

PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER

Initiative pancanadienne de dépistage du cancer du poumon

Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada



Septembre 2014

Initiative pancanadienne de dépistage du cancer du poumon

Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada

La rédaction de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'entremise du Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, pourvu que l'utilisation prévue soit à des fins non commerciales et que le Partenariat canadien contre le cancer soit identifié.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer (2014). *Initiative pancanadienne de dépistage du cancer du poumon : Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

Partenariat canadien contre le cancer
1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1
Tél. : 416.915.9222
Sans frais d'appel : 1.877.360.1665
www.partnershipagainstcancer.ca/fr/

Also available in English under the title: *Pan-Canadian Lung Cancer Screening Initiative: Lung Cancer Screening Framework for Canada*

TABLE DES MATIÈRES

2 Information générale

2 Cancer du poumon

2 Dépistage du cancer du poumon

3 Une approche nationale pour le dépistage du cancer du poumon au Canada

4 Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada - énoncés du protocole d'accord

4 Objectif

4 Introduction

6 Énoncés du protocole d'accord sur le dépistage du cancer du poumon

9 Références pour les énoncés

14 Prochaines étapes

16 Annexe A : Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada - élaboration

16 Le processus

18 Annexe B : membres du RPDCP, spécialistes bénévoles au sein des groupes de travail et autres participants

INFORMATION GÉNÉRALE

Cancer du poumon

Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer au Canada.

On estime que 25 500 Canadiennes et Canadiens ont reçu un diagnostic de cancer du poumon en 2013 et que quelque 20 200 personnes sont décédées des suites de cette maladie cette année-là.ⁱ Le taux de survie relatif à cinq ans des personnes atteintes du cancer du poumon est de 17 pour cent.ⁱ

Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer au Canada et vient au deuxième rang parmi les cancers les plus fréquents, autant chez les hommes que chez les femmes. Depuis le milieu des années 1980, l'incidence diminue chez les hommes et, bien que ce type de cancer soit diagnostiqué chez un moins grand nombre de femmes que d'hommes, l'incidence chez les femmes est en hausse depuis 1982. Ces tendances reflètent des changements dans l'usage du tabac et les taux d'abandon : le taux de consommation du tabac chez les hommes a commencé à diminuer au milieu des années 1960, alors qu'une baisse du taux de tabagisme chez les femmes n'a commencé à être observée qu'au milieu des années 1980.ⁱ

Le cancer du poumon constitue un fardeau important pour les personnes atteintes, leur famille et le système de santé. Le traitement est complexe et dépend de plusieurs facteurs, dont le stade au diagnostic, la pathologie tumorale et la présence d'autres troubles médicaux.

Dépistage du cancer du poumon

Un projet de collaboration internationale est en cours pour mieux comprendre comment le cancer du poumon se développe et établir un cadre pour la détection précoce de cette maladie par le dépistage.

Le dépistage du cancer est réalisé à l'aide d'analyses spécifiques permettant de détecter la présence de la maladie à un stade précoce, de façon à pouvoir entreprendre un traitement avant l'apparition des symptômes cliniques. L'objectif global du dépistage est de

diminuer la mortalité associée à la maladie. Dans le cas du dépistage du cancer du poumon, il y a une occasion importante d'aborder également la question de la prévention primaire si des programmes d'abandon du tabac sont intégrés aux activités de dépistage.

Les progrès dans le domaine de la tomodensitométrie hélicoïdale à faible dose (low-dose spiral computed tomography ou LDCT) ont amené les chercheurs à évaluer son efficacité potentielle comme test de dépistage du cancer du poumon chez les personnes présentant un risque élevé. Aux États-Unis, l'essai NLST (National Lung Screening Trial) a révélé que les décès par cancer du poumon ont chuté de 20 pour cent chez les fumeurs actuels et les ex-fumeurs âgés entre 55 et 74 ans (ayant des antécédents de tabagisme de 30 paquets-année ou plus) qui avaient subi un test de dépistage annuel par LDCT pendant trois années consécutives.ⁱⁱ Cet essai a également révélé que la mortalité toutes causes confondues avait chuté de 7 pour cent dans ce groupe.

À la lumière de ces résultats, le conseil d'administration de l'Association internationale pour l'étude du cancer du poumon (IASLC) a mis sur pied un groupe de travail sur le dépistage par tomodensitométrie (TDM) afin d'élaborer un énoncé de position pour l'IASLC. Les conclusions de cet énoncé indiquent que :

- l'essai NLST est le premier essai contrôlé à répartition aléatoire à montrer une baisse significative de la mortalité par cancer du poumon grâce au dépistage par LDCT dans une population présentant un risque élevé;
- il existe des données publiées de même que des essais et des études en cours qui peuvent contribuer à faire progresser le dépistage du cancer du poumon au sein de la population.

Le groupe de travail a lancé un appel aux cliniciens et aux chercheurs du monde entier travaillant dans le domaine du cancer du poumon pour qu'ils collaborent et participent activement à l'étude, à l'analyse, à l'évaluation et à l'amélioration de la méthode de dépistage proposée.ⁱⁱⁱ

À cette fin, l'IASLC a organisé en 2011 un atelier sur le dépistage par TDM afin de discuter des possibilités d'améliorer et de faire progresser l'utilisation de la LDCT dans le dépistage du cancer du poumon. Plusieurs comités consultatifs stratégiques sur le dépistage par TDM ont été mis sur pied à cette occasion. Leur objectif avoué était de faire participer activement les intervenants du domaine du cancer du poumon, y compris les sociétés et les organismes professionnels, à l'élaboration de lignes directrices et de recommandations dans les domaines suivants :

1. Identification des personnes présentant un risque élevé comme candidates aux programmes de dépistage du cancer du poumon;
2. Élaboration de lignes directrices radiologiques à utiliser dans l'élaboration de programmes de dépistage du cancer du poumon par TDM;
3. Élaboration de lignes directrices pour l'investigation clinique des « nodules indéterminés » décelés par les responsables des programmes de dépistage par TDM;
4. Lignes directrices pour la production de rapports de pathologie sur les nodules décelés dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du poumon par TDM;
5. Recommandations en matière d'interventions chirurgicales et thérapeutiques pour les nodules suspects décelés par les programmes de dépistage par TDM du cancer du poumon;
6. Intégration des pratiques d'abandon du tabagisme dans les futurs programmes nationaux de dépistage du cancer du poumon par TDM.^{iv}

Une approche nationale pour le dépistage du cancer du poumon au Canada

Des spécialistes nationaux de partout au Canada ont collaboré pour discuter des priorités et des enjeux liés au dépistage du cancer du poumon.

Dans le but d'établir les priorités en matière de dépistage du cancer du poumon au Canada, le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a tenu deux forums réunissant plusieurs intervenants (le 22 novembre 2011 et le 29 février 2012). Les participants à ces forums se sont entendus sur l'utilité qu'aurait un réseau national pour établir et soutenir des priorités nationales.

Le Réseau pancanadien de dépistage du cancer du poumon (RPDCP), constitué par le PCCC, a par la suite été mis sur pied et a reçu le mandat suivant : supporter des initiatives qui influenceront les discussions et les décisions au sujet du dépistage du cancer du poumon, tirer profit de l'expertise dans ce domaine et utiliser les recommandations fondées sur des données probantes qui soutiennent les politiques et les meilleures pratiques dans le domaine du dépistage du cancer du poumon.

Le RPDCP est constitué de représentants des organismes provinciaux de lutte contre le cancer, des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de l'Agence de la santé publique du Canada et d'organismes non gouvernementaux et professionnels. Des spécialistes individuels sont également invités à participer aux initiatives du RPDCP en fonction du domaine traité.

Reconnaissant que le dépistage du cancer du poumon était un nouveau domaine de développement, autant au Canada qu'à l'échelle internationale, les membres du RPDCP ont convenu que l'élaboration d'un Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada constituait un important projet initial. À ce titre, ce cadre fondé sur un protocole d'accord a été élaboré pour offrir une orientation utile aux provinces et aux territoires qui s'attaquent à cette question importante dans la lutte contre le cancer.

Les énoncés de ce protocole d'accord ont été rédigés dans le cadre d'un vaste processus de consultation qui s'est déroulé d'avril 2013 à avril 2014 (une description détaillée du processus d'élaboration du protocole d'accord se trouve à l'Annexe A).

CADRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON POUR LE CANADA - ÉNONCÉS DU PROTOCOLE D'ACCORD

Objectif

Le cadre fondé sur un protocole d'accord vise à servir d'outil pour aider les autorités canadiennes dans leurs discussions et la planification de programmes de dépistage du cancer du poumon en décrivant les éléments importants à prendre en considération.

Ce cadre ne vise pas à être prescriptif. Il est entendu que si un programme de dépistage du cancer du poumon est mis en place, il évoluera différemment d'une province et d'un territoire à l'autre en termes d'échéancier et de méthodes. En outre, il pourrait y avoir des difficultés et des lacunes qui n'ont pas été abordées et/ou résolues dans ce cadre; c'est pourquoi il faut le voir comme un processus itératif.

Bien que l'élaboration de ce cadre ait été facilitée par le PCCC, il sera essentiel de déterminer le ou les groupes qui seront en mesure d'aborder le plus adéquatement les aspects particuliers des divers énoncés. Pour certains énoncés, ces groupes ont été indiqués.

Introduction

La vaste majorité des cas de cancer du poumon (85-90 %) sont associés à l'usage de la cigarette.^v La façon la plus efficace de faire la prévention primaire du cancer du poumon sera d'empêcher les gens de commencer à fumer et d'inciter les fumeurs actuels à cesser de fumer, en particulier avant l'âge de 30-40 ans.^{vi, vii} Les programmes d'abandon du tabac et de prévention des rechutes fondés sur des données probantes constituent des stratégies essentielles dans la lutte contre le cancer du poumon.

Le rôle de l'abandon du tabac

Ce cadre est axé sur le dépistage du cancer du poumon et non sur la lutte globale contre le tabagisme ou les questions plus vastes portant sur la prévention des maladies chroniques. Néanmoins, des énoncés sur

l'abandon du tabac ont été inclus puisque l'harmonisation et l'intégration des programmes d'abandon du tabac aux stratégies de dépistage peuvent permettre de faire le lien entre les méthodes d'intervention de prévention primaire et secondaire. Des analyses de modélisation publiées et en cours ont montré que le dépistage du cancer du poumon par LDCT, jumelé à l'abandon du tabac, semble avoir un meilleur rapport coût-efficacité que le dépistage seulement.^{viii}

Une des difficultés associées aux programmes d'abandon du tabac est le fait que souvent, les fumeurs de longue date, qui pourraient potentiellement tirer les plus grands avantages de ces programmes, n'y participent pas. Comme nous l'avons souligné auparavant, le dépistage du cancer du poumon offre une nouvelle possibilité pour les programmes d'abandon d'atteindre un groupe de fumeurs qui sont habituellement difficiles à atteindre.

En quoi le dépistage du cancer du poumon est-il différent du dépistage des autres types de cancer?

Le dépistage du cancer du poumon est différent des programmes de dépistage au sein de la population générale qui ont été mis en œuvre pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal. Alors que la population ciblée dans ces programmes présente généralement un risque moyen de contracter ces cancers, le dépistage du cancer du poumon vise une population définie présentant un risque élevé. Il n'y actuellement aucune donnée probante à l'appui du dépistage systématique pour les personnes présentant un risque moyen de souffrir du cancer du poumon. Les risques et les complications associés au dépistage dans des cohortes présentant un risque faible (ex. : résultats faussement positifs à la LDCT) sont probablement plus importants que les avantages potentiels.

Bien que les populations cibles soient différentes, les principes directeurs des programmes de dépistage au sein de la population générale peuvent être utiles dans l'élaboration d'une stratégie efficace de dépistage dans un

groupe cible présentant un risque élevé. De plus, la structure d'un dépistage organisé au sein de la population générale offre un aperçu utile des aspects du programme, notamment : un groupement de population défini et ciblé, un test de dépistage spécifique, des intervalles de dépistage définis, des politiques pour orienter la planification et la prestation des services de dépistage, la coordination des services diagnostiques pour les personnes dont le résultat du test de dépistage est anormal, des normes et un processus d'assurance de la qualité ainsi que l'évaluation des effets sur le cancer.^{ix}

À qui le dépistage du cancer du poumon pourrait-il être utile?

Afin de définir et d'atteindre les personnes pour qui le dépistage du cancer du poumon pourrait être utile, il faut des critères de risque bien définis qui sont inclus dans des outils ou des modèles à utiliser pour la planification et l'évaluation du risque personnel. Bien que les données soient clairement plus probantes pour certains facteurs de risque clés que pour d'autres, il faut poursuivre le travail pour mieux comprendre et confirmer le rôle des facteurs de risque connus pour le cancer du poumon, y compris la façon dont ils pourraient être intégrés (ou non) comme critères d'admissibilité au dépistage dans le futur.

Qui serait admissible au dépistage du cancer du poumon?

Pour établir les critères d'admissibilité à la participation au dépistage, il faut prendre en considération de nombreux facteurs, en plus des facteurs d'exposition au risque. L'admissibilité en vertu de l'âge est un exemple d'un de ces facteurs, qui devrait idéalement être uniformisé pour l'ensemble du pays, comme il l'est dans le cas du dépistage du cancer colorectal.

Il peut s'avérer difficile de recruter, pour le dépistage, une population cible présentant un risque élevé, puisqu'il n'existe pas de bases de données centralisées contenant des renseignements sur le risque à part l'âge et le sexe.

Par conséquent, il importera de trouver des moyens systématiques d'atteindre les personnes admissibles et de les inviter à participer aux programmes de dépistage. L'élaboration de programmes appropriés d'éducation et de sensibilisation des patients pourrait contribuer à établir ces liens.

Élaboration de lignes directrices pour l'utilisation de la LDCT dans le dépistage du cancer du poumon

Il existe un réel besoin d'élaborer des lignes directrices relatives à l'utilisation de l'imagerie par LDCT comme test de dépistage du cancer du poumon dans la population présentant un risque élevé. Des lignes directrices indiquant l'âge pour commencer et cesser le dépistage et l'intervalle de temps recommandé entre les tests de dépistage seront essentielles à la mise en œuvre du dépistage du cancer du poumon au Canada – qu'il soit réalisé dans le cadre d'un programme systématique ou sur une base ponctuelle et opportuniste.

Il faudra également des lignes directrices pour les algorithmes de dépistage et de suivi, qui devront être fondés sur les données probantes et les meilleures pratiques actuelles (dans le cas où les données ne sont pas définitives). Il est peu probable qu'un seul protocole d'intervention clairement défini puisse s'appliquer à tous les cas et à toutes les situations; il est donc probable que les options varieront d'une région à l'autre du pays. Une partie de ces variations découlera des différences dans l'expertise, les ressources et les services offerts localement par les différentes autorités régionales.

Dans le domaine de la pathologie, beaucoup de travail a été réalisé à l'échelle nationale aux États-Unis et au Canada sur les normes de production de rapports. Amener ce travail à l'étape suivante impliquera la mise au point des méthodes de production de rapports synoptiques pour les petits échantillons de biopsie pulmonaire afin de faciliter le contrôle et l'évaluation de la qualité.

Évaluation de nos efforts

À mesure que la question du dépistage du cancer du poumon sera abordée au Canada, il importera de mettre au point des mesures de rendement pour évaluer les résultats et le contrôle de la qualité. Parmi ces paramètres à mesurer, notons entre autres :

- la proportion de la population cible ayant été définie, approchée et inscrite;
- la proportion de la population cible de fumeurs actuels à qui on a offert et qui a saisi l'occasion de cesser de fumer pendant ou après la visite de dépistage;
- le taux de mortalité par cancer du poumon dans la population cible ayant subi un test de dépistage comparativement à celle n'ayant pas subi de test;
- les variations du stade au moment du diagnostic observées dans les cas de cancer du poumon détectés par le dépistage comparativement aux cas survenant chez les personnes n'ayant pas subi de test de dépistage.

Les énoncés présentés dans la prochaine section du présent rapport traitent de sujets vastes, notamment l'élaboration de protocoles de dépistage et d'intervention, l'utilisation d'approches multidisciplinaires pour l'analyse et l'évaluation des patients et l'établissement de normes de qualité pour le dépistage, le diagnostic et le traitement.

Étant donné les discussions au sujet du dépistage du cancer du poumon se déroulant au sein des autorités régionales ou provinciales, l'objectif visé par ce cadre est de fournir un point de départ pour ouvrir la voie à l'élaboration de lignes directrices et d'algorithmes spécifiques en matière de pratique clinique.

Comme il en avait été fait mention au cours du processus d'élaboration du protocole d'accord (décrit à l'Annexe A), chaque énoncé est applicable à l'échelle nationale et provinciale/territoriale.

Énoncés du protocole d'accord sur le dépistage du cancer du poumon

Abandon du tabac dans le cadre du dépistage du cancer du poumon

1. Dans le cas où des programmes d'abandon du tabac et de prévention des rechutes fondés sur des données probantes existent et sont bien structurés au sein d'un territoire, ces services (ex. : promotion du service téléphonique d'aide à l'abandon, orientation vers un médecin ou programme d'abandon intégré à un programme de dépistage) doivent être harmonisés aux programmes de dépistage du cancer du poumon existants ou en cours d'élaboration.
2. Un dénombrement, mis à jour périodiquement, des programmes d'abandon du tabac et de prévention des rechutes au sein du territoire doit être réalisé afin de déceler les possibilités existantes ou émergentes d'harmonisation aux activités du programme de dépistage du cancer du poumon.
3. Dans le cas où des services d'abandon du tabac et des programmes de prévention des rechutes fondés sur des données probantes n'existent pas ou que leur portée est très limitée, ces lacunes doivent être comblées par des approches fondées sur des données probantes avant la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du poumon ou en conjonction avec un tel programme.
4. Dans tous les programmes de dépistage du cancer du poumon, que des services d'abandon du tabac soient offerts sur place ou par orientation, le statut relatif au tabagisme doit être évalué chaque année à titre d'indicateur de qualité du programme de dépistage du cancer du poumon.

Recrutement et admissibilité au dépistage du cancer du poumon

5. Établir un consensus, dans tous les territoires, sur quels seraient les modèles d'évaluation du risque les plus appropriés à utiliser au Canada.
6. Les modèles d'évaluation du risque pris en considération pour la sélection pour le dépistage du cancer du poumon doivent tenir compte à la fois de l'incidence et de la mortalité comme critères d'évaluation.
7. Déterminer à quel niveau de risque individuel les gens devraient subir un test de dépistage. Tenir compte de l'applicabilité, dans le contexte canadien, de différents algorithmes et équations de prédiction du risque.
8. Dans la mesure du possible, d'autres facteurs de risque (ex. : fumée secondaire, pollution de l'air, amiante, etc.), en plus des mesures habituelles d'exposition au tabagisme, doivent être pris en considération afin de déterminer le véritable risque global d'une personne.
9. Définir des critères d'admissibilité au dépistage du cancer du poumon qui tiennent compte des lignes directrices existantes, du rapport coût-efficacité et des modèles validés de prédiction du risque.
10. L'âge est un paramètre important dans l'élaboration des critères d'admissibilité au dépistage du cancer du poumon; il faut réfléchir sérieusement à l'adoption de limites d'âge supérieure et inférieure uniformisées pour l'ensemble du pays.
11. Définir ou décrire les critères d'inadmissibilité au dépistage du cancer du poumon.
12. Déterminer des façons de saisir les données déclarées par les personnes potentiellement admissibles au dépistage pour confirmer leur admissibilité ou inadmissibilité au dépistage du cancer

du poumon et pour soutenir les études de recherche en cours sur l'optimisation de la détermination de l'admissibilité.

Analyses radiologiques dans le cadre du dépistage du cancer du poumon

13. Élaborer une définition, uniformisée à l'échelle du Canada, d'un test de dépistage du cancer du poumon anormal, y compris la détermination des résultats anormaux nécessitant définitivement une investigation clinique.
14. Élaborer des algorithmes canadiens de dépistage du cancer du poumon, comprenant la prise en charge radiologique des résultats anormaux, par l'évaluation des différents protocoles utilisés dans les essais contrôlés à répartition aléatoire, les études prospectives et les lignes directrices existantes.
15. Élaborer des lignes directrices pour les paramètres techniques et le niveau de dose utilisé dans la tomodensitométrie à faible dose.
16. Élaborer des lignes directrices pour les techniques de mesure et la production de rapports uniformisés de la tomodensitométrie à faible dose, y compris les lignes directrices pour la production de rapports et les systèmes de pointage (ex. : système LU-RADS).
17. Recommander l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'agrément des centres de dépistage du cancer du poumon par l'Association canadienne des radiologistes, dans le cadre duquel les radiologistes, les technologues, les appareils et le programme d'assurance de la qualité seront évalués en termes de contrôle de la qualité, de qualité d'image, de dose de radiation et d'utilisation de rapports normalisés pour le dépistage du cancer du poumon et le suivi diagnostique effectués dans chaque centre.

18. Élaborer un programme de formation médicale continue pour les aspects radiologiques des services et des programmes de dépistage du cancer du poumon, avec le soutien des organismes professionnels appropriés.

Suivi diagnostique et traitement après le dépistage du cancer du poumon

19. Recommander l'élaboration et la mise en œuvre et la mesure de normes de qualité pour les cliniciens qui traitent des patients (ex. : radiologistes, chirurgiens thoraciques, pneumologues, oncologues médicaux et radio-oncologues).
20. Définir les indications et les éléments clés relatifs au processus d'examen clinique multidisciplinaire opportun (ex. : comité de thérapie du cancer) tout au long des étapes de diagnostic et de traitement.
21. Élaborer des algorithmes pour l'investigation clinique des personnes ayant obtenu des résultats anormaux au dépistage, y compris les analyses d'imagerie supplémentaires, la biopsie et la résection chirurgicale.
22. En fonction de facteurs cliniques clés, définir des méthodes recommandées pour réaliser des biopsies non chirurgicales et chirurgicales.
23. Lorsque c'est possible, le diagnostic de cancer du poumon et le stade tumoral doivent être confirmés avant le traitement.
24. Décrire les critères, y compris la participation des pneumologues et des chirurgiens thoraciques, de l'évaluation du patient afin de déterminer s'il y a lieu de procéder à une résection et à une opération.
25. Les stratégies/programmes de dépistage du cancer du poumon doivent être liés aux protocoles de traitement des patients.
26. Établir une norme minimale de services thérapeutiques. Une analyse de la pratique actuelle pourrait contribuer à établir cette norme.
27. Surveiller toutes les interventions, y compris les résultats et les complications.

Qualité et rapport de pathologie dans le cadre du dépistage du cancer du poumon

28. Les rapports de résultats de pathologie doivent être produits selon le modèle de rapport synoptique du College of American Pathologists, qui est sanctionné par l'Association canadienne des pathologistes.
29. Mettre au point la production de rapports synoptiques pour les échantillons de biopsie pulmonaire.
30. Élaborer des recommandations pour la soumission et la manipulation des échantillons de tissu.
31. Élaborer des recommandations liées à la définition des paramètres d'un échantillon adéquat, selon la procédure.
32. La préparation de blocs de cellules est recommandée pour tous les échantillons cytologiques pulmonaires.
33. Les rapports de pathologie doivent indiquer le ou les blocs tumoraux optimaux pour analyse ultérieure.
34. Les résultats de cytologie et de pathologie doivent être mis en corrélation, si possible.

Références pour les énoncés

Abandon du tabac dans le cadre du dépistage du cancer du poumon

Anderson CM, Yip R, Henschke CI, Yankelevitz DF, Ostroff JS, Burns DM. Smoking cessation and relapse during a lung cancer screening program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Décembre 2009;18(12):3476–83.

Ashraf H, Tønnesen P, Holst Pedersen J, Dirksen A, Thorsen H, Døssing M. Effect of CT screening on smoking habits at 1-year follow-up in the Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST). *Thorax.* Mai 2009;64(5):388–92.

Barry SA, Tammemägi MC, Penek S, Kassin EC, Dorfman CS, Riley TL, et al. Predictors of adverse smoking outcomes in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial. *J Natl Cancer Inst.* 7 novembre 2012;104(21):1647–59.

Carreras G, Gorini G, Paci E. Can a national lung cancer screening program in combination with smoking cessation policies cause an early decrease in tobacco deaths in Italy? *Cancer Prev Res (Phila).* Juin 2012;5(6):874–82.

Ferketich AK, Otterson GA, King M, Hall N, Browning KK, Wewers ME. A pilot test of a combined tobacco dependence treatment and lung cancer screening program. *Lung Cancer.* Mai 2012;76(2):211–5.

McMahon PM, Kong CY, Bouzan C, Weinstein MC, Cipriano LE, Tramontano AC, et al. Cost-effectiveness of computed tomography screening for lung cancer in the United States. *J Thorac Oncol.* Novembre 2011;6(11):1841–8.

Studts JL, Ghate SR, Gill JL, Studts CR, Barnes CN, LaJoie AS, et al. Validity of self-reported smoking status among participants in a lung cancer screening trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Octobre 2006;15(10):1825–8.

Styn MA, Land SR, Perkins KA, Wilson DO, Romkes M, Weissfeld JL. Smoking behavior 1 year after computed

tomography screening for lung cancer: effect of physician referral for abnormal CT findings. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Décembre 2009;18(12):3484–9.

Tammemägi MC, Berg CD, Riley TL, Cunningham CR, Taylor KL. Impact of lung cancer screening results on smoking cessation. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 1er juin 2014;106(6):dju084.

Taylor KL, Cox LS, Zincke N, Mehta L, McGuire C, Gelmann E. Lung cancer screening as a teachable moment for smoking cessation. *Lung Cancer.* Avril 2007;56(1):125–34.

Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. US Department of Health and Human Services; 2008.

Townsend CO, Clark MM, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli LM, et al. Relation between smoking cessation and receiving results from three annual spiral chest computed tomography scans for lung carcinoma screening. *Cancer.* 15 mai 2005;103(10):2154–62.

Van der Aalst CM, de Koning HJ, van den Bergh KAM, Willemsen MC, van Klaveren RJ. The effectiveness of a computer-tailored smoking cessation intervention for participants in lung cancer screening: a randomised controlled trial. *Lung Cancer.* Mai 2012;76(2):204–10.

Van der Aalst CM, van den Bergh KAM, Willemsen MC, de Koning HJ, van Klaveren RJ. Lung cancer screening and smoking abstinence: 2 year follow-up data from the Dutch-Belgian randomised controlled lung cancer screening trial. *Thorax.* Juillet 2010;65(7):600–5.

Wender R, Fontham ETH, Barrera E, Colditz GA, Church TR, Ettinger DS, et al. American Cancer Society lung cancer screening guidelines. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 1er mars 2013;63(2):106–17.

Recrutement et admissibilité au dépistage du cancer du poumon

Bach PB, Kattan MW, Thornquist MD, Kris MG, Tate RC, Barnett MJ, et al. Variations in lung cancer risk among smokers. *J Natl Cancer Inst.* 19 mars 2013;95(6):470–8.

Cassidy A, Myles JP, van Tongeren M, Page RD, Liloglou T, Duffy SW, et al. The LLP risk model: an individual risk prediction model for lung cancer. *Br J Cancer.* 29 janvier 2008;98(2):270–6.

De Koning HJ, Meza R, Plevritis SK, ten Haaf K, Munshi VN, Jeon J, et al. Benefits and harms of computed tomography lung cancer screening strategies: a comparative modeling study for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 24 mars 2014;160(5):311–20.

Etzel CJ, Bach PB. Estimating individual risk for lung cancer. *Semin Respir Crit Care Med.* Février 2011;32(1):3–9.

Evans WK, Wolfson MC, Flanagan WM, Shin J, Goffin J, Miller AB, et al. Canadian Cancer Risk Management Model: evaluation of cancer control. *Int J Technol Assess Health Care.* Avril 2013;29(2):131–9.

Evans WK, Wolfson M, Flanagan WM, Shin J, Goffin JR, Asakawa K, et al. The evaluation of cancer control interventions in lung cancer using the Canadian Cancer Risk Management Model. *Lung Cancer Management.* 1er juin 2012;1(1):25–33.

Field JK, Raji OY. The potential for using risk models in future lung cancer screening trials. *F1000 Med Rep.* 2010;2.

Hoggart C, Brennan P, Tjonneland A, Vogel U, Overvad K, Østergaard JN, et al. A risk model for lung cancer incidence. *Cancer Prev Res (Phila).* Juin 2012;5(6):834–46.

Kovalchik SA, Tammemägi M, Berg CD, Caporaso NE, Riley TL, Korch M, et al. Targeting of low-dose CT screening according to the risk of lung-cancer death. *New England Journal of Medicine.* 2013;369(3):245–54.

Tammemägi MC, Katki HA, Hocking WG, Church TR, Caporaso N, Kvale PA, et al. Selection criteria for lung-cancer screening. *New England Journal of Medicine.* 2013;368(8):728–36.

Tammemägi MC, Pinsky PF, Caporaso NE, Kvale PA, Hocking WG, Church TR, et al. Lung cancer risk prediction: Prostate, Lung, Colorectal And Ovarian Cancer Screening Trial models and validation. *J Natl Cancer Inst.* 6 juillet 2011;103(13):1058–68.

Van Klaveren RJ, de Koning HJ, Mulshine J, Hirsch FR. Lung cancer screening by spiral CT: what is the optimal target population for screening trials? *Lung Cancer.* Décembre 2002;38(3):243–52.

Analyses radiologiques dans le cadre du dépistage du cancer du poumon

Aberle D, Black W, Goldin J, Patz E, Gareen I. ACRIN Protocol 6654: Contemporary screening for the detection of lung cancer. American College of Radiology Imaging Network; 2013. Disponible ici : www.acrin.org/6654_protocol.aspx

American Lung Association. Report on lung cancer screening: providing guidance on lung cancer screening to patients and physicians. 23 avril 2012. Disponible ici : <http://www.lung.org/finding-cures/research-news/new-screening-guidelines/lung-cancer-screening.pdf>

Bach PB, Mirkin JN, Oliver TK, et al. Benefits and harms of CT screening for lung cancer: A systematic review. *JAMA.* 13 juin 2012;307(22):2418–29.

Christe A, Torrente JC, Lin M, Yen A, Hallett R, Roychoudhury K, et al. CT screening and follow-up of lung nodules: effects of tube current-time setting and nodule size and density on detectability and of tube current-time setting on apparent size. *AJR Am J Roentgenol.* Septembre 2011;197(3):623–30.

Cody DD, Kim H-J, Cagnon CH, Larke FJ, McNitt-Gray MM, Kruger RL, et al. Normalized CT dose index of the CT scanners used in the National Lung Screening Trial. *AJR Am J Roentgenol.* Juin 2010;194(6):1539–46.

Gierada DS, Garg K, Nath H, Stollo DC, Fagerstrom RM, Ford MB. CT quality assurance in the lung screening study component of the National Lung Screening Trial: implications for multicenter imaging trials. *AJR Am J Roentgenol.* Août 2009;193(2):419–24.

Gould MK, Donington J, Lynch WR, Mazzone PJ, Midthun DE, Naidich DP, et al. Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* Mai 2013;143(5 Suppl):e93S–120S.

Henschke CI, Yip R, Yankelevitz DF, Smith JP, International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Definition of a positive test result in computed tomography screening for lung cancer: a cohort study. *Ann Intern Med.* 19 février 2013;158(4):246–52.

Horeweg N, van der Aalst CM, Thunnissen E, Nackaerts K, Weenink C, Groen HJM, et al. Characteristics of lung cancers detected by computer tomography screening in the randomized NELSON trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 avril 2013;187(8):848–54.

Infante M, Cavuto S, Lutman FR, Brambilla G, Chiesa G, Ceresoli G, et al. A randomized study of lung cancer screening with spiral computed tomography: three-year results from the DANTE trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 1er septembre 2009;180(5):445–53.

Jaklitsch MT, Jacobson FL, Austin JHM, Field JK, Jett JR, Keshavjee S, et al. The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups. *J Thorac Cardiovasc Surg.* Juillet 2012;144(1):33–8.

Jett JR, Midthun DE. Screening for lung cancer: for patients at increased risk for lung cancer, it works. *Ann Intern Med.* 18 octobre 2011;155(8):540–2.

Lopes Pegna A, Picozzi G, Mascalchi M, Maria Carozzi F, Carozzi L, Comin C, et al. Design, recruitment and baseline results of the ITALUNG trial for lung cancer screening with low-dose CT. *Lung Cancer.* Avril 2009;64(1):34–40.

Lung CT Screening Reporting and Data System (Lung-RADS) version 1.0. American College of Radiology; Disponible ici : <http://acr.org/Quality-Safety/Resources/LungRADS>.

MacMahon H, Austin JHM, Gamsu G, Herold CJ, Jett JR, Naidich DP, et al. Guidelines for management of small pulmonary nodules detected on CT scans: a statement from the Fleischner Society. *Radiology.* 1er novembre 2005;237(2):395–400.

Maldonado F, Peikert T, Midthun D. Cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. *N Engl J Med.* 21 novembre 2013;369(21):2060.

Manos D, Seely JM, Taylor J, Borgaonkar J, Roberts HC, Mayo JR. The Lung Reporting and Data System (LU-RADS): a proposal for computed tomography screening. *Can Assoc Radiol J.* Mai 2014;65(2):121–34.

McWilliams A, Tammemagi MC, Mayo JR, Roberts H, Liu G, Soghrati K, et al. Probability of cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. *New England Journal of Medicine.* 2013;369(10):910–9.

Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 4 mars 2014;160(5):330–8.

Naidich DP, Bankier AA, MacMahon H, Schaefer-Prokop CM, Pistolesi M, Goo JM, et al. Recommendations for the management of subsolid pulmonary nodules detected at CT: a statement from the Fleischner Society. *Radiology*. Janvier 2013;266(1):304–17.

Nair A, Hansell DM. European and North American lung cancer screening experience and implications for pulmonary nodule management. *Eur Radiol*. Décembre 2011;21(12):2445–54.

National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines for detection, prevention and risk reduction: lung cancer screening. Version 1. 2014. Disponible ici : http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#lung_screening

The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(5):395–409.

Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, Andriole GL, Buys SS, Church TR, et al. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. *JAMA*. 2 novembre 2011;306(17):1865–73.

Pastorino U, Rossi M, Rosato V, Marchianò A, Sverzellati N, Morosi C, et al. Annual or biennial CT screening versus observation in heavy smokers: 5-year results of the MILD trial. *Eur J Cancer Prev*. Mai 2012;21(3):308–15.

Pedersen JH, Ashraf H, Dirksen A, Bach K, Hansen H, Toennesen P, et al. The Danish randomized lung cancer CT screening trial—overall design and results of the prevalence round. *J Thorac Oncol*. Mai 2009;4(5):608–14.

Picozzi G, Paci E, Lopez Pegna A, Bartolucci M, Roselli G, De Francisci A, et al. Screening of lung cancer with low dose spiral CT: results of a three year pilot study and design of the randomised controlled trial Italung-CT. *Radiol Med*. Février 2005;109(1-2):17–26.

Pinsky PF, Gierada DS, Nath PH, Kazerooni E, Amorosa J. National lung screening trial: variability in nodule detection rates in chest CT studies. *Radiology*. Septembre 2013;268(3):865–73.

Tammemägi MC, Lam S. Screening for lung cancer using low dose computed tomography. *BMJ*. 2014;348:g2253.

Van Klaveren RJ, Oudkerk M, Prokop M, Scholten ET, Nackaerts K, Vernhout R, et al. Management of Lung Nodules Detected by Volume CT Scanning. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(23):2221–9.

Wender R, Fontham ETH, Barrera E, Colditz GA, Church TR, Ettinger DS, et al. American Cancer Society lung cancer screening guidelines. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 1er mars 2013;63(2):106–17.

Xu DM, Gietema H, de Koning H, Vernhout R, Nackaerts K, Prokop M, et al. Nodule management protocol of the NELSON randomised lung cancer screening trial. *Lung Cancer*. Novembre 2006;54(2):177–84.

Suivi diagnostique et traitement après le dépistage du cancer du poumon

Backhus L, Puneet B, Bastawrous S, Mariam M, Michael M, Varghese T. Radiographic evaluation of the patient with lung cancer: surgical implications of imaging. *Curr Probl Diagn Radiol*. Juin 2013;42(3):84–98.

Brunelli A, Kim AW, Berger KI, Addrizzo-Harris DJ. Physiologic evaluation of the patient with lung cancer being considered for resectional surgery: Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 1er mai 2013;143(5_suppl):e166S-e190S.

Crinò L, Weder W, van Meerbeeck J, Felip E, ESMO Guidelines Working Group. Early stage and locally advanced (non-metastatic) non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. Mai 2010;21 Suppl 5:v103–115.

Evans WK. Prognostic implications of treatment delays in the surgical resection of lung cancer. *Thorac Surg Clin*. Mai 2013;23(2):225–32.

Howington JA, Blum MG, Chang AC, Balekian AA, Murthy SC. Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd. : American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 1er mai 2013;143(5_suppl):e278S–e313S.

Lardinois D. Pre- and intra-operative mediastinal staging in non-small-cell lung cancer. *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13168.

Lin WY, Hsu WH, Lin KH, Wang SJ. Role of preoperative PET-CT in assessing mediastinal and hilar lymph node status in early stage lung cancer. *J Chin Med Assoc*. Mai 2012;75(5):203–8.

McWilliams A, Shaipanich T, Lam S. Fluorescence and navigational bronchoscopy. *Thorac Surg Clin*. Mai 2013;23(2):153–61.

Naidich DP, Bankier AA, MacMahon H, Schaefer-Prokop CM, Pistolesi M, Goo JM, et al. Recommendations for the management of subsolid pulmonary nodules detected at CT: a statement from the Fleischner Society. *Radiology*. Janvier 2013;266(1):304–17.

National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines for detection, prevention and risk reduction: lung cancer screening. Version 1. 2014. Disponible ici : http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#lung_screening

Ost DE, Jim Yeung S-C, Tanoue LT, Gould MK. Clinical and organizational factors in the initial evaluation of patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd. : American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 1er mai 2013;143(5_suppl):e121S–e141S.

Riquet M, Mordant P, Henni M, Wermert D, Fabre-Guillevin E, Cazes A, et al. Should All Cases of Lung Cancer be Presented at Tumor Board Conferences? *Thoracic Surgery Clinics*. Mai 2013;23(2):123–8.

Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM. Establishing the diagnosis of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd. : American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 1er mai 2013;143(5_suppl):e142S–e165S.

Sanz-Santos J, Andreo F, Serra P, Monsó E, Ruiz-Manzano J. The role of endobronchial ultrasound in central early lung cancer. *Thoracic Cancer*. 1er mai 2012;3(2):139–44.

Shamji FM, Deslauriers J. Fast-tracking Investigation and Staging of Patients with Lung Cancer. *Thoracic Surgery Clinics*. Mai 2013;23(2):187–91.

Shirvani SM, Jiang J, Chang JY, Welsh JW, Gomez DR, Swisher S, et al. Comparative effectiveness of 5 treatment strategies for early-stage non-small cell lung cancer in the elderly. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1er décembre 2012;84(5):1060–70.

Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA, Margolis ML, Gould MK, Tanoue LT, et al. Methods for staging non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd. : American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 1er mai 2013;143(5_suppl):e211S–e250S.

Wisnivesky JP, Yung RC-W, Mathur PN, Zulueta JJ. Diagnosis and treatment of bronchial intraepithelial neoplasia and early lung cancer of the central airways: Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd. : American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. Mai 2013;143(5_Suppl):e263S–77S.

Qualité et rapport de pathologie dans le cadre du dépistage du cancer du poumon

- Cagle PT, Allen TC, Dacic S, Beasley MB, Borczuk AC, Chiriac LR, et al. Revolution in lung cancer: new challenges for the surgical pathologist. *Arch Pathol Lab Med*. Janvier 2011;135(1):110–6.
- Diacon AH, Theron J, Schubert P, Brundyn K, Louw M, Wright CA, et al. Ultrasound-assisted transthoracic biopsy: fine-needle aspiration or cutting-needle biopsy? *Eur Respir J*. Février 2007;29(2):357–62.
- Ellis PM, Blais N, Soulieres D, Ionescu DN, Kashyap M, Liu G, et al. A systematic review and Canadian consensus recommendations on the use of biomarkers in the treatment of non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. Août 2011;6(8):1379–91.
- Feller-Kopman D, Yung RC-W, Burroughs F, Li QK. Cytology of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: a retrospective study with histology correlation. *Cancer*. 25 décembre 2009;117(6):482–90.
- Guimaraes MD, de Andrade MQ, da Fonte AC, Chojniak R, Gross JL. CT-guided cutting needle biopsy of lung lesions--an effective procedure for adequate material and specific diagnose. *Eur J Radiol*. Décembre 2011;80(3):e488–490.
- Lindeman NI, Cagle PT, Beasley MB, Chitale DA, Dacic S, Giaccone G, et al. Molecular testing guideline for selection of lung cancer patients for EGFR and ALK tyrosine kinase inhibitors: guideline from the College of American Pathologists, International Association for the Study of Lung Cancer, and Association for Molecular Pathology. *J Thorac Oncol*. Juillet 2013;8(7):823–59.
- Nizzoli R, Tiseo M, Gelsomino F, Bartolotti M, Majori M, Ferrari L, et al. Accuracy of fine needle aspiration cytology in the pathological typing of non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. Mars 2011;6(3):489–93.
- Schwartz AM, Rezaei MK. Diagnostic surgical pathology in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3e éd. : American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 1er mai 2013;143(5_suppl):e251S–e262S.
- Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger K, Yatabe Y, et al. Diagnosis of lung cancer in small biopsies and cytology: implications of the 2011 International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society classification. *Arch Pathol Lab Med*. Mai 2013;137(5):668–84.
- Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, Yatabe Y, et al. International association for the study of lung cancer/American thoracic society/European respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *J Thorac Oncol*. Février 2011;6(2):244–85.
- Trkanjec, J. T. The role of transbronchial lung biopsy in the diagnosis of solitary pulmonary nodule. *2003 27(2):669-75*.
- Unver E, Yilmaz A, Aksoy F, Baysungur V, Celik O, Genc O, et al. Does needle size affect diagnostic yield of transthoracic needle biopsy in malignant pulmonary lesions? Comparison of 18-, 22- and 25-gauge needles in surgical specimens. *Respirology*. Septembre 2006;11(5):648–51.
- Wehrschoetz M, Wehrschoetz E, Portugaller HR. Number of Biopsies in Diagnosing Pulmonary Nodules. *Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med*. 8 juillet 2010;4:9–14.
- Yao X, Gomes MM, Tsao MS, Allen CJ, Geddie W, Sekhon H. Fine-needle aspiration biopsy versus core-needle biopsy in diagnosing lung cancer: a systematic review. *Curr Oncol*. Février 2012;19(1):e16–e27.

PROCHAINES ÉTAPES

Il est très probable que différentes approches de dépistage du cancer du poumon seront envisagées et mises en œuvre dans différentes régions du pays, comme cela s'est fait pour l'élaboration d'autres programmes provinciaux/territoriaux existants de dépistage du cancer. Étant donné que le dépistage du cancer du poumon n'en est qu'à ses débuts, les provinces et les territoires ont une occasion de coordonner leurs processus de planification et de prise de décision. Le cadre présenté aidera à faciliter la cueillette de données et le recensement des meilleures pratiques afin d'optimiser les approches structurées de dépistage du cancer du poumon.

Les membres du RPDCP et des autres groupes de travail établiront les domaines de priorité de ce cadre et discuteront des éléments les plus pertinents à mettre de l'avant à l'échelle pancanadienne.

À mesure que de nouvelles lignes directrices ou d'autres renseignements seront disponibles, nous évaluerons la nécessité d'apporter des modifications à ce cadre.

ANNEXE A : CADRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON POUR LE CANADA - ÉLABORATION

Le processus

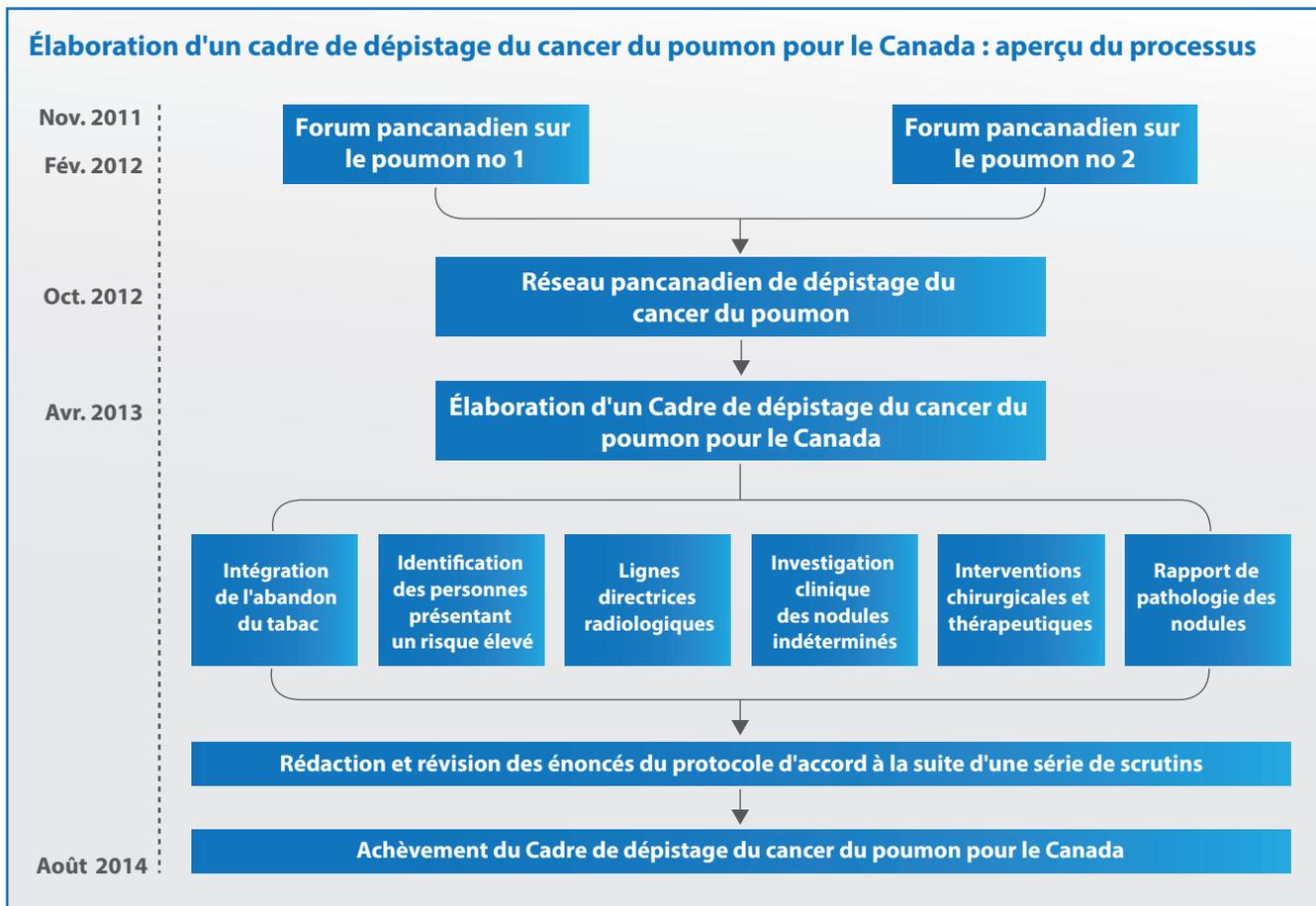
Les aspects clés à prendre en considération pour le dépistage du cancer du poumon ont été définis dans le cadre d'un processus de consultation approfondi.

La première initiative prioritaire définie par les membres du RPDCP était l'élaboration d'un cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada dans le but d'offrir une orientation utile aux provinces et aux territoires lorsqu'ils aborderont cette importante question dans la lutte contre le cancer.

Pour lancer les discussions, des groupes de travail pancanadiens – avec directeurs et co-directeurs – ont été

constitués et des membres du RPDCP et d'autres spécialistes bénévoles y ont été nommés. Utilisant les domaines de recommandation de l'IASLC comme guide^{iv}, ces groupes ont reçu le mandat de rédiger des énoncés du protocole d'accord dans l'un des domaines prioritaires suivants :

- abandon du tabac et dépistage du cancer du poumon;
- identification des personnes présentant un risque élevé et admissibilité au dépistage du cancer du poumon;
- élaboration de lignes directrices radiologiques;
- investigations cliniques;
- recommandations relatives aux interventions chirurgicales et thérapeutiques pour les nodules suspects;
- rapports de pathologie pour les nodules.



Chaque groupe de travail a produit une première ébauche des énoncés au cours d'une réunion en personne du RPDCP tenue le 25 avril 2013. À la suite de cette réunion, les directeurs des groupes de travail ont procédé à une revue de littérature et ont associé les données probantes pertinentes aux énoncés correspondants par le biais d'une plateforme de consensus en ligne.^x

Cette plateforme en ligne, qui utilisait une approche systématique intégrant une technique Delphi modifiée, permettait aux membres des groupes de travail de donner leurs commentaires et d'indiquer leur degré d'accord (vote) avec chaque énoncé au moyen de l'échelle suivante :

- fortement en désaccord;
- en désaccord avec réserves majeures;
- en désaccord avec réserves mineures;
- d'accord avec réserves majeures;
- d'accord avec réserves mineures;
- fortement d'accord.

Un premier tour de scrutin a eu lieu à l'été de 2013. Les membres des groupes de travail ont voté et ont donné leurs commentaires uniquement pour les énoncés qui faisaient partie du domaine d'intérêt de leur groupe de travail.

À l'automne de 2013, à la suite de la deuxième révision des énoncés, les membres des groupes de travail ont été invités à voter et à donner leurs commentaires pour l'ensemble complet d'énoncés, et d'autres révisions ont suivi.

Un dernier tour de scrutin a eu lieu au cours d'une réunion en personne tenue les 23 octobre 2013 à Halifax (Nouvelle-Écosse). Près de 50 participants, dont les membres du RPDCP, les membres des autres groupes de travail et les directeurs des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer, étaient présents. Le processus de scrutin lors de cette réunion a débuté par la présentation, par le directeur et le co-directeur de

chaque groupe de travail, des plus récentes ébauches d'énoncés de leur groupe afin de souligner les principaux éléments et données probantes. Chaque présentation était suivie d'une discussion dirigée, et des modifications mineures ont été apportées aux énoncés. On a ensuite procédé au vote, un énoncé à la fois.

Les votes étaient pondérés de sorte que le vote des membres des groupes de travail valait le triple du vote des personnes qui n'étaient pas membres des groupes de travail. Cette pondération a été mise en œuvre afin de refléter l'expertise des membres des groupes de travail dans le domaine.

En outre, les personnes présentes ont été invitées à évaluer si le thème central de chaque énoncé était pertinent à l'échelle pancanadienne, à l'échelle provinciale/territoriale, aux deux ou à aucune.

Pour offrir la possibilité de réfléchir davantage à ce sujet et de donner d'autres suggestions après la réunion en personne, l'ensemble des énoncés révisés a été distribué aux personnes présentes pour qu'elles puissent fournir leurs commentaires. Ces commentaires ont été examinés par les directeurs/co-directeurs des groupes de travail et intégrés aux énoncés.

À cette étape, une ébauche du cadre, comprenant les plus récents énoncés et un exposé détaillé du processus d'élaboration, a été distribuée en décembre 2013 pour obtenir des commentaires. Un document révisé et plus complet du cadre a été distribué en avril 2014 pour obtenir les derniers commentaires. Le document final du cadre a été achevé en mai 2014.

ANNEXE B : MEMBRES DU RPDCP, SPÉCIALISTES BÉNÉVOLES AU SEIN DES GROUPES DE TRAVAIL ET AUTRES PARTICIPANTS

Heather Bryant

Directrice, Réseau pancanadien de dépistage du cancer du poumon
Vice-présidente, lutte contre le cancer
Partenariat canadien contre le cancer

Maureen Baikie

Sous-directrice de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Nunavut

Gillian Bromfield

Directrice, Politiques de lutte contre le cancer
Société canadienne du cancer

Donna Bush

Chef d'équipe, Agence provinciale des services de santé
Ministère de la Santé, Colombie-Britannique

Theresa Callaghan

Directrice provinciale
Services d'imagerie diagnostique
Santé Î.-P.-É.

Katherine Canil

Chef du service de chirurgie, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nunavut, région de Qikiqtaaluk/Baffin

Dafna Carr

Directrice, Politiques, transfert et échange de connaissances et soins primaires
Prévention et lutte contre le cancer
Action Cancer Ontario

André Corriveau

Administrateur en chef de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Connie Côté

Directrice principale, Association pulmonaire du Canada

Dan Coulombe

Directeur de l'exploitation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

Marla Delaney

Coordonnatrice du dépistage du cancer colorectal, Service de prévention et de prise en charge des maladies chroniques
Santé Î.-P.-É.

Greg Doyle

Président, comité national, Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein
Régie de santé de l'Est

Ford Elms

Pathologiste membre du personnel
Health Sciences Centre, Régie de santé de l'Est

Richard Finley

Chirurgien thoracique, Vancouver General Hospital

Bill Flanagan

Chef de la microsimulation, Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada

Colin Foley

Radiologiste membre du personnel
Santé Î.-P.-É. – Queen Elizabeth Hospital

Claire Marie Fortin

Directrice principale, Politiques et lignes directrices, Action Cancer Ontario

Jason Garay

Directeur, Évaluation et signalement
Dépistage du cancer, prévention et lutte contre le cancer Action Cancer Ontario

Gary Gelfand

Professeur adjoint d'enseignement clinique
Départements de chirurgie et d'oncologie
University of Calgary

John Granton

Professeur agrégé de médecine
University of Toronto
Directeur, Programme d'hypertension pulmonaire, Toronto General Research Institute, Réseau universitaire de santé

Jonathan Greenland

Chef du service de radio-oncologie, Régie de santé de l'Est
Professeur adjoint d'enseignement clinique de la médecine, Memorial University of Newfoundland

Anne-Marie Grenier

Spécialiste de la santé publique et de la médecine préventive
Conseillère médicale pour le dépistage
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Karen Grimsrud

Conseillère médicale principale et directrice, Division des lignes directrices en matière de prévention, Agence de la santé publique du Canada

Marion Harrison

Directrice, Programmes de dépistage
ActionCancer Manitoba

Amy Henderson

Gestionnaire, Communications de santé
Association pulmonaire

Chris Hergott

Professeur agrégé, Pneumologie et médecine pulmonaire interventionnelle, University of Saskatchewan
Royal University Hospital

Pam Hoeschle

Comité de développement du leadership, Association canadienne des technologues en radiation médicale

Meaghan Horgan

Chef principal en matière de politiques, Politiques et lignes directrices
Action Cancer Ontario

Diana Ionescu

Professeure agrégée d'enseignement clinique
University of British Columbia
Pathologiste membre du personnel, BC Cancer Agency

Michael Johnston

Directeur, Beatrice Hunter Cancer Research Institute
Professeur de chirurgie, Dalhousie University

Nora Johnston

Directrice, Division du bien-être Santé Alberta

Lisa Kan

Directrice principale, Programmes de dépistage du cancer
BC Cancer Agency

Kami Kandola

Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Jon Kerner

Directeur scientifique principal pour la santé de la population et la gestion des connaissances
Partenariat canadien contre le cancer

Eshwar Kumar

Co-chef de la direction
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, santé et bien-être
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Stephen Lam

Spécialiste du cancer du poumon, Institut de recherche Terry Fox
Chercheur principal, BC Cancer Research Centre
Directeur du groupe sur les tumeurs pulmonaires, BC Cancer Agency
Professeur de médecine, University of British Columbia

Jean Latreille

Directeur, Direction de la lutte contre le cancer
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Natasha Leighl

Présidente, Cancer pulmonaire Canada

Neil MacDonald

Sous-ministre adjoint intérimaire
Santé de la famille et de la population
Santé Alberta

Paul MacEachern

Pneumologue
Professeur adjoint d'enseignement clinique, University of Calgary

Dawn MacIsaac

Gestionnaire intérimaire, Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É.
Queen Elizabeth Hospital

Daria Manos

Radiologiste thoracique et chef de la section de radiologie pulmonaire, QE II Health Sciences Centre, Halifax, N.-É.
Présidente, Comité directeur du dépistage du cancer du poumon, Action Cancer Nouvelle-Écosse
Professeure adjointe, Dalhousie University

John Mayo

Directeur de l'imagerie cardiaque de pointe, Vancouver General Hospital
Professeur de radiologie et de cardiologie, University of British Columbia

Donna Maziak

Professeure, Université d'Ottawa
Directrice de programme, Service d'oncologie chirurgicale du Département de chirurgie thoracique
Hôpital d'Ottawa

Anthony Miller

Professeur émérite, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

Teresa Mrozek

Directrice administrative
Cancer et soins diagnostiques, Santé Manitoba

Michelle Mujoomdar

Adjointe à l'experte scientifique en chef
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Renelle Myers

Pneumologue, University of Manitoba
Chef, Projet de dépistage du cancer du poumon, ActionCancer Manitoba

Erika Nicholson

Directrice, Prévention et dépistage précoce du cancer,
Action Cancer Nouvelle-Écosse

Robert Nuttall

Directeur adjoint, Politique de lutte contre le cancer
Société canadienne du cancer

Lawrence Paszat

Scientifique, Nouvelles données
Institut de recherche en services de santé

Gefei Qing

Pathologiste membre du personnel, Winnipeg Health Sciences Centre
Professeur adjoint, Département de pathologie
University of Manitoba

Heidi Roberts

Professeure de radiologie, University of Toronto
Radiologiste membre du personnel et chef de la section d'imagerie thoracique du Département conjoint d'imagerie médicale de l'UHN/MSH/WCH
Directrice du centre d'imagerie médicale, Women's College Hospital

Réjean Savoie

Co-chef de la direction
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick Santé et bien-être
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Harmon Sekhon

Pathologiste, directeur de la cytopathologie
Sous-administrateur, Division d'anatomopathologie
Professeur adjoint, Université d'Ottawa
Chercheur principal, Banque de tumeurs de l'Ontario, centre d'Ottawa, OICR

Kathy Simpson

Omnipraticienne en oncologie
Collège des médecins de famille du Canada

Paul Sinclair

INSINC Consulting Inc.

Nancy Staniland

Directrice, Programmes de dépistage du cancer
Santé publique et de la population
Services de santé de l'Alberta

Martin Tammemagi

Professeur, Épidémiologie
Faculté des sciences de la santé appliquées
Brock University

Jana Taylor

Membre du conseil, Association canadienne des radiologistes
Praticienne en radiologie thoracique et abdominale, Centre universitaire de santé McGill, Professeure adjointe, Université McGill, International Early Lung Cancer Action Project

Kathryn Taylor

Membre, Lutte contre le cancer, Lombardi Cancer Center
Professeure, oncologie,
Georgetown University Medical Center

Yvonne Taylor

Directrice provinciale
Dépistage précoce, Division de la santé de la population
Saskatchewan Cancer Agency

Jon Tonita

V.-p., Santé de la population
Saskatchewan Cancer Agency

Vamsee Torri

Assistante clinique, professeure de médecine
Allan Blair Cancer Center
University of Saskatchewan

Ming Tsao

Spécialiste en pathologie pulmonaire moléculaire
Princess Margaret Hospital University Health Network

Yee Ung

Gestion des voies pathologiques
Chef pour le cancer du poumon, Odette Cancer Centre

Rosaire Vaillancourt

Chirurgien thoracique
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Elaine Warren

Directrice de programme
Programme de soins contre le cancer
Régie de santé de l'Est

Sherri Wright

Sous-ministre adjointe des services de santé
Gouvernement du Yukon

Zhaolin Xu

Pathologiste membre du personnel, Queen Elizabeth II Health Science Centre
Professeur agrégé
Dalhousie University

Huiming Yang

Directeur provincial de la santé, Vie saine
Directeur médical, Programmes de dépistage
Services de santé de l'Alberta

Personnel du PCCC**Susan Fekete**

Directrice, Dépistage et détection précoce
Partenariat canadien contre le cancer

Verna Mai

Chef spécialiste, Dépistage
Partenariat canadien contre le cancer

Neetu Shukla

Analyste du dépistage, Dépistage et détection précoce
Partenariat canadien contre le cancer

Candice Anderson

Analyste du dépistage, Dépistage et détection précoce
Partenariat canadien contre le cancer

Carol Irwin

Coordonnatrice, Dépistage et détection précoce
Partenariat canadien contre le cancer

ⁱ Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Toronto (Ontario), Société canadienne du cancer, 2013.

ⁱⁱ Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Toronto (Ontario), Société canadienne du cancer, 2013.

ⁱⁱⁱ Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Toronto (Ontario), Société canadienne du cancer, 2013.

^{iv} National Lung Screening Trial Research Team: Aberle DR, Adams AM, Berg CD et coll. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *New England Journal of Medicine* 2011; 365-409.

^v Field JR, Smith RA, Aberle DR et coll. International Association for the Study of Lung Cancer Computed Tomography Screening Workshop 2011 Report. *Journal of Thoracic Oncology* 2012: 10-19.

^{vi} Wingo PA, Ries LA, Giovino GA et coll. Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1996, with a special section on lung cancer and tobacco smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 91, numéro 8, 21 avril 1999, p. 675-690.

^{vii} Peto R, Darby S, Deo H et coll. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two casecontrol studies. *British Medical Journal*, vol. 321, 5 août 2000.

^{viii} Halpern MT, Gillespie BW, Warner KE. Patterns of Absolute Risk of Lung Cancer Mortality in Former Smokers. *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 85, numéro 6, 17 mars 1993.

^{ix} Villanti AC, Jiang Y, Abrams DB et coll. A Cost-Utility Analysis of Lung Cancer Screening and the Additional Benefits of Incorporating Smoking Cessation Interventions. *PLOS ONE*, vol. 8, numéro 8, août 2013.

^x Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the council recommendation on cancer screening (First Report). L von Karsa, A Anttila, G Ronco, A Ponti, N Mamila, M Arbyn, N Segnan et coll., éd.

^{xi} Field JR, Smith RA, Aberle DR et coll. International Association for the Study of Lung Cancer Computed Tomography Screening Workshop 2011 Report. *Journal of Thoracic Oncology*, 2012 : 10-19.



1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1

Tèl. : 416.915.9222

Sans frais d'appel : 1.877.360.1665

partenariatcontrelecancer.ca