

2023



Soutenir la mise en place du dépistage du cancer du poumon :
un accent sur les exigences en matière d'effectifs et de capacités techniques

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 Quaife, 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 les exigences en matière d'effectifs et de capacités techniques. 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 tomodensitométrie 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 les effectifs et les capacités techniques, explore les six domaines fondamentaux qui sous-tendent le cadre de mise en place. La présente note fournit des notions fondamentales sur les considérations relatives aux effectifs et aux capacités techniques, 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.

ASSURER LES EFFECTIFS ET LES CAPACITÉS TECHNIQUES POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON : POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

La mise en place d'un programme de dépistage du cancer du poumon requiert des capacités humaines et techniques suffisantes pour réaliser et interpréter les images de LDCT. Celles-ci, à leur tour, demandent une évaluation et une planification minutieuses de l'ensemble du parcours de soins du cancer du poumon afin de pouvoir anticiper l'impact de l'augmentation du nombre d'individus ayant besoin d'un diagnostic et d'un traitement. Cette évaluation sera différente d'un pays à l'autre, car elle dépendra des capacités actuelles et de l'architecture globale du système de santé.

Cette note de synthèse souligne quelques-unes des considérations les plus importantes en matière d'effectifs et de capacités techniques à prendre en compte par les responsables des systèmes de santé pour garantir une mise en place efficace et durable d'un programme de dépistage du cancer du poumon.

Les décideurs des systèmes de santé doivent :

- **évaluer les besoins en effectifs et en capacités techniques pour le dépistage du cancer du poumon** – pour identifier et combler les lacunes potentielles, en tenant compte de l'impact du dépistage sur l'ensemble du parcours de soins du cancer du poumon
- **adapter le modèle de dépistage du cancer du poumon selon les besoins et les paramètres de chaque système de santé** – pour optimiser l'efficacité, la qualité et la couverture équitable de la population, grâce à un développement ciblé des capacités
- **renforcer l'ensemble du parcours de soins du cancer du poumon** – car un parcours de soins multidisciplinaire de haute qualité est indispensable à la mise en place efficace du dépistage

➤ Évaluer les besoins en effectifs et encapacités techniques pour le dépistage du cancer du poumon

Les développeurs d'un programme de dépistage doivent déterminer si des membres du personnel, des formations et des équipements supplémentaires sont nécessaires pour garantir une mise en place efficace et fonctionnelle du programme. La première considération consiste à déterminer si les capacités humaines et techniques sont suffisantes pour assurer un dépistage à des niveaux de qualité élevés et constants dans l'ensemble du pays ou de la juridiction. Une évaluation de la manière dont les pénuries connues de capacités humaines et techniques peuvent être résolues est nécessaire, en particulier compte tenu des pénuries d'effectifs que la pandémie de COVID-19 a provoquées dans de nombreux pays.² Déterminer la disponibilité et la répartition géographique des tomodensitomètres est également crucial. La capacité optimale varie, comme l'illustre la déclaration de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) affirmant qu'il n'existe pas de nombre idéal de tomodensitomètres pour un million d'habitants.³

Déterminer les rôles et responsabilités clés des différents effectifs est également important. Il est important de déterminer avec soin le nombre et le type de professionnels de santé (et d'autres effectifs) qui seront nécessaires pour accomplir les différentes composantes du programme de dépistage, depuis le recrutement jusqu'au dépistage et au suivi.⁴ Les types de rôles potentiellement requis sont décrits sur la Figure 2.⁵

Il est important de reconnaître que la mise en place du dépistage aura un impact sur l'ensemble du parcours de soins du cancer du poumon, et de prévoir des ressources adéquates. Les décideurs des systèmes de santé devront prendre en compte les domaines connaissant déjà des pénuries de personnel ou qui seront les plus touchés par une augmentation du nombre de cancers détectés à un stade précoce. Par exemple, plusieurs pays ont estimé l'impact de la mise en place du dépistage par LDCT sur leur personnel chirurgical, car l'augmentation du nombre de cas de cancer du poumon détectés à un stade précoce entraînera une hausse de la demande d'interventions chirurgicales.⁶⁻⁹ La chirurgie est un traitement courant du cancer du poumon à un stade précoce (*Étude de cas n° 1*).⁶⁻⁹

Figure 2. Planification des rôles et des responsabilités du personnel prenant en charge le cancer du poumon à différents stades du programme de dépistage*

Rôles principaux au sein du programme de dépistage du cancer du poumon						
 Recrutement	Professionnel de santé communautaire	Médecin de soins primaires	Personnel infirmier de soins primaires	Conseiller en sevrage tabagique	Médecin des voies respiratoires	Navigateur de patient
 Éligibilité	Professionnel de santé communautaire	Médecin de soins primaires	Personnel infirmier de soins primaires	Médecin des voies respiratoires	Navigateur de patient	
 Sélection	Radiologue	Manipulateur d'électroradiologie médicale	Physicien			
 Évaluation	Radiologue	Médecin de soins primaires	Médecin des voies respiratoires			
Rôles principaux en dehors du programme de dépistage du cancer du poumon						
 Soins cliniques et gestion	Radiologue	Oncologue médicale	Personnel infirmier de soins primaires	Médecin des voies respiratoires	Radio-oncologue/ oncologue clinique	Navigateur de patient
	Médecin de soins primaires	Pathologiste	Physicien en médecine nucléaire	Chirurgien cardiothoracique	Professionnel de santé communautaire	Coordinateur d'une équipe multidisciplinaire

*Adapté avec l'autorisation de : Cancer Australia (2020) *Lung Cancer Screening for Australia: A synthesis of evidence, economics and stakeholder perspectives, unpublished*.⁵

Étude de cas 1

Prévoir l'impact du dépistage du cancer du poumon sur la capacité chirurgicale⁶⁻⁹



Canada

En 2014, des chercheurs canadiens se sont servis des données nationales pour développer un modèle informatique permettant de prévoir l'impact sur le personnel chirurgical de l'introduction d'un programme national de dépistage par tomодensitométrie pour les individus présentant un risque élevé de cancer du poumon.⁹ Le modèle a pris en compte l'équilibre entre les nouveaux arrivants sur le marché du travail et les chirurgiens qui partent à la retraite chaque année.⁸ Il a prédit qu'un programme national de dépistage par tomодensitométrie entraînerait une augmentation du nombre de cancers du poumon opérables – à la fois globalement et par rapport à la disponibilité en chirurgiens thoraciques – jusqu'en 2030.⁹ Ces conclusions soulignent l'importance de former un nombre approprié de chirurgiens thoraciques afin de répondre aux besoins futurs de la population.^{8,9}



Taïwan

Entre 2008 et 2017, il a été observé à l'hôpital général des vétérans de Kaohsiung à Taïwan que les interventions chirurgicales liées au poumon ont environ doublé à la suite de l'introduction d'un programme de dépistage du cancer du poumon par LDCT.⁶ À mesure que le programme de dépistage s'élargira à Taïwan, les cas de cancer du poumon opérable à un stade précoce augmenteront, ce qui alourdira la charge de travail des chirurgiens thoraciques et des radiologues dont les effectifs sont limités.⁶ Par conséquent, la planification de la politique nationale pour l'expansion du programme de dépistage par LDCT devrait impliquer l'identification et la prise en compte des pénuries potentielles de chirurgiens thoraciques et de radiologues, de postes de formation de spécialistes et de programmes d'éducation.⁶



USA

Dans une étude réalisée en 2019, utilisant les données de la base de données nationale du cancer (National Cancer Database), des chercheurs américains ont modélisé l'évolution de la demande de traitement à la suite de la mise en place du dépistage du cancer du poumon.⁷ Ils ont estimé que la demande d'interventions chirurgicales augmenterait de 38,3 % en 2023, de 42,0 % en 2028 et de 24,4 % en 2040.⁷ Ces projections reflètent l'augmentation initiale probable des besoins en capacité générée par l'augmentation du nombre de cancers détectés à un stade précoce.⁷ Une baisse consécutive de la demande est basée sur la poursuite prévue de la mise en place d'un dépistage complet et sur la diminution des taux de tabagisme.¹⁰ Ce type de modélisation peut servir de base à une planification prudente et graduelle de la capacité chirurgicale et du financement.⁸

➤ Adapter le modèle de dépistage du cancer du poumon selon les besoins et les paramètres de chaque système de santé

Les décideurs des systèmes de santé peuvent adopter différents modèles organisationnels pour leurs programmes de dépistage dans le but de s'adapter à leur structure globale. Un modèle approprié (*Tableau 1*) reflétera à la fois les capacités existantes et prévues pour assurer le dépistage,¹¹ y compris la répartition des tomodensitomètres dans la région ou le pays et d'autres approches visant à obtenir une qualité homogène parmi les centres de dépistage participants. Le modèle doit aussi garantir que les individus éligibles au dépistage bénéficient d'un accès équitable à un programme de dépistage du cancer du poumon. Par exemple, le programme de bilan de santé pulmonaire ciblé (TLHC pour « Targeted Lung Health Check ») a adopté, dans de nombreuses régions, une approche hybride qui associe un modèle de dépistage centralisé à des unités de dépistage mobiles, afin d'atteindre plus efficacement les individus à haut risque au sein de leurs communautés.^{12,13}



Tableau 1. Modèles de programmes de dépistage du cancer du poumon

Modèle	Aspects clés du modèle ^{11 14-16}	Où ce modèle est-il utilisé ?*
Centralisé	› Les professionnels des soins primaires recrutent activement les participants éligibles et les orientent vers le programme › L'équipe du programme de dépistage du cancer du poumon examine ensuite tous les images tomodensitométriques, organise les consultations et les suivis, suit toutes les données cliniques et les conclusions, et communique les résultats et les plans de traitement au participant et au professionnel des soins de santé primaires › Les programmes centralisés requièrent des ressources considérables, notamment un coordinateur de programme dédié, un leadership clinique et une équipe multidisciplinaire	› USA (par exemple, Clinique de Cleveland, Système de santé du Mont Sinaï)¹¹ › Canada (Programme de dépistage du cancer du poumon de la Colombie-Britannique, Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon)^{17 18} › Pologne (Programme pilote national de dépistage du cancer du poumon, WWRP)¹⁹ › Corée du Sud (Programme national coréen de dépistage du cancer du poumon [KNLCS pour « Korean National Lung Cancer Screening program »])¹²
Décentralisé	› L'équipe du programme de dépistage du cancer du poumon agit en tant que partenaire collaborateur du professionnel des soins primaires qui recrute activement les individus éligibles › Le professionnel des soins primaires et l'équipe du programme de dépistage du cancer du poumon examinent les images tomodensitométriques. Ils décident ensuite conjointement qui organisera les consultations et les suivis, y compris la communication des résultats et des plans de traitement aux participants	› USA (p. ex., Kaiser Permanente Southern California)¹¹
Hybride	› Les programmes hybrides se situent entre les programmes de dépistage du cancer du poumon entièrement centralisés et ceux décentralisés › Tous les aspects de la gestion des participants tout au long du processus de dépistage peuvent être partagés par le professionnel des soins primaires et l'équipe du programme › Bien que des unités de dépistage centralisées soient utilisées, le dépistage peut également être proposé dans des unités décentralisées (p. ex., camions mobiles) afin d'augmenter la couverture de la population	› Angleterre (Programme TLHC du NHS d'Angleterre)²⁰ › USA (p. ex., Hôpital et centre médical de Lahey, Centre médical de Boston)¹¹

*Les exemples cités proviennent d'une étude portant sur cinq pays, menée dans le cadre de cette note de synthèse. Vous trouverez de plus amples détails sur ces exemples et d'autres programmes sur la [carte interactive du dépistage du cancer du poumon du Lung Cancer Policy Network](#).

Les variations des capacités des systèmes de santé au niveau local exigent souvent un développement ciblé des capacités afin de favoriser une distribution équitable des ressources pour une mise en place efficace du dépistage du cancer du poumon. Par exemple, le Royaume-Uni possède moins de scanners que la majorité des pays comparables de l'OCDE,²¹ et leur répartition est inégale.²² Cela signifie que l'accumulation de patients nécessitant des tomodensitométries et les temps d'attente qui en résultent sont importants.²³ Compte tenu de ces disparités, des solutions innovantes font partie de l'approche hybride du programme TLHC britannique, dont plusieurs ont été appliquées ces dernières années (*Étude de cas n° 2*). Le Service national de santé (National Health Service (NHS)) britannique reconnaît également la nécessité d'intégrer pleinement le dépistage à la planification future. Cela est illustré par l'inclusion du dépistage personnalisé dans le plan à long terme du NHS,²⁴ qui vise à réduire les visites à l'hôpital et les temps d'attente, à diagnostiquer les patients plus rapidement et à se préparer à la demande future.²⁵ Il est important de noter que si les innovations et les objectifs cherchant à accroître les capacités peuvent soutenir la mise en place du dépistage du cancer du poumon, le système de santé doit être en mesure d'accueillir ces initiatives.

Étude de cas 2

Innovations en matière de développement des capacités pour soutenir la mise en place du dépistage du cancer du poumon au Royaume-Uni

En 2019, le NHS d'Angleterre a déployé **des camions de dépistage du cancer du poumon** sur les parkings de supermarchés dans tout le pays.¹³ L'objectif est de stimuler la participation au dépistage en facilitant l'accès à un centre de dépistage.¹³



Le gouvernement britannique prévoit d'introduire 160 nouveaux **centres de diagnostic communautaires** d'ici 2025.²⁵ Ceux-ci pourraient fournir l'infrastructure appropriée pour soutenir le dépistage par LDCT du cancer du poumon à travers le pays.²⁵



À partir de janvier 2023, les **pharmacies communautaires** d'Angleterre ont commencé à orienter directement les individus présentant des signes possibles de cancer vers un service d'imagerie diagnostique, dans le cadre d'un service pilote.^{26 27} Cette initiative reconnaît l'importance de recourir aux pharmaciens pour encourager le diagnostic précoce, et elle a été bien accueillie par de nombreux établissements de premier plan.^{24 28}



➤ Renforcer l'ensemble du parcours de soins du cancer du poumon

Un parcours de soins multidisciplinaire de haute qualité pour le cancer du poumon est crucial pour la mise en place réussie d'un programme de dépistage du cancer du poumon. Tout individu dont le résultat du dépistage est positif doit pouvoir accéder rapidement à un diagnostic complet, à un traitement et à des soins ultérieurs assurés par une équipe de soins multidisciplinaire.^{29 30} Dans cette optique, Cancer Care Ontario a développé une Carte du parcours du cancer du poumon, qui comprend six cartes montrant clairement le processus d'orientation entre les différentes étapes du parcours de soins, ainsi que les équipes spécialisées impliquées.³¹ Les cartes visent à organiser systématiquement les soins aux individus atteints d'un cancer du poumon tout au long de leur parcours, en réduisant les disparités quant à la qualité des soins (*Étude de cas n° 3*).³¹

Études de cas 3

Cartes de parcours du Cancer Care Ontario
tout au long du parcours de soins du
cancer du poumon³¹

Suspicion de cancer
(y compris population éligible au dépistage)

Dépistage

Carte du parcours
de dépistage du
cancer du poumon

Tests et diagnostic

Carte du parcours de **diagnostic du cancer du poumon**
Carte du parcours d'**analyses tissulaires du cancer du poumon**

**Soins et traitements
multidisciplinaires**

Carte du parcours de traitement du
cancer du poumon non à petites cellules
Carte du parcours de traitement du
cancer du poumon à petites cellules

Soins de suivi et traitement continu

Carte du **parcours de soins de
suivi du cancer du poumon**



CONSIDÉRATIONS CLÉS **pour optimiser les effectifs et les capacités** **techniques en vue de la mise en place du dépistage**

Évaluer les besoins en effectifs et en capacités techniques pour le dépistage du cancer du poumon

- › Identifier les pénuries de personnel et les limites de capacités techniques pour déterminer s'il est nécessaire de renforcer les effectifs, la formation et/ou la redistribution des ressources du système de santé
- › S'assurer que les besoins en effectifs pour un suivi et un traitement adéquats après le dépistage soient clairement compris afin d'atténuer les éventuels goulets d'étranglement

Adapter le modèle de dépistage du cancer du poumon selon les besoins et les paramètres de chaque système de santé

- › Identifier le modèle d'organisation qui fournit une couverture appropriée, favorise la consistance de la qualité et utilise efficacement les ressources existantes
- › Examiner et évaluer la faisabilité d'activités de développement des capacités, le cas échéant, afin d'améliorer la répartition des ressources pour la mise en place du dépistage du cancer du poumon

Renforcer l'ensemble du parcours de soins du cancer du poumon

- › Veiller à ce que tout individu dont le résultat du dépistage est positif bénéficie rapidement d'un diagnostic, d'un traitement et de soins ultérieurs assurés par une équipe multidisciplinaire
- › Investir dans l'amélioration de l'ensemble du parcours du cancer du poumon afin de combler les lacunes le cas échéant

RÉFÉRENCES

1. Lung Cancer Policy Network. 2022. Lung cancer screening: learning from implementation. London: The Health Policy Partnership
2. Poon Y-SR, Lin YP, Griffiths P, et al. 2022. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Resour Health* 20(1): 70
3. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2023. Medical technologies. [Mis à jour le 2019]. Disponible sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/eadc0d9d-en/index.html?itemId=/content/component/eadc0d9d-en> [Consulté le 28/04/23]
4. Cancer Council Australia. 2021. Optimal care pathway for people with lung cancer. Australia (various states): Cancer Council Australia
5. Cancer Australia. 2020. Lung Cancer Screening for Australia: A synthesis of evidence, economics and stakeholder perspectives, unpublished. Surry Hills, NSW: Cancer Australia
6. Hung YC, Tang EK, Wu YJ, et al. 2021. Impact of low-dose computed tomography for lung cancer screening on lung cancer surgical volume: The urgent need in health workforce education and training. *Medicine (Baltimore)* 100(32): e26901
7. Blom E, Haaf K, Arenberg DA, et al. 2019. Treatment capacity required for full-scale implementation of lung cancer screening in the United States. *Cancer* 125(12): 2039-48
8. Dhanasopon A, Kim A. 2017. Lung Cancer Screening and Its Impact on Surgical Volume. *Surg Clin North Am* 97(4): 751-62
9. Edwards J, Datta I, Hunt J, et al. 2014. The Impact of Computed Tomographic Screening for Lung Cancer on the Thoracic Surgery Workforce. *Ann Thorac Surg* 98(2): 447-52
10. Jeon J, Holford TR, Levy DT, et al. 2018. Smoking and Lung Cancer Mortality in the United States From 2015 to 2065: A Comparative Modeling Approach. *Ann Intern Med* 169(10): 684-93
11. American Thoracic Society, American Lung Association. 2019. Lung cancer screening implementation guide. New York: American Thoracic Society, American Lung Association
12. Lung Cancer Policy Network. Interactive map of lung cancer screening (first edition). [Mis à jour le 09/22]. Disponible sur : <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/interactive-map-of-lung-cancer-screening/> [Consulté le 20/12/22]
13. NHS England. NHS to rollout lung cancer scanning trucks across the country. Disponible sur : <https://www.england.nhs.uk/2019/02/lung-trucks/> [Consulté le 12/04/21]
14. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. Centralized Lung Cancer Screening Program,. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
15. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. Decentralized Lung Cancer Screening Program. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
16. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. Hybrid Lung Cancer Screening Program. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
17. BC Cancer, Provincial Health Services Authority. BC Cancer launches lung screening program. [Mis à jour le 25/05/22]. Disponible sur : <http://www.bccancer.bc.ca/about/news-stories/stories/bc-cancer-launches-lung-screening-program> [Consulté le 23/08/22]
18. Cancer Care Ontario. Ontario Lung Screening Program. [Mis à jour le 2023]. Disponible sur : <https://www.cancercareontario.ca/en/cancer-care-ontario/programs/screening-programs/ontario-lung-screening-program> [Consulté le 13/04/23]
19. Lung Cancer Policy Network. Lung cancer screening in Poland. [Mis à jour le 2023]. Disponible sur : <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/lung-cancer-screening-in-poland/> [Consulté le 13/04/23]

20. 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
21. OECD. 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing
22. Institute of Physics and Engineering in Medicine, The College of Radiographers, The Royal College of Radiologists. 2015. CT Equipment, Operations, Capacity and Planning in the NHS London: IPEM, CoR, RCR
23. The Royal College of Radiologists. 2021. NHS Backlogs and waiting times inquiry. London: RCR
24. NHS England. 2019. The NHS Long Term Plan. London: NHS England
25. Department of Health and Social Care. 7 new community diagnostic centres to offer more patients life-saving checks. [Mis à jour le 01/09/22]. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/news/7-new-community-diagnostic-centres-to-offer-more-patients-life-saving-checks> [Consulté le 05/01/23]
26. 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]
27. NHS England. 2022. High street pharmacies spot cancers in new NHS early diagnosis drive. [Mis à jour le 15/06/22]. Disponible sur : <https://www.england.nhs.uk/2022/06/high-street-pharmacies-spot-cancers-in-new-nhs-early-diagnosis-drive/> [Consulté le 18/04/23]
28. Royal Pharmaceutical Society. 2020. *Utilising community pharmacists to support people with cancer*. London: RCP
29. Field JK, de Koning H, Oudkerk M, et al. 2019. Implementation of lung cancer screening in Europe: challenges and potential solutions: summary of a multidisciplinary roundtable discussion. *ESMO Open* 4: 1-7
30. Taylor D. 2020. *Cancer policy update: agenda for the 2020s*. London: School of Pharmacy University College London
31. Cancer Care Ontario. Lung Cancer Pathway Map. [Mis à jour le 2023]. Disponible sur : <https://www.cancercareontario.ca/en/pathway-maps/lung-cancer> [Consulté le 16/01/23]



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.