. [Mis à jour le 10/10/23]. Disponible sur : <https://nationalscreening.blog.gov.uk/2022/10/10/uk-nsc-screening-manual-describes-best-practice-for-national-screening-programmes/> [Consulté le 24/01/23]
6. Modin HE, Fathi JT, Gilbert CR, et al. 2017. Pack-year cigarette smoking history for determination of lung cancer screening eligibility: Comparison of the electronic medical record versus a shared decision-making conversation. *Annals of the American Thoracic Society* 14(8): 1320-25
7. Kim HY. 2019. National lung cancer screening in Korea: Introduction and imaging quality control. *Journal of the Korean Society of Radiology* 80(5): 826-36
8. Royal College of Physicians. 2022. National Lung Cancer Audit annual report (for the audit period 2019 England, Wales and Guernsey and 2020 England only). London: Royal College of Physicians
9. Duffy SW, Smith RA. 2020. The evaluation of cancer screening: Concepts and outcome measures. *Med Clin North Am* 104(6): 939-53
10. NHS England. 2019. Targeted screening for lung cancer with low radiation dose computed tomography: Quality assurance standards prepared for the Targeted Lung Health Checks Programme. London: NHS England
11. National Cancer Center. 2021. Quality guidelines for lung cancer screening. Seoul: Ministry of Health and Welfare
12. Majewska M. Can artificial intelligence replace the radiologist? AI in lung cancer screening and teleradiology [online]. [Mis à jour le 15/06/22]. *Puls Medycyny*. Disponible sur : <https://pulsmedycyny.pl/czy-sztuczna-inteligencja-moze-zastapic-radiologa-ai-w-skriningu-raka-pluca-i-teleradiologii-1153405> [Consulté le 10/10/22]
13. The Health Policy Partnership, The Health Value Alliance. 2021. Harnessing data for better cancer care: A policy report by All.Can International. Brussels: All.Can International
14. Voigt W, Prosch H, Silva M. 2023. Clinical scores, biomarkers and IT tools in lung cancer screening: can an integrated approach overcome current challenges? *Cancers (Basel)* 15(4): 1218
15. American College of Radiology. 2022. Lung-RADS 2022. Disponible sur : <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/Lung-RADS/Lung-RADS-2022.pdf> [Consulté le 16/06/23]
16. Godoy MCB, Odisio E, Erasmus JJ, et al. 2018. Understanding Lung-RADS 1.0: A case-based review. *Semin Ultrasound CT MR* 39(3): 260-72
17. American College of Radiology. Lung Cancer Screening Center Designation. [Mis à jour le 09/03/23]. Disponible sur : <https://accreditation-support.acr.org/support/solutions/articles/11000061040-lung-cancer-screening-center-designation-revised-11-9-2022-> [Consulté le 05/06/23]

18. Lung Cancer Policy Network. Interactive map of lung cancer screening (second edition). [Mis à jour le 30/06/23]. Disponible sur : <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/interactive-map-of-lung-cancer-screening/> [Consulté le 23/06/22]
19. Lee J, Lim J, Kim Y, et al. 2019. Development of protocol for the Korean Lung Cancer Screening Project (K-LUCAS) to evaluate effectiveness and feasibility to implement a national cancer screening program. *Cancer Res Treat* 51(4): 1285-94
20. Lee J, Kim Y, Kim HY, et al. 2021. Feasibility of implementing a national lung cancer screening program: Interim results from the Korean Lung Cancer Screening Project (K-LUCAS). *Translational Lung Cancer Research* 10(2): 723-36
21. Goo JM, Kim Y. A cloud-based computerized system for the Korean Lung Cancer Screening Project. [Mis à jour le 15/04/20]. Disponible sur : <https://www.ilcn.org/a-cloud-based-computerized-system-for-the-korean-lung-cancer-screening-project/> [Consulté le 09/01/23]
22. Lewis JA, Spalluto LB, Henschke CI, et al. 2021. Protocol to evaluate an enterprise-wide initiative to increase access to lung cancer screening in the Veterans Health Administration. *Clin Imaging* 73: 151-61
23. NHS England, NHS Improvement, Public Health England. 2022. NHS Cancer Programme: An introduction to approaches to evaluation. London: NHS England
24. Yang C-Y, Lin Y-T, Lin L-J, et al. 2023. Stage shift improves lung cancer survival: real-world evidence. *J Thorac Oncol* 18(1): 47-56
25. Potter AL, Rosenstein AL, Kiang MV, et al. 2022. Association of computed tomography screening with lung cancer stage shift and survival in the United States: quasi-experimental study. *BMJ* 376: e069008
26. International Agency for Research on Cancer. 2019. The Cancer Screening in Five Continents (CanScreen5) project. [Mis à jour le 01/01/2019]. Disponible sur : <https://canscreen5.iarc.fr> [Consulté le 20/06/23]
27. American College of Radiology. Lung Cancer Screening Registry. Disponible sur : <https://www.acr.org/Practice-Management-Quality-Informatics/Registries/Lung-Cancer-Screening-Registry> [Consulté le 12/06/23]
28. Anttila A, Lönnberg S, Ponti A, et al. 2015. Towards better implementation of cancer screening in Europe through improved monitoring and evaluation and greater engagement of cancer registries. *Eur J Cancer* 51(2): 241-51
29. Spalluto LB, Lewis JA, Stollendorf D, et al. 2021. Organizational readiness for lung cancer screening: A cross-sectional evaluation at a Veterans Affairs Medical Center. *J Am Coll Radiol* 18(6): 809-19
30. Lewis JA, Chen H, Weaver KE, et al. 2019. Low provider knowledge is associated with less evidence-based lung cancer screening. *Journal of the National Cancer Network* 17(4): 339-46
31. 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
32. McLeod M, Sandiford P, Kvizhinadze G, et al. 2020. Impact of low-dose CT screening for lung cancer on ethnic health inequities in New Zealand: a cost-effectiveness analysis. *BMJ Open* 10(9): e037145
33. International Agency for Research on Cancer. 2019. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. Lyon: IARC
34. Office for Health Improvement & Disparities. Health equity audit guide for screening providers and commissioners. [Mis à jour le 24/09/20]. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-population-screening-a-health-equity-audit-guide/health-equity-audit-guide-for-screening-providers-and-commissioners> [Consulté le 23/06/23]
35. Cancer Australia. 2020. Report on the lung cancer screening enquiry. Surry Hills: Cancer Australia

36. Baldwin DR, Brain K, Quaife S. 2021. Participation in lung cancer screening. *Translational Lung Cancer Research* 10(2): 1091-98
37. Bartholomew K, Parker K, Crengle S. 2022. Lung cancer screening update: April 2021. Auckland: Waitematā District Health Board
38. Lung Cancer Policy Network. 2023. Supporting the implementation of lung cancer screening: a focus on governance. Policy brief. London: The Health Policy Partnership
39. Lung Cancer Policy Network. 2023. Supporting the implementation of lung cancer screening: a focus on eligibility and recruitment. Policy brief. London: The Health Policy Partnership
40. Agency for Healthcare Research and Quality. Six domains of healthcare quality. [Mis à jour le 01/12/22]. Disponible sur : <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html> [Consulté le 11/05/23]
41. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. 2011. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 38(2): 65-76
42. NHS England. Evaluation of the Targeted Lung Health Check programme. Disponible sur : <https://www.england.nhs.uk/contact-us/privacy-notice/how-we-use-your-information/our-services/evaluation-of-the-targeted-lung-health-check-programme/> [Consulté le 19/12/22]
43. NHS Digital, National Cancer Registration and Analysis Service. CancerData: Staging data in England, 2019. [Mis à jour le 04/05/23]. Disponible sur : https://www.cancerdata.nhs.uk/stage_at_diagnosis [Consulté le 23/06/23]
44. Royal College of Physicians. National Lung Cancer Audit. [Mis à jour le 2022]. Disponible sur : <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/national-lung-cancer-audit> [Consulté le 19/12/22]
45. American Thoracic Society, American Lung Association. 2019. Lung cancer screening implementation guide. New York: American Thoracic Society, American Lung Association



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.