

**UFR3 – Département Ingénierie et Management de la Santé
(ILIS)**

**MASTER INGENIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE**

Kate Eole BYAJE KANYANA

**LES ENJEUX DU DEPLOIEMENT DU DEPISTAGE DU CANCER
DU POUMON DANS LES HAUTS-DE-FRANCE**

Sous la direction de Dr Catherine GIRES

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Année universitaire 2024-2025

Président du Jury :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Membres du Jury :

Madame la Professeure Delphine GRYNBERG

Madame Sylvie LEMAIRE - DESREUMAUX

Directeur de mémoire :

Madame la Docteur Catherine GIRES

UFR3 – Département Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

❖ A Monsieur le Professeur PUISIEUX

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon travail et de m'accompagner tout au long de mon cursus. Je suis particulièrement touchée par votre engagement et votre dévouement envers notre Master. Je vous adresse mes sincères remerciements pour vos conseils et votre soutien, notamment lors de la définition et de la validation de mon sujet. Veuillez recevoir ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect.

❖ A Madame la Professeure GRYNBERG

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous suis reconnaissante pour le temps que vous consacrerez à l'évaluation de mon mémoire et pour l'attention que vous porterez à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon respect.

❖ A Madame LEMAIRE – DESREUMAUX

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie pour votre réactivité, votre disponibilité et votre bienveillance à mon égard. Je suis très reconnaissante de l'attention que vous porterez à mon travail et du temps que vous consacrerez à l'évaluation de mon mémoire. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon respect.

❖ A Catherine GIRES

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon mémoire, et je vous en serai éternellement reconnaissante. Votre accompagnement à chaque étape de ce travail a été d'un soutien inestimable. Vous m'avez guidée avec bienveillance, rigueur et patience. Merci pour votre confiance, vos conseils éclairés, vos relectures attentives, vos retours constructifs et votre investissement sans faille. Vos encouragements m'ont porté surtout dans les moments de doute. Votre présence, votre disponibilité, ainsi que la générosité avec laquelle vous avez partagé votre expertise et mobilisé votre réseau ont largement contribué à l'aboutissement de ce mémoire. Je mesure pleinement la chance que j'ai eue de bénéficier d'un tel accompagnement. Je souhaite à chacun de croiser, dans son parcours, une personne aussi inspirante, engagée et humaine que vous. Merci du fond du cœur.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les professionnels et acteurs de terrain qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont accordé de leur temps, malgré des agendas souvent chargés. Leurs témoignages riches, éclairés et sincères ont été essentiels à la réalisation de ce travail et ont grandement contribué à nourrir la réflexion sur les enjeux du dépistage du cancer du poumon.

Je remercie sincèrement Yecha RAMGOBIN pour ton partage, tes conseils, ton soutien, tes relectures et tes retours toujours constructifs. Merci pour ta bonne humeur et ta bienveillance.

Je tiens aussi à remercier mes amis, mes collègues de travail et ma famille pour leurs mots justes au bon moment et leurs encouragements constants.

Un immense merci à mon équipe de choc : mes frères et sœurs, qui m'ont accompagné dans toutes les étapes de ma vie, et plus particulièrement pour votre soutien indéfectible dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour le temps que vous avez consacré à relire mon travail. Mention spéciale à toi, Millena, mon binôme de toujours, pour ton aide précieuse dans le processus d'analyse.

Mes plus profonds remerciements vont à mes parents. Merci pour votre soutien, vos encouragements, l'investissement et la confiance que vous avez toujours placé en moi. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Liste des abréviations :

AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régional de Santé
CBNPC	Cancers Bronchiques Non à Petites Cellules
CBPC	Cancers Bronchiques à Petites Cellules
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRC / IARC	Centre International de Recherche sur le Cancer / International Agency for Research on Cancer
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CRCDC	Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers
DGS	Direction Générale de la Santé
DOCCR	Dépistage Organisé du Cancer ColoRectal
DOCCU	Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus
DOCS	Dépistage Organisé du Cancer du sein
HAS	Haute Autorité de Santé
IMPULSION	IMPlémentation du dépistage du cancer PULmonaire en populatiON
INCa	Institut National du Cancer
LDCT	Low-dose Computed Tomography / Scanner Thoracique à faible dose
NLST	National Lung Screening Trial
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNLT	Programme National de Lutte contre le Tabac
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SFR	Société Française de Radiologie
SFT	Société Francophone de Tabacologie
SPLF	Société de Pneumologie de Langue Française
TNM	Tumor, Nodes, Metastasis

SOMMAIRE

Liste des abréviations :	1
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : LE CANCER DU POUMON ET LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE EN FRANCE.....	7
I. Le cancer du poumon	7
I.1 Définition	7
I.2 Epidémiologie.....	8
I.3 Prévention du cancer du poumon.....	9
I.4 Dépistage du cancer du poumon.....	9
I.5 Prise en charge	11
II. Les politiques de dépistage du cancer en France.....	12
II.1 Les plans cancer en France	12
II.2 Les dépistages organisés en France.....	13
II.3 La Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030	15
PARTIE 2 : LE PROGRAMME PILOTE IMPULSION	16
III. Genèse et présentation du programme IMPULSION.....	16
III.1 Evolution de l'avis de la HAS sur le dépistage du cancer bronchopulmonaire	16
III.2 Objectifs, méthodologie et critères d'inclusion du programme	17
III.3 Rôle des acteurs clés.....	19
IV. Analyse des spécificités des Hauts-de-France	21
PARTIE 3 : ANALYSE DES FREINS ET LEVIERS A LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME IMPULSION	23
V. Méthodologie de l'étude.....	23
V.1 Description de la démarche qualitative.....	23
V.2 Les participants	23
V.3 Méthode utilisée	24
V.4 Analyse des données recueillies	25

VI. Résultats de l'étude	26
VII. Discussion	29
VII.1 Interprétation des résultats au regard de la littérature	29
VII.2 Exigences pour la mise en œuvre du programme à l'échelle nationale	31
VII.3 Limites de l'étude et perspectives de recherche	32
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES.....	37
Annexe 1.....	37
Annexe 2.....	38
Annexe 3.....	39

INTRODUCTION

Selon l'OMS, Le cancer du poumon est un problème de santé publique important, à l'origine d'un nombre considérable de décès dans le monde [1]. Les estimations de la base de données GLOBOCAN 2020 de l'incidence du cancer et de la mortalité due au cancer, produites par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) montrent que le cancer du poumon reste la principale cause de décès par cancer, avec environ 1,8 million de décès (18 %) en 2020 [2]. En France, les cancers constituent la première cause de mortalité, devant les maladies cardiovasculaires. En 2023, le nombre de nouveaux cancers, toutes localisations confondues, est estimé à 433 136 cas [3]. Pour le cancer du poumon, on estime le nombre de nouveaux cas par an à plus de 50 000. C'est face à cet enjeu majeur de santé publique, que la France a mis en place depuis 2003, une succession de plans nationaux de lutte contre les cancers.

L'actuelle Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, pilotée par l'Institut National du Cancer (INCa), s'inscrit dans la continuité des précédents plans mais avec une ambition renouvelée : réduire de manière significative le poids du cancer dans la vie des Français, avec un accent particulier sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

La majorité des cas est diagnostiquée à un stade avancé limitant fortement les chances de survie. Le tabac en est le principal facteur de risque. Il est responsable de huit cancers du poumon sur 10. D'autres facteurs environnementaux et professionnels sont également impliqués. Une détection précoce permettrait une meilleure prise en charge et une amélioration significative du pronostic.

En janvier 2025, l'Institut national du cancer a annoncé « la mise en place d'un programme pilote de dépistage des cancers du poumon nommé IMPULSION (IMPlémentation du dépistage du cancer PULmonaire en populatiON). Un projet de recherche, coordonné conjointement par le Pr Marie-Pierre Revel (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) et le Pr Sébastien Couraud (Hospices Civils de Lyon).

Le projet IMPULSION a pour principaux objectifs d'évaluer les conditions optimales pour le déploiement d'un programme de dépistage organisé en France, en veillant à s'adapter aux spécificités du territoire. Il proposera ainsi plusieurs modalités d'invitation des personnes et portera une attention particulière aux populations les plus précaires et les plus isolées, avec des actions « d'aller vers ».

L'année 2025 va être essentiellement une année préparatoire. Les premières inclusions devraient débuter fin 2025 : 20 000 participants volontaires seront recrutés idéalement sur une période de 18 à 24 mois. Le dépistage reposera sur la réalisation d'un scanner thoracique à faible dose. En complément, le programme prévoit pour les fumeurs un accompagnement à l'arrêt du tabac » [4].

C'est dans cette optique que la région Hauts-de-France, particulièrement touchée par les inégalités sociales et les pathologies liées au tabagisme, a été choisie comme l'un des territoires d'expérimentation du programme IMPULSION.

Le déploiement du programme s'inscrit dans un contexte organisationnel et territorial complexe, marqué par des défis logistiques, éthiques, et communicationnels. Il s'agit d'un projet ambitieux qui requiert une mobilisation coordonnée de l'ensemble des parties prenantes, ainsi qu'une attention particulière portée à la médiation, à l'accès aux soins et à la continuité des parcours.

Si le programme IMPULSION constitue une avancée prometteuse dans la lutte contre les cancers de mauvais pronostic, sa mise en œuvre soulève plusieurs interrogations. Quels sont les freins potentiels identifiés dans le déploiement du dépistage organisé du cancer du poumon ? Quelles dynamiques facilitent au contraire son déploiement ? Comment articuler les différents niveaux d'intervention pour assurer un accès équitable et efficace au dépistage ?

La présente étude vise à analyser les enjeux du déploiement du dépistage organisé du cancer du poumon dans les Hauts-de-France, à travers le prisme du programme pilote IMPULSION. Elle se propose d'identifier les freins et les leviers à une mise en place efficace de ce programme dans la région Hauts-de-France.

Afin d'explorer ces questions, une analyse qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-directifs auprès d'acteurs impliqués dans la prise en charge de cette population : professionnels de santé, représentants institutionnels, acteurs associatifs...

L'objectif est de croiser les regards afin de mettre en lumière les dynamiques concrètes du déploiement, les stratégies d'adaptation locale, et les perspectives d'amélioration à envisager pour une éventuelle généralisation du dépistage.

Problématique

Quels sont les freins et les leviers à une mise en place efficace du programme pilote IMPULSION de dépistage organisé du cancer du poumon dans les Hauts-de-France ?

Hypothèses de travail

Hypothèse 1 : Le déploiement du programme IMPULSION est confronté à des freins multi-facteurs, incluant des obstacles organisationnels, des contraintes logistiques, des réticences des professionnels de santé et des barrières socioculturelles au sein des populations ciblées.

Hypothèse 2 : Des leviers tels que la coordination interinstitutionnelle, l'engagement des acteurs locaux, la sensibilisation des populations et l'adaptation aux spécificités territoriales peuvent favoriser une mise en œuvre efficace du programme dans les Hauts-de-France.

PARTIE 1 : LE CANCER DU POUMON ET LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE EN FRANCE

I. Le cancer du poumon

I.1 Définition

Le cancer du poumon aussi appelé cancer bronchopulmonaire ou cancer bronchique est une maladie qui touche les cellules des bronches ou, plus rarement, celles qui tapissent les alvéoles pulmonaires. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique pour former une masse, appelée tumeur maligne.

Cette tumeur peut croître localement, et certaines cellules cancéreuses peuvent se détacher et migrer vers d'autres tissus ou organes, où elles forment de nouvelles tumeurs appelées métastases.

On distingue deux grands types histologiques de cancers du poumon : « les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) représentant environ 85% des cas et les cancers bronchiques à petites cellules (CBPC) représentant près de 15% des cas. Il ne faut pas les confondre avec les métastases pulmonaires issues d'un autre cancer primitif (côlon, sein, etc.) ou plus encore, le mésothéliome, cancer de la plèvre (membrane qui tapisse et protège les organes du corps) ».

Les formes les plus fréquentes des CBNPC sont « les adénocarcinomes (qui prennent souvent naissance en périphérie des poumons), les carcinomes (à grandes cellules, peuvent siéger dans toutes les parties du poumon) et les carcinomes épidermoïdes (qui se développent dans les grosses bronches situées dans la partie centrale du poumon) ». De manière générale, le CBNPC se développe et se propage plus lentement que le CBPC.

D'autre part, les CBPC, plus agressifs, sont souvent diagnostiqués à un stade avancé. Dans la plupart des cas, lorsqu'il est détecté pour la première fois, il a déjà progressé vers d'autres organes.

Ces deux types cellulaires diffèrent à la fois par leur aspect, leur évolution dans le temps ainsi que leur réponse aux traitements, ce qui rend leur distinction essentielle dès le diagnostic [5].

Le développement de la maladie est souvent silencieux à ses débuts. Lorsqu'elle est symptomatique (toux persistante, douleurs thoraciques, essoufflement...), le cancer est fréquemment à un stade avancé. Cela explique en partie son pronostic défavorable.

I.2 Epidémiologie

Le cancer du poumon constitue un enjeu majeur de santé publique en France. Il s'agit du deuxième cancer le plus fréquent tous sexes confondus, et de la première cause de mortalité par cancer [6].

Selon les estimations de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (INCa), 52 777 nouveaux cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués en 2023, dont 33 438 chez les hommes et 19 339 chez les femmes. Il se situe au deuxième rang chez les hommes et au troisième rang des cancers chez les femmes. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans pour les hommes et 66 ans pour les femmes, traduisant un diagnostic majoritairement tardif et souvent à un stade avancé de la maladie [6 ; 7].

Sur les dernières décennies, l'évolution de l'incidence du cancer du poumon reflète une dynamique contrastée entre les hommes et les femmes : chez les hommes, le taux d'incidence est en baisse d'environ -0,5 % par an entre 2010 et 2023, conséquence directe de la baisse du tabagisme dans cette population depuis les années 1990. Et chez les femmes, à l'inverse, on observe une hausse moyenne de +4,3 % par an sur la même période, reflet de l'augmentation du tabagisme féminin dans les générations nées à partir des années 1950 [7].

Le cancer du poumon reste le cancer le plus meurtrier en France, tous sexes confondus. En 2018, 33 117 décès lui étaient attribués (22 761 hommes et 10 356 femmes). L'âge médian au moment du décès était de 69 ans chez les hommes et 68 ans chez les femmes.

Les tendances de mortalité évoluent différemment selon le sexe : chez les hommes, le taux de mortalité diminue en moyenne de -1,6 % par an entre 1990 et 2018. Chez les femmes, en revanche, il augmente de +3 % par an en moyenne sur la même période.

Malgré les progrès thérapeutiques récents (notamment l'arrivée des thérapies ciblées et de l'immunothérapie), la survie à 5 ans des personnes atteintes d'un cancer du poumon reste faible. Pour les patients diagnostiqués entre 2010 et 2015, la survie nette standardisée à 5 ans est estimée à 20 % (18 % chez les hommes et 24 % chez les femmes). Cette survie a progressé au fil des décennies, passant de 13 % (1989-1993) à 17 % (2005-2010), puis 20 % (2010-2015) [6].

Néanmoins, ces chiffres soulignent encore le pronostic défavorable de la maladie, souvent diagnostiquée à un stade avancé, d'où l'intérêt central d'un dépistage précoce et ciblé pour améliorer la mortalité évitable.

Selon l'OMS, « le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer du poumon, mais il peut aussi toucher les non-fumeurs. Parmi les autres facteurs de risque figurent notamment l'exposition à la fumée secondaire, les risques professionnels (comme l'amiante, le radon et certains produits chimiques), la pollution de l'air, les syndromes de cancer héréditaire et les maladies pulmonaires chroniques antérieures » [1].

I.3 Prévention du cancer du poumon

Plus de 4 cancers sur 10 sont évitables en France. L'étude de Marant-Micallef et al. a révélé que « 142 000 cas de cancer, sur les 346 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2015 (soit 41 %), peuvent être attribués à 13 facteurs de risque qui sont modifiables. Le tabagisme est la cause la plus importante. Elle représente 20 % des nouveaux cas, soit la moitié des cancers évitables » [8].

La prévention primaire du cancer du poumon repose sur la lutte anti-tabac (hausse des prix du paquet, interdiction de fumer dans les espaces publics, campagnes de sensibilisation, un meilleur accompagnement de ceux qui arrêtent de fumer), la détection et la protection contre les expositions professionnelles (tels que l'amiante), et à travers l'information et l'éducation à la santé.

Selon la feuille de route 2021–2025 de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, la France vise à bâtir une génération sans tabac d'ici 2032, dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT), en vue de réduire les 45 000 décès annuels liés au tabac [8].

I.4 Dépistage du cancer du poumon

Le système de classification TNM (Tumor, Nodes, Metastasis) est utilisé dans la majorité des cancers afin de déterminer leur stade, du plus précoce au plus avancé. Cette classification repose sur trois critères :

- T : la taille et l'extension locale de la tumeur
- N : l'atteinte des ganglions lymphatiques
- M : présence ou non des métastases à distance

A partir de la classification TNM, le cancer est classé en cinq stades cliniques :

- Stade 0 : les cellules cancéreuses sont présentes uniquement dans le revêtement des voies respiratoires ou des alvéoles pulmonaires, sans envahissement du tissu pulmonaire sous-jacent
- Stade I : la tumeur est localisée, de petite, sans atteinte ganglionnaire
- Stade II : la tumeur est plus volumineuse et/ou des ganglions lymphatiques proches sont atteints
- Stade III : le cancer s'est propagé aux ganglions situés au centre du thorax (médiastin) ou a envahi d'autres structures locales
- Stade IV : le cancer s'est étendu à d'autres parties du corps comme le cerveau, les os ou le foie

Pour le CBPC, la classification TNM est rarement utilisé, on lui préfère une autre classification qui distingue deux stades principaux en fonction de l'étendue de la tumeur dans le thorax et au-delà :

- Stade limité (ou localisé) : le cancer est confiné à un seul hémithorax. La tumeur peut être localisée dans une partie d'un poumon et s'étendre aux ganglions lymphatiques du même côté ou aux ganglions situés à proximité du médiastin
- Stade étendu (ou disséminé) : les cellules tumorales se sont propagées au-delà de l'hémithorax atteint. Cela inclut donc une extension vers l'autre poumon, les ganglions lymphatiques, le liquide pleural ou d'autres organes à distance

Malheureusement dans une majorité de cas, le CBPC est diagnostiqué à un stade avancé. Cette situation s'explique par son caractère longtemps asymptomatique : les signes cliniques apparaissent souvent tardivement, laissant le temps à la maladie de se propager avant le diagnostic.

Les médecins peuvent également employer des termes simplifiés pour qualifier l'étendu du cancer :

- Stade local : la tumeur est confinée au poumon sans atteinte ganglionnaire ni métastase
- Stade régional : extension aux ganglions lymphatiques ou structures thoraciques proches
- Stade distant : présence de métastases dans d'autres parties du corps

Dans plus de 70 % des cas, le cancer du poumon est diagnostiqué à un stade avancé ou métastatique, réduisant considérablement les chances de survie à 5 ans. Or, plus un cancer

est détecté tôt, plus les traitements sont efficaces et les chances de guérison élevées [10 ; 11]

I.5 Prise en charge

La prise en charge repose sur une approche personnalisée et multidisciplinaire construite à partir de plusieurs éléments clés : le type histologique, son stade de développement, les caractéristiques moléculaires de la tumeur, l'état général du patient et ses éventuelles comorbidités.

Elle est définie en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), réunissant des oncologues médicaux, des radiothérapeutes, des pneumologues, des chirurgiens, des pharmaciens hospitaliers, des radiologues et des anatomopathologistes.

Il existe plusieurs types de traitements, qui peuvent être utilisés seuls ou en association, selon l'évolution de la maladie :

- La chirurgie, traitement local, vise à retirer la tumeur, les ganglions lymphatiques atteints et parfois les métastases. Elle est surtout indiquée pour les cancers à un stade précoce
- La radiothérapie, également un traitement local, utilise des rayons pour détruire les cellules cancéreuses. Elle peut être curative, préopératoire, postopératoire ou palliative, et est particulièrement utile chez les patients inopérables
- La chimiothérapie conventionnelle est un traitement médicamenteux par voie générale qui agit sur les mécanismes de division cellulaire. Elle cible les cellules à croissance rapide, ce qui inclut les cellules cancéreuses, mais peut aussi affecter les cellules saines, entraînant des effets secondaires
- L'hormonothérapie, bien que plus courante dans le traitement d'autres cancers (sein, prostate), peut exceptionnellement être utilisée si la tumeur pulmonaire présente une sensibilité hormonale
- Les thérapies ciblées bloquent des mécanismes spécifiques de croissance ou de dissémination tumorale. Elles s'attaquent à des anomalies moléculaires particulières, comme les mutations EGFR, ou les réarrangements ALK, ROS1... Ces traitements relèvent de la médecine de précision, fondée sur l'analyse du profil génétique de la tumeur, et sont principalement indiqués en cas de cancer avancé ou métastatique
- L'immunothérapie, traitement systémique, vise à stimuler les défenses immunitaires du patient afin que son organisme reconnaisse et détruise les cellules cancéreuses.

Les molécules actuellement utilisées, appelées inhibiteurs de point de contrôle (anti-PD1, anti-PD-L1), sont surtout prescrites dans les formes avancées ou en rechute

Dans le cas du cancer du poumon, la stratégie thérapeutique repose sur une adaptation des traitements en fonction des stades cliniques de la maladie, permettant ainsi une prise en charge personnalisée à chaque étape de son évolution :

- Stade précoce (I et II) : chirurgie seule ou associée à une chimiothérapie adjuvante ou radiothérapie stéréotaxique chez les patients inopérables
- Stade III (localement avancé) : traitement combiné (chimiothérapie, radiothérapie, parfois chirurgie) ou dans certains cas, une immunothérapie en consolidation
- Stade IV (métastatique) : chimiothérapie, thérapies ciblées ou immunothérapie selon le profil moléculaire de la tumeur et l'expression du PD-L1

Les thérapies ciblées et l'immunothérapie sont majoritairement utilisées dans les formes avancées ou après une rechute, mais certains protocoles permettent désormais leur usage dès les premiers stades dans une optique préventive (traitement adjuvant pour limiter le risque de récurrence).

Au niveau de l'accompagnement du patient, avant de débuter tout traitement médicamenteux, le patient est informé de la nature de la thérapie, de ses bénéfices attendus, des effets secondaires potentiels et des mesures possibles pour les prévenir ou les atténuer. Un suivi médical étroit est assuré pendant toute la durée du traitement.

Une bonne coordination entre les professionnels de santé (médecin traitant, spécialistes, pharmacien d'officine...) est essentielle.

Enfin, une attention particulière est portée à la qualité de vie du patient. Des soins de support sont proposés : soutien psychologique, aide au sevrage tabagique, diététique, activité physique adaptée, gestion de la douleur, accompagnement social. Cette prise en charge globale permet de mieux vivre avec la maladie, d'améliorer la tolérance des traitements et parfois même d'en renforcer l'efficacité [12 ; 13 ; 14].

Le dépistage organisé apparaît ainsi comme un levier stratégique pour réduire la mortalité et limiter les traitements lourds, coûteux et délétères associés aux stades avancés de la maladie.

II. Les politiques de dépistage du cancer en France

II.1 Les plans cancer en France

Depuis 2003, la France s'est dotée de plans cancers successifs, qui ont contribué à transformer en profondeur la politique publique de lutte contre les cancers. Ils constituent un cadre de coordination et de pilotage structurant, mobilisant de nombreux acteurs autour de priorités nationales telles que la prévention, le dépistage, l'accès équitable aux soins, la recherche, ou encore la qualité de vie des personnes malades.

Ils sont de trois :

- Le Plan Cancer 1 (2003-2007)

Ce premier plan visait à structurer l'offre de soins en cancérologie et à poser les bases d'un réseau de lutte contre le cancer, notamment avec : la mise en place des RCP, la définition des centres de référence en cancérologie et l'intégration du dépistage organisé comme priorité (mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du sein en 2004).

- Le Plan Cancer 2 (2009-2013)

Ce deuxième plan a mis l'accent sur : la personnalisation du parcours de soins, le développement de la prévention primaire et du dépistage, l'amélioration du pilotage territorial, et la création de l'INCa comme agence d'expertise dédiée.

- Le Plan Cancer 3 (2014-2019)

Ce dernier plan quinquennal a renforcé l'orientation vers la prévention et l'innovation. Il a soutenu la généralisation du dépistage du col de l'utérus, a inscrit la réduction des inégalités territoriales et sociales comme axe fort et a encouragé l'intégration des approches de médecine personnalisée dans les parcours de soins [15 ; 16].

II.2 Les dépistages organisés en France

La politique de dépistage organisé des cancers en France repose sur trois programmes nationaux structurés autour de recommandations européennes et portés par les plans cancers successifs. Ces dispositifs ont pour objectif d'améliorer la détection précoce de certains cancers fréquents, afin de réduire leur mortalité et d'optimiser leur prise en charge.

Les trois programmes en vigueur sont :

- Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), mis en œuvre depuis 2004
- Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR), généralisé depuis 2008
- Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU), instauré en 2018.

Chacun de ces programmes repose sur un cahier des charges national précisant la population cible, les modalités de dépistage, les examens à réaliser, les obligations de qualité, ainsi que les conditions de suivi et d'évaluation. Ils s'inscrivent dans le cadre de la recommandation européenne du 2 décembre 2003, qui fixe des objectifs de participation : 70 % pour le cancer du sein, 45 % pour le cancer colorectal et 80 % pour le cancer du col de l'utérus.

La mise en œuvre de ces dépistages mobilise une pluralité d'acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale :

- Au niveau national, le pilotage stratégique est assuré par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'INCa assure le pilotage opérationnel, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) intervient sur le financement et l'organisation, l'HAS élabore les recommandations de pratiques professionnelles et Santé publique France évalue les programmes
- Au niveau régional, ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui coordonnent les actions avec les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC)
- Les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, gastroentérologues, radiologues, sages-femmes, etc.) jouent un rôle clé dans la sensibilisation, la réalisation des dépistages et l'orientation des patients

Malgré les moyens engagés (estimés à 600 millions d'euros par an), la participation reste insuffisante au regard des objectifs fixés. En 2019, le taux de participation au DOCS était de 42,8 %, loin de l'objectif européen de 70 %. Pour le DOCCR, il était de 28,9 %, contre un objectif européen de 65 % recommandé et 45% acceptable. Et le DOCCU, plus récent, présente également des taux faibles et très variables selon les territoires.

Les freins identifiés par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), relèvent notamment de l'inégalité d'accès à l'offre de soins, de facteurs socio-économiques (niveau d'éducation, précarité, isolement), d'un manque de sensibilisation ou de confiance envers le système de santé et d'un pilotage institutionnel morcelé et parfois peu lisible. Le rapport IGAS (2022) recommande une refonte du pilotage et une recentralisation de certaines missions comme les invitations, actuellement assurées par les CRCDC, vers la CNAM. Il plaide également pour une dématérialisation de la seconde lecture des mammographies, la mise en place d'un système d'information national unifié, et le renforcement des actions de proximité et de promotion ciblée pour réduire les inégalités d'accès.

Enfin, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 prévoit d'examiner la possibilité d'élargir le dépistage organisé à d'autres localisations, telles que le cancer du poumon [17].

II.3 La Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030

Adoptée en février 2021, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 marque une évolution majeure. Elle s'inscrit dans la continuité des plans cancers précédents mais adopte une approche de long terme, avec des objectifs ambitieux fixés à horizon 2030. Pilotée par l'INCa et portée par la volonté politique d'une action résolue, elle s'articule autour de 4 grands axes :

- Améliorer la prévention, en visant notamment à éviter 60 000 cancers par an à l'horizon 2040 (soit 40 % des cancers évitables), en agissant sur les facteurs de risque comme le tabac, l'alcool, l'alimentation ou l'environnement
- Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, par une meilleure prise en charge des douleurs, effets secondaires, troubles psychologiques et sociaux post-traitement
- Réduire les cancers de mauvais pronostic, notamment les cancers du pancréas, du foie et du poumon, en renforçant les efforts en recherche, en diagnostic précoce et en innovation thérapeutique
- Assurer à tous les mêmes chances, en luttant contre les inégalités sociales, territoriales et liées au genre

Elle adopte également un accent particulier sur le dépistage du cancer du poumon. La stratégie décennale prévoit de tester de nouveaux dépistages, parmi lesquels celui du cancer du poumon figure comme une priorité [18]. C'est dans cette démarche que sera lancé en fin 2025, le programme pilote IMPULSION, dans 5 régions. Sur les cinq régions retenues, le déploiement est prévu notamment dans les Hauts-de-France et en Île-de-France [19].

Le programme s'inscrit dans une volonté d'innovation, mais aussi de co-construction territoriale : il associe des ARS, des CHU, des radiologues libéraux, des associations et des professionnels de terrain. Le choix du cancer du poumon, longtemps écarté des programmes de dépistage organisé, illustre un tournant dans la politique de santé publique : celui d'une prévention plus ciblée, personnalisée, et pragmatique.

PARTIE 2 : LE PROGRAMME PILOTE IMPULSION

III. Genèse et présentation du programme IMPULSION

III.1 Evolution de l'avis de la HAS sur le dépistage du cancer bronchopulmonaire

Dans son avis publié en 2016, la HAS estimait que les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité requises pour la mise en œuvre d'un programme de dépistage du CBP n'étaient pas réunies. Cette conclusion reposait sur une analyse critique des essais cliniques disponibles à l'époque, lesquels mettaient en évidence plusieurs limites importantes :

- Un taux particulièrement élevé de faux positifs (supérieur à 90 % dans certaines études), entraînant des examens complémentaires potentiellement invasifs et non dénués de risques
- Une absence de standardisation des protocoles diagnostiques post-dépistage
- Des difficultés méthodologiques à définir avec précision la population cible, notamment en raison de l'hétérogénéité des critères d'inclusion dans les études
- Une efficacité clinique incertaine, hormis une seule étude américaine (NLST) suggérant une réduction de la mortalité spécifique, mais dans un contexte peu transposable à la France.

La HAS soulignait également l'absence de consensus sur la définition d'une « faible dose » d'irradiation, ainsi que le manque de données sur les effets à long terme d'expositions répétées aux rayons X. En conséquence, elle ne recommandait pas l'instauration d'un programme de dépistage à l'échelle nationale, tout en appelant à la poursuite des recherches, notamment sur la stratification des populations à risque [21].

En 2022, la HAS actualise son avis, une réévaluation prudente ouvrant à la voie de l'expérimentation, fondée sur de nouvelles données issues de revues systématiques et de méta-analyses. Ces travaux récents ont mis en évidence :

- Une diminution statistiquement significative de la mortalité spécifique liée au CBP, de l'ordre de 5 vies sauvées pour 1000 personnes dépistées
- Une réduction du nombre de cancers diagnostiqués à un stade avancé (stade IV) et une augmentation du taux de détection des cancers à un stade précoce (bien que ces résultats doivent encore être confirmés en raison d'une forte hétérogénéité entre les études)

Malgré ces résultats encourageants, la HAS maintient une posture prudente. Elle souligne que les connaissances actuelles demeurent insuffisamment robustes pour justifier la mise

en œuvre immédiate d'un programme national de dépistage organisé. Les incertitudes persistent quant à :

- La performance intrinsèque et extrinsèque du test (sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive)
- Le taux de participation en vie réelle
- Le risque de surdiagnostic et ses conséquences
- Les modalités organisationnelles compatibles avec le système de santé français

Face à ces incertitudes, la HAS préconise la mise en place d'expérimentations encadrées en vie réelle, afin de documenter les modalités optimales du dépistage, d'évaluer son efficacité, son efficience, ainsi que ses impacts organisationnels, éthiques et sociaux. C'est dans cette optique que l'INCa a été missionné pour coordonner la mise en œuvre d'une phase d'expérimentation en France [21].

III.2 Objectifs, méthodologie et critères d'inclusion du programme

Face à la gravité du cancer du poumon et suite aux recommandations de la HAS, l'INCa a lancé en 2024 un appel à candidatures pour expérimenter un programme pilote de dépistage organisé du cancer du poumon [22]. Le projet intitulé IMPULSION, a été retenu en janvier 2025 comme lauréat, avec un financement de 6 millions d'euros.

Le programme IMPULSION est porté par un consortium national multidisciplinaire rassemblant 29 partenaires, sous la coordination conjointe du Pr Marie-Pierre Revel (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) et du Pr Sébastien Couraud (Hospices Civils de Lyon). Il associe des Centres Hospitaliers Universitaires CHU (dont Lille, Rouen, Nice), des sociétés savantes (Société Française de Radiologie SFR, Société d'Imagerie Thoracique SIT, Société de Pneumologie de Langue Française SPLF, Société Francophone de Tabacologie SFT, etc.), des associations de patients, l'Assurance Maladie, des chercheurs en santé publique, ainsi que des professionnels de terrain engagés dans la lutte contre les cancers [4 ; 23].

Ce programme pilote se déroule dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine de type 2 (RIPH2), recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales. Il vise à répondre aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2022, en testant les conditions de faisabilité, de sécurité et d'efficacité d'un dépistage organisé du cancer du poumon adapté au contexte français. Il se positionne comme une étape essentielle avant une éventuelle généralisation à l'échelle nationale, à l'horizon 2030.

Le programme IMPULSION s'adresse à des personnes âgées de 50 à 74 ans, fumeurs ou ex-fumeurs sevrés depuis moins de 15 ans, avec une consommation tabagique cumulée d'au moins 20 paquets-année (un paquet année correspond à la consommation d'un paquet de 20 cigarettes manufacturées par jour pendant un an). Ainsi, 20 paquets année correspondent par exemple à une personne qui a fumé 2 paquets de cigarettes par jour pendant 10 ans ou 1 paquet de cigarettes par jour pendant 20 ans. Sont également concernées les personnes ayant fumé jusqu'à 15 cigarettes par jour pendant 25 ans ou jusqu'à 10 cigarettes par jour pendant 30 ans. L'éligibilité repose également sur l'affiliation à la Sécurité sociale et la signature d'un consentement éclairé.

Des critères d'exclusion temporaires s'appliquent (ex. : scanner thoracique dans les 12 derniers mois, infection respiratoire récente), ainsi que des critères d'exclusion définitifs : comorbidités sévères contre-indiquant les soins, antécédent personnel de cancer du poumon, symptômes évocateurs, ou retrait du consentement.

Ce ciblage repose sur des données épidémiologiques solides, issues notamment des études internationales NLST (National Lung Screening Trial) et NELSON, qui ont démontré une réduction de 20 à 25 % de la mortalité spécifique grâce au dépistage par scanner thoracique à faible dose [23].

D'une part, le NLST est une étude menée de 2002 à 2010 aux Etats-Unis par le National Cancer Institute, auprès de plus de 50 000 participants âgés de 55 à 74 ans, fortement tabagique (≥ 30 paquets année, fumeurs ou anciens fumeurs ayant arrêté depuis moins de 15 ans). Cette étude comparait la mortalité spécifique entre un groupe bénéficiant d'un scanner thoracique à faible dose (LDCT) et le groupe bénéficiant d'une radiographie thoracique standard (X-ray). Les résultats principaux ont montré une réduction de la mortalité par cancer du poumon d'environ 20% dans le groupe LDCT par rapport au groupe X-ray, ainsi qu'une détection plus fréquente de cancers à un stade précoce. Cependant le recours au LDCT s'accompagnait d'un taux de surdiagnostic estimé à 18% [25].

D'autre part, l'étude européenne NELSON, menée aux Pays-Bas et en Belgique de 2003 à 2013, a inclus plus de 15 000 participants âgés de 50 à 74 ans, présentant un tabagisme modéré (15 cigarettes/ jour pendant 25 ans et 10 cigarettes/jour pendant 30 ans, fumeurs ou anciens fumeurs ayant arrêté depuis moins de 10 ans). L'étude reposait sur la réalisation de 4 LDCT aux temps T0, 1 an, 3 ans et 5,5 ans, avec une gestion des nodules basée sur leur volume et croissance volumétrique plutôt que sur le diamètre, comme dans l'étude NLST [26]. Les résultats principaux ont montré une réduction de 24% de la mortalité par

cancer du poumon, avec 70% des cancers détectés à un stade précoce et un taux de faux positifs globalement plus faible, estimé à 8,9% [25].

L'objectif d'IMPULSION est d'inclure 20 000 participants volontaires, repérés via différentes modalités :

- Lors de consultations avec leur médecin traitant ou un médecin investigateur
- Dans certains centres d'examen de l'Assurance Maladie
- Par téléphone ou sur une plateforme numérique dédiée (dans ces deux derniers cas, l'inclusion sera ultérieurement complétée par un « rendez-vous d'inclusion » avec un médecin)

Un enjeu central du programme est aussi de garantir une équité dans l'accès aux soins, en menant notamment des actions ciblées à destination des publics les plus vulnérables et les plus éloignés du système de santé, selon une démarche proactive « d'aller vers ».

Le cœur du programme repose sur la réalisation d'un scanner thoracique à faible dose, répété deux fois à un an d'intervalle, puis tous les deux ans en cas de poursuite. Ces examens seront interprétés par deux radiologues indépendants assistés par l'intelligence artificielle, assurant une double lecture de qualité.

En complément, un accompagnement systématique au sevrage tabagique est proposé aux fumeurs actifs. Il comprend :

- Des consultations spécialisées de tabacologie
- L'accès à des substituts nicotiniques ou autres outils de soutien à l'arrêt du tabac.

Ce couplage « dépistage + arrêt du tabac » vise une réduction combinée du risque de décès par cancer du poumon estimée à 38 % [23].

Ce projet vise à proposer un dépistage ciblé du cancer du poumon à des populations identifiées comme à risque élevé, sur la base de critères médicaux et comportementaux. Il implique la coordination entre de nombreux acteurs : centres de coordination des dépistages des cancers, professionnels de santé de ville, hôpitaux, structures de prévention, et institutions régionales.

III.3 Rôle des acteurs clés

Le programme IMPULSION s'appuie sur plusieurs sociétés savantes et instances représentatives, qui apportent leur expertise scientifique, leur réseau professionnel, et leur rôle de relais dans les territoires.

La SPLF (Société de Pneumologie de Langue Française) coordonne la mobilisation de la communauté pneumologique et recueille les candidatures des centres investigateurs en soins secondaires. L'IFCT (Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique) est responsable de la gestion opérationnelle des investigateurs, en lien avec l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris). Le Groupe Français de Pneumo-Cancérologie, le Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux, la Fédération Française de Pneumologie et le Syndicat de l'Appareil Respiratoire sont également mobilisés pour soutenir l'organisation territoriale et favoriser l'adhésion des professionnels. La SFR (Société Française de Radiologie) et la SIT (Société d'Imagerie Thoracique) définissent les critères de labellisation des radiologues et accompagnent la formation au dépistage par imagerie. Leur rôle consiste à participer à l'élaboration des référentiels professionnels, à organiser la formation initiale et continue des acteurs (radiologues, pneumologues, tabacologues), à garantir un maillage territorial équilibré des structures participantes et à coordonner les flux d'information entre le national et les acteurs de terrain.

Les radiologues ont un rôle pivot dans le programme, puisqu'ils assurent la réalisation et l'interprétation des scanners thoraciques à faible dose, l'examen de référence du dépistage. Leurs responsabilités incluent notamment de réaliser les examens selon des protocoles harmonisés, de participer en binôme à une double lecture indépendante, à utiliser un système d'aide à la lecture assisté par intelligence artificielle, garantissant une meilleure fiabilité du dépistage et à intégrer les résultats dans le système d'information national du programme [23].

Par conséquent, pour participer, les radiologues doivent être labellisés par la SIT/SFR, avoir suivi une formation certifiante conforme aux standards européens (via Forcomed), être formés aux bonnes pratiques cliniques dans les trois dernières années et être intégrés dans une filière de prise en charge des cas positifs, en lien avec des structures de soins spécialisées. Un binôme référent hospitalier/libéral est désigné dans chaque région pour faciliter l'organisation territoriale et éviter les disparités géographiques [27].

Les pneumologues et oncologues thoraciques sont mobilisés pour intégrer les centres investigateurs en soins secondaires sur leur territoire. Ils sont chargés d'assurer la prise en charge des anomalies détectées lors du dépistage. Leurs missions consistent à réaliser des examens complémentaires pour confirmer ou infirmer la présence d'un cancer (biopsies, TEP-scans...), et à participer à des RCP pour définir les stratégies thérapeutiques. Ils doivent tout aussi être formés au protocole IMPULSION, disposer d'un certificat de bonnes pratiques cliniques, connaître les modalités d'utilisation du système

d'information du programme. Ils interviennent principalement au sein des centres investigateurs de soins secondaires, en lien étroit avec les radiologues et les tabacologues [28].

Le rôle des tabacologues est de proposer des consultations spécialisées aux participants fumeurs, prescrire des substituts nicotiques ou d'autres traitements adaptés et offrir un suivi motivationnel et comportemental, même si l'adhésion à ce suivi n'est pas obligatoire [23 ;28]. Leur action vise à réduire le risque de récurrence ou de développement d'un cancer chez les participants, et à renforcer l'impact préventif du dépistage.

Même s'ils ne sont pas investigateurs dans le programme, les médecins traitants jouent un rôle fondamental pour le repérage et l'intégration des patients éligibles. Leurs missions sont d'informer et orienter leur patientèle cible vers les centres de dépistage, de fournir des informations médicales utiles au suivi des patients inclus (antécédents, traitements en cours...). Ils seront amenés également à recevoir les comptes rendus des examens de dépistage et à participer à la coordination des soins en cas de diagnostic confirmé. Ils sont considérés comme des relais essentiels sur le terrain, notamment pour atteindre les personnes éloignées du système de santé, en cohérence avec la stratégie « d'aller vers » [29].

IV. Analyse des spécificités des Hauts-de-France

Les données issues du baromètre de Santé publique France de 2017, révèlent que « la région Hauts-de-France est la 2ème région où le tabagisme est le plus fréquent, avec 30,5 % de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans, soit 1,3 millions de fumeurs ».

La région Hauts-de-France constitue un territoire particulièrement stratégique pour expérimenter un programme de dépistage organisé du cancer du poumon. Elle se distingue à la fois par sa situation épidémiologique, ses caractéristiques sociales, et l'organisation de son système de soins.

Les Hauts-de-France, une région fortement touchée par le cancer du poumon, présentent des taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon parmi les plus élevés de France. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais sont les plus touchés [31]. Cela s'explique par :

- Un taux de tabagisme supérieur à la moyenne nationale, notamment chez les hommes mais aussi de plus en plus chez les femmes

- Des antécédents industriels et miniers (expositions professionnelles à l'amiante, au radon ou à d'autres agents cancérogènes)
- Des inégalités sociales de santé prononcées, affectant l'accès à la prévention, au diagnostic précoce et aux soins [32 ; 33 ; 34]

Le territoire est marqué par une grande hétérogénéité géographique (zones rurales peu denses, poches de pauvreté urbaine, territoires isolés), une sous-densité médicale dans certains secteurs, notamment pour les généralistes et les spécialistes en imagerie et un tissu hospitalier et médico-social dense, avec plusieurs CHU et CH, des cliniques privées, un maillage associatif actif, mais une coordination parfois perfectible entre ville et hôpital.

Malgré ces défis, les Hauts-de-France sont engagés dans des projets de coordination territoriale (CPTS Communauté Professionnelles Territoriales de Santé, DAC Dispositif d'Appui à la Coordination), de médecine préventive, et de réduction des inégalités d'accès. Le choix de la région comme site pilote reflète sa capacité à expérimenter des dispositifs innovants, à l'interface entre santé publique, médecine de ville et hospitalière.

PARTIE 3 : ANALYSE DES FREINS ET LEVIERS A LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME IMPULSION

V. Méthodologie de l'étude

V.1 Description de la démarche qualitative

Pour mieux comprendre les freins et les leviers à une mise en œuvre efficace du dépistage organisé du cancer du poumon dans les Hauts-de-France, une étude qualitative a été conduite auprès d'acteurs largement concernés par les enjeux de prévention, de repérage et de prise en soins du cancer du poumon. Cette approche vise à recueillir des informations issues de l'expérience du terrain, fondées sur les pratiques, les perceptions et les représentations des professionnels exerçant dans des contextes variés.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier, à partir des discours recueillis, les facteurs facilitants et les obstacles potentiels dans la mise en place du programme pilote du dépistage du cancer du poumon.

Le choix s'est porté sur une méthode qualitative par entretiens semi-directifs. Cette méthode permet de maintenir une trame de questionnement tout en offrant une souplesse nécessaire à l'exploration des enjeux vécus sur le terrain. Il facilite notamment la compréhension des représentations et des dynamiques propres à chaque participant, en tenant compte de son terrain d'action [35 ; 36].

L'étude s'est déroulée entre mars et juin 2025 dans la région Hauts-de-France.

V.2 Les participants

Tout d'abord, une liste des profils à solliciter a été établie et validée par la directrice de mémoire.

L'échantillon a été construit selon une méthode d'échantillonnage par choix stratégique, visant à diversifier les profils des acteurs interrogés. Les participants ont été identifiés à partir de plusieurs canaux :

- Le réseau professionnel de la directrice de mémoire, qui a soit pris contact directement, soit transmis leurs coordonnées, me permettant de les solliciter ou de me rapprocher de leurs collègues
- Un recrutement en « boule de neige », certains participants ayant eux-mêmes orienté vers d'autres collègues ou partenaires pertinents

- Certains profils ont été trouvés via LinkedIn ou directement identifiés via leur structure professionnelle

Tous les participants ont été contactés individuellement soit par mail personnel ou professionnel, ou soit via la messagerie LinkedIn. Le message comprenait une présentation claire de la démarche ainsi qu'un dépliant explicatif du programme pilote IMPULSION, afin de garantir une compréhension suffisante des objectifs de l'étude. L'approche se voulait transparente, volontaire et respectueuse du temps des professionnels sollicités (cf. Annexe 1).

La majorité des personnes contactées ont répondu favorablement, témoignant d'un intérêt certain pour la thématique abordée. Un rendez-vous/ créneau a ensuite été convenu pour la réalisation de l'entretien. Sur les 11 personnes ayant accepté de participer, une seule personne n'a finalement pas pu être incluse, en raison d'un conflit de disponibilité (disponible uniquement à partir du 26 juin, au-delà de la période de recueil prévu).

Au total, 10 entretiens ont été réalisés, d'une durée comprise entre 25 et 60 minutes. Les acteurs rencontrés étaient les suivants :

- 1 médecin généraliste,
- 1 pneumologue
- 1 pneumologue coordinateur de comité en oncologie,
- 1 radiologue,
- 1 oncologue gériatre,
- 1 oncologue radiothérapeute,
- 1 IPA,
- 1 pharmacien,
- 1 médecin référent institutionnel de l'ARS,
- 1 représentant des usagers, membres d'associations en lien avec le public cible,

Le seul critère d'exclusion était le refus de participation.

V.3 Méthode utilisée

L'entretien semi-directif a été mené à partir d'une liste de questions préparées en amont et validée par la directrice de mémoire. Un guide d'entretien structuré a été élaboré autour de 4 grandes thématiques : le niveau de connaissance du programme IMPULSION, les modalités et l'organisation de mise en œuvre du dépistage, les obstacles, et les leviers potentiels à ce déploiement.

Sur les 10 entretiens, 3 ont été réalisés en présentiel et 7 en distanciel via la plateforme Teams, en fonction des disponibilités et des préférences des participants.

Chacun entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone ou directement via Teams, après obtention du consentement oral des participants.

Avant chaque entretien, les participants ont été informés de la nature de l'étude, de ses objectifs, et de leur droit de retrait à tout moment. Aucune donnée nominative n'a été conservée dans les transcriptions, et les propos ont été traités dans le respect des principes de confidentialité, de consentement éclairé et d'anonymat.

Chacun entretien a été retranscrit à l'aide du logiciel Riverside.fm. Les transcriptions ont ensuite été relues, corrigées et légèrement reformulées pour produire des données brutes exploitable pour l'analyse.

V.4 Analyse des données recueillies

Dans le cadre de ce mémoire, l'analyse des données qualitatives recueillies a été menée selon une approche thématique de Braun & Clarke (2006) [37].

L'analyse thématique a été retenue pour sa capacité à faire émerger de manière rigoureuse et structurée les principaux thèmes exprimés par les acteurs interrogés. Cette méthode permet de repérer, organiser et interpréter des schémas récurrents (ou "thèmes") à partir d'un corpus de données textuelles, en l'occurrence des entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels.

L'analyse s'est déroulée en 6 étapes :

- Se familiariser avec les données
- Générer des codes
- Chercher des thèmes
- Vérifier les thèmes
- Définir et choisir des noms pour les thèmes
- Produire le rapport

Parmi les participants, deux professionnels ont indiqué n'avoir jamais entendu parler du programme IMPULSION avant d'être sollicités pour cette étude. Les autres étaient soit directement impliqués dans le déploiement du programme à divers niveaux, soit informés par leur réseau professionnel (congrès, communications régionales, échanges entre pairs).

À noter également, un participant avait été engagé dans une étude expérimentale locale de dépistage du cancer du poumon, menée dans son territoire avant IMPULSION, ce qui a enrichi son regard sur le sujet.

Un double codage a été réalisé ponctuellement sur certains extraits par un second lecteur afin de renforcer la fiabilité de l'analyse.

L'analyse thématique ainsi conduite a permis de faire émerger des freins ainsi que des leviers potentiels qui seront développés dans la section suivante.

VI. Résultats de l'étude

Les entretiens menés auprès de différents acteurs impliqués dans la prévention, le dépistage et la prise en soins du cancer du poumon ont permis de faire émerger plusieurs thèmes majeurs, reflétant à la fois les freins et les leviers au déploiement du programme pilote IMPULSION dans les Hauts-de-France. Chaque thème regroupe des éléments récurrents exprimés par les participants, illustrés par des verbatims significatifs (cf. Annexe 2).

Thème 1 : Besoins prioritaires

- Légitimer et structurer l'action

Les professionnels interrogés expriment unanimement la nécessité de mettre en place un dépistage organisé du cancer du poumon, compte tenu de la prévalence élevée du tabagisme dans la région. Le programme pilote IMPULSION est perçu comme une démarche pertinente.

« Les besoins, c'est d'abord que ça se mette en place. Non mais ça on est d'accord parce que c'est loin d'être acquis. » (Professionnel 7)

Ce besoin s'accompagne d'un appel à légitimer le rôle du médecin généraliste, notamment en matière de prévention :

« Il y a aussi la nécessité de rendre plus légitime sa position dans la prévention et le dépistage. » (Professionnel 4)

La notion de cadrage strict du projet est également évoquée, rappelant le caractère encore expérimental de la démarche :

« Un projet de recherche, c'est un cadre contraint, restreint... un protocole vraiment à respecter à la lettre. » (Professionnel 10)

- Organisation du dépistage (accessibilité et simplicité)

Un point essentiel ressort de l'analyse : pour que le programme fonctionne, il doit être porté institutionnellement, accessible, et simple dans son fonctionnement. L'ancrage territorial est jugé déterminant.

« Il faut qu'il y ait un portage institutionnel. S'il n'y a pas de portage institutionnel, c'est compliqué. » (Professionnel 10)

L'idée d'un dispositif "d'aller vers" les populations est fortement mise en avant :

« Aller les chercher, mettre en place ce niveau de dépistage est pour moi essentiel. » (Professionnel 3)

Enfin, la simplicité de la démarche est perçue comme un levier d'adhésion pour le public :

« Il ne faut pas qu'ils aient à franchir trois guichets [...] il faut leur faciliter la vie. » (Professionnel 8)

- Sensibilisation : professionnels et grand public

Le besoin de renforcer la sensibilisation des médecins et de la population est largement partagé. Certains évoquent une méconnaissance du grand public des dépistages organisés existants et de leurs bénéfices.

« Il y a vraiment une sensibilisation à faire auprès aussi des médecins généralistes » (Professionnel 1)

« Les gens ne le (dépistage colorectal) savent même pas que c'est un dépistage organisé » (Professionnel 5)

Le recours à des moyens de communication adaptés et réguliers est jugé indispensable pour favoriser la participation.

Thème 2 : Choix du ciblage

- Entre rigueur scientifique et ouverture

Si le ciblage actuel du programme est globalement perçu comme pertinent, certains professionnels expriment le besoin de l'élargir, notamment aux personnes âgées, souvent oubliées des dispositifs existants. Mais aussi des plus jeunes, à partir de 40 ans.

« Il faudrait élargir le ciblage. C'est trop restreint. » (Professionnel 9)

« On a quand même de plus en plus de personnes âgées pour qui on diagnostique les cancers plus tard. » (Professionnel 1)

Thème 3 : Rôle des professionnels de santé

Le médecin traitant est identifié comme un acteur clé dans le déploiement du programme :

« La personne clé, c'est le médecin traitant qui connaît bien le patient. » (Professionnel 1)

D'autres acteurs de proximité sont également cités, en particulier les pharmaciens, souvent en première ligne.

« La seule personne que voit quelqu'un, c'est le pharmacien. » (Professionnel 2)

L'importance d'une approche multi professionnelle et territorialisée est largement soulignée.

Thème 4 : Obstacles à l'adhésion

Plusieurs freins à l'adhésion des publics cibles ont été identifiés : la distance et l'accessibilité physique aux centres, le refus de suivi ou de changement de comportement, et les conditions sociales et familiales peu favorables.

« Toute une frange de la population qu'on va avoir plus de mal à toucher »

(Professionnel 8)

« Si quelqu'un fume dans sa famille et que tout le monde fume [...] allez lui dire d'arrêter. »

(Professionnel 2)

Thème 5 : Freins à la mise en place

La charge de travail perçue et l'absence de rémunération spécifique sont des facteurs de démotivation chez certains professionnels.

« Les médecins ne seront pas intéressés. S'ils ne sont pas payés, ils ne feront rien. »

(Professionnel 9)

De plus, le manque de ressources humaines (radiologues, pneumologues, etc...) est jugé préoccupant pour assurer un suivi efficace :

« Il va falloir répondre à tout ce que le scanner va trouver... ce n'est pas simple. »

(Professionnel 7)

Thème 6 : Leviers identifiés

- Coordination, ressources et soutien

Malgré les freins évoqués, plusieurs leviers d'action ont été proposés par les participants : simplifier la démarche, s'appuyer sur les ressources médicales existantes, promouvoir un travail en équipe et une coordination locale, et impliquer l'entourage familial comme soutien potentiel à la démarche.

« Il faut que tout le monde soit concerné, au courant, et que tout le monde priorise » (Professionnel 4)

- Communication et échanges

La qualité de la communication avec les patients est perçue comme essentielle. Un effort d'explication, d'accompagnement et de relais d'information est attendu.

« Quand on prend le temps d'expliquer, les patients ont tendance à plus facilement écouter » (Professionnel 1)

Des relais comme les associations ou structures locales pourraient jouer un rôle de médiation.

- Pérennisation du programme

Les participants soulignent que la mise en place d'une collaboration fluide entre les professionnels et d'un modèle économique viable constituent une condition essentielle pour permettre une vision à long terme du programme.

« Il faut que le modèle économique soit viable » (Professionnel 8)

« Ce qui est important dans le déploiement, c'est que l'ensemble des professionnels travaillent tous ensemble sur le même but » (Professionnel 10)

Thème 7 : Spécificités régionales (un contexte à prendre en compte)

La région Hauts-de-France se caractérise par une prévalence élevée du tabagisme, des comorbidités importantes, et des inégalités d'accès aux soins, notamment en dehors des grandes agglomérations.

« Dès que vous êtes en dehors de Lille, le train ce n'est pas facile d'accès. » (Professionnel 8)

VII. Discussion

VII.1 Interprétation des résultats au regard de la littérature

Les résultats obtenus à travers l'analyse thématique des entretiens permettent de mieux cerner les enjeux multiples du déploiement du programme pilote IMPULSION en Hauts-de-France. Ces constats doivent être mis en perspective avec les données de la littérature, les politiques de santé publique existantes, ainsi que les caractéristiques socio-épidémiologiques propres à la région.

Les acteurs interrogés s'accordent sur la pertinence d'un dépistage organisé du cancer du poumon, dans un contexte régional marqué par une forte prévalence du tabagisme. Cette perception est en cohérence avec les données de Santé publique France, qui pointent la surmortalité évitable liée au tabac dans les Hauts-de-France, en particulier chez les populations les plus précaires [38].

Ce constat rejoint également les objectifs de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, qui fait de la lutte contre les cancers évitables (dont celui du poumon) une priorité. L'axe 2 de cette stratégie insiste sur l'importance d'améliorer la prévention primaire et secondaire, et d'expérimenter de nouveaux dispositifs de dépistage ciblé [18].

L'analyse montre que la simplicité organisationnelle, la lisibilité du dispositif, et un portage institutionnel fort sont perçus comme indispensables au succès du programme. Ces éléments sont bien documentés dans la littérature : les programmes de santé publique réussis reposent sur des modalités claires de coordination, une communication efficace, et un pilotage cohérent.

Par ailleurs, le rôle central du médecin généraliste dans la dynamique de prévention est confirmé. Cette donnée corrobore les travaux menés dans d'autres programmes de dépistage, qui soulignent que la recommandation par le médecin traitant reste le facteur le plus influent dans l'adhésion des patients [39].

Les résultats montrent que l'accessibilité géographique et sociale est un frein majeur dans les territoires ruraux ou défavorisés, où la population est parfois éloignée du soin. La littérature met en évidence ces inégalités d'accès, notamment pour le dépistage du cancer du sein ou colorectal, et recommande des stratégies "d'aller vers" (bus mobiles, partenariats locaux, relais de proximité).

L'un des enseignements forts de l'analyse est la méconnaissance générale du dépistage du cancer du poumon, tant du côté des professionnels que de la population. Cette réalité est également documentée dans DepKP80 (une étude expérimentale de dépistage du cancer du poumon, conduite dans le département de la Somme) où les personnes éligibles

interrogées manifestaient une méfiance ou une ignorance vis-à-vis du dépistage, parfois associée à une banalisation du tabagisme.

Ces éléments soulignent le besoin d'une stratégie de communication ciblée comme le recommande également la stratégie décennale.

Plusieurs freins au déploiement du programme sont d'ordre structurel : surcharge de travail des professionnels, absence de rémunération, pénurie de ressources médicales (radiologues, pneumologues). Ces limites sont bien identifiées dans les publications sur les dispositifs expérimentaux en santé publique, où les conditions matérielles et les incitations professionnelles jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre effective.

Malgré ces freins potentiels, des leviers opérationnels existent. La région Hauts-de-France dispose d'un réseau d'acteurs expérimentés dans la lutte contre le tabagisme, d'une offre d'imagerie suffisante selon certains professionnels, et d'équipes pluridisciplinaires mobilisables. À condition de renforcer la coordination et la communication, le programme IMPULSION pourrait devenir un modèle reproductible à plus large échelle.

VII.2 Exigences pour la mise en œuvre du programme à l'échelle nationale

Les résultats issus de cette étude qualitative menée auprès d'acteurs impliqués dans le programme IMPULSION soulignent quelques exigences majeures pour envisager le déploiement du dépistage organisé du cancer du poumon à l'échelle nationale.

D'abord, l'étude montre que la réussite d'un tel programme repose sur un portage clair et fort, garantissant un cadre structurant et une coordination opérationnelle dans les territoires. Les participants expriment une attente nette en ce sens : sans impulsion nationale, l'adhésion au programme risque de rester inégale.

Par ailleurs, le déploiement doit être territorialement adapté, en tenant compte des disparités d'accès aux soins, des ressources disponibles (en imagerie), et des spécificités locales (densité médicale, précarité, zones rurales). Les difficultés évoquées par les professionnels concernant l'accessibilité des publics cibles, la complexité organisationnelle ou encore le manque de relais locaux montrent qu'une approche uniforme serait peu efficace.

L'étude souligne aussi l'importance de mobiliser les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, etc.), en leur proposant des outils simples, un accompagnement adapté et une reconnaissance de leur engagement. Leur rôle est central dans l'adhésion des patients et dans le repérage des personnes éligibles.

Enfin, le besoin d'une communication claire, continue et multicanale est récurrent dans les discours. Une campagne nationale devra informer les citoyens sur les objectifs, les modalités et les bénéfices du dépistage, tout en répondant aux réticences et aux idées reçues liées au cancer du poumon et au tabagisme.

Ces résultats montrent que le passage à l'échelle nationale ne peut se faire sans un pilotage rigoureux, une adaptation aux réalités de terrain, et une implication forte des acteurs de proximité.

VII.3 Limites de l'étude et perspectives de recherche

Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner :

- Elle repose sur un échantillon restreint, essentiellement constitué de professionnels de santé et institutionnels. Si cette approche permet de recueillir des points de vue experts, elle ne donne pas accès à la voix aux publics cibles du programme (personnes fumeuses, précaires, âgées, etc.)
- Les données recueillies sont qualitatives et fondées sur des déclarations. Elles reflètent des perceptions, opinions et projections, et non des comportements ou des résultats mesurés sur le terrain
- Le caractère exploratoire de la recherche ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble du territoire ou de la population professionnelle.

Ces limites ouvrent toutefois des perspectives de recherche intéressantes :

- Réaliser une étude comparative interrégionale, afin d'analyser la transférabilité des constats selon les contextes géographiques et socio-économiques
- Intégrer une approche mixte (qualitative et quantitative) pour mesurer l'impact réel du programme en termes d'adhésion, de détection, de satisfaction ou de réduction des inégalités
- Mener des entretiens ou focus groupes auprès des usagers potentiellement concernés par le dépistage (patients fumeurs, anciens fumeurs, publics précaires), afin de mieux comprendre leurs représentations, leurs réticences ou leurs attentes
- Évaluer l'efficacité des outils de communication, des stratégies "d'aller vers", et des dispositifs d'accompagnement du sevrage tabagique dans le cadre du dépistage

En dépit de ces limites, ce mémoire pose les premières pierres d'une réflexion approfondie sur les conditions de réussite du dépistage organisé du cancer du poumon. Il appelle à

poursuivre les travaux en s'appuyant sur les retours du terrain, les données expérimentales, et les besoins exprimés par les publics concernés.

CONCLUSION

Pour conclure, face à la mortalité élevée liée au cancer du poumon, particulièrement marquée dans les Hauts-de-France, et à la forte prévalence du tabagisme dans cette région, la mise en place d'un programme de dépistage organisé représente un enjeu majeur de santé publique. Le programme pilote IMPULSION, expérimenté dans cette région, s'inscrit dans cette dynamique en testant un modèle de dépistage ciblé par scanner basse dose, conformément aux orientations fixées par la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021–2030.

Ce mémoire a permis, à travers une étude qualitative auprès de professionnels de santé et d'acteurs institutionnels, de mieux comprendre les freins et les leviers à une mise en œuvre efficace de ce dispositif expérimental. Il en ressort que, malgré une adhésion globale au principe d'un dépistage structuré, des obstacles persistants nuisent à son déploiement : manque de clarté organisationnelle, difficultés d'accessibilité pour certains publics, surcharge des professionnels, et insuffisance des relais d'information.

Cependant, les échanges ont aussi mis en évidence plusieurs facteurs facilitants, tels que la mobilisation des professionnels de proximité, la nécessité d'un cadre, l'importance de la coordination territoriale, ainsi qu'un besoin partagé de communication claire et adaptée. Ces résultats indiquent que la réussite du programme IMPULSION, et plus largement d'un éventuel déploiement national, dépendra de la capacité des acteurs à adapter le dispositif aux réalités locales, à valoriser le rôle des professionnels de santé et à intégrer les publics les plus éloignés du soin.

En répondant à la question de recherche posée : quels sont les freins et les leviers à une mise en place efficace du programme pilote IMPULSION dans les Hauts-de-France ? Ce mémoire apporte des enseignements sur les conditions nécessaires à l'implantation d'un dépistage organisé du cancer du poumon. Il invite à poursuivre les réflexions, notamment en associant les usagers et en évaluant les effets du programme sur la participation, l'accès au diagnostic précoce, et la réduction des inégalités sociales de santé.

En définitive, cette étude exploratoire confirme que la réussite d'un tel dispositif repose sur une approche territorialisée, coordonnée et concertée, condition indispensable pour qu'un dépistage aussi ambitieux puisse répondre à l'urgence sanitaire qu'il vise à prévenir.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- OMS. (2023, juin 23). *Cancer du poumon*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer>
- 2- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, Abstract. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- 3- Institut National Du Cancer. (s. d.). *Panorama des cancers en France – Édition 2024*. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-edition-2024>
- 4- Institut National du Cancer. (2025, mars 24). *IMPULSION, le programme pilote de dépistage des cancers du poumon en France*. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-du-poumon/presentation-du-programme>
- 5- Ligue contre le cancer. (2022, janvier 24). *Brochure Le Cancer du poumon*. <https://www.ligue-cancer.net/questce-que-le-cancer/les-types-de-cancer/cancer-du-poumon>
- 6- Cancer, I. N. D. (2023, juillet 4). *L'essentiel*. <https://www.cancer.fr/personnes-malades/les-cancers/poumon/comprendre-la-maladie/l-essentiel>
- 7- Santé publique France. (s. d.). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire—Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990*. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
- 8- Cancer, I. N. D. (s. d.). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030* (pge 16). <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
- 10- APPOLLO HOSPITALS. (s. d.). *Types et stades du cancer du poumon : Un guide complet | Hôpitaux Apollo*. <https://www.apollohospitals.com/fr/health-library/lung-cancer-types-and-stages-a-comprehensive-guide>
- 11- Leleu, O., Couraud, S., Milleron, B., & Gounant, V. (2023). Le dépistage du cancer du poumon : Lung cancer screening. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 15(2, Supplement 1), 2S19-2S24. [https://doi.org/10.1016/S1877-1203\(23\)00126-X](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(23)00126-X)
- 12- Institut Curie. (s. d.). *Traitements du cancer du poumon*. Institut Curie. <https://curie.fr/traitements-du-cancer-du-poumon>
- 13- Cancer, I. N. D. (2018, février 19). *Le choix de vos traitements*. <https://www.cancer.fr/personnes-malades/les-cancers/poumon/traitements/cancer-du-poumon-quels-traitements/le-choix-de-vos-traitements>
- 14- Hartmann, R. (2021, mai 4). *Espérance de vie & stades des cancers du poumon. Institut de Radiothérapie et de Radiochirurgie H. Hartmann | SENY*. <https://radiotherapie-hartmann.fr/actualites/cancer-poumon/les-stades-des-cancers-du-poumon-et-lesperance-de-vie/>

- 15- Ligue Cancer 01. (2021, avril 30). *Les Plans cancer 2003-2030*. <https://liquecancer01.net/les-plans-cancer-2003-2030/>
- 16- Institut National du Cancer. (2024, juin 4). *Les Plans cancer*. <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/les-plans-cancer>
- 17- DUPAYS, S., LEOST, H., & LE GUEN, Y. (s. d.). Le dépistage organisé des cancers en France, Rapport. [RAPPORT IGAS N°2021-059R](#), 1-35.
- 18- Institut National du Cancer. (s. d.-b). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain*. <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
- 19- CRCDC Île-de-France. (2025, juin 2). *IMPULSION, un programme pilote de dépistage du cancer poumon ! DEPISTAGE DES CANCERS Centre de coordination Île-de-France*. <https://depistage-cancers-idf.com/-impulsion-un-programme-pilote-de-depistage-du-cancer-poumon/>
- 21- HAS. (s. d.). Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : [Actualisation de l'avis de 2016. 2022-02.](#)
- 22- Institut National de Cancer. (2024, juillet 11). *DEPKPOUMON24*. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-la-recherche/appels-a-projets-et-a-candidatures/nos-appels-a-projets/depkpoumon242>
- 23- Institut National du Cancer. (s. d.-a). *Le dépistage des cancers du poumon, L'essentiel sur le programme pilote IMPULSION*. https://www.cancer.fr/content/download/107497/file/Depliant_PS_POUMON_148x210_DE_PPSARGUDCP25.pdf?version=1
- 25- IFCT. (2020, février). *Résultats définitifs de l'étude NELSON : l'importante réduction de mortalité spécifique qui résulte du dépistage par scanner LD est maintenant confirmée en Europe*. <https://biblio.ifct.fr/resultats-definitifs-de-letude-nelson-limportante-reduction-de-mortalite-specifique>
- 26- IFCT. (2024, octobre). *La gestion des nodules dans l'étude NELSON : encore des résultats confirmatifs de l'intérêt de cette méthode*. <https://biblio.ifct.fr/la-gestion-des-nodules-dans-letude-nelson-encore-des-resultats-confirmatifs-de>
- 27- Pr REVEL, M., & Pr CHASSAGNON, G. (s. d.). *Programme IMPULSION, information pour les radiologues*. SFR. <https://www.radiologie.fr/pratiques-professionnelles/sfr-actu/programme-impulsion-information-pour-les-radiologues>
- 28- Pr COURAUD, S., & Dr LELEU, O. (2025, mars 20). *Programme IMPULSION (dépistage du cancer du poumon) – appel à centre*. CPHG. <https://cphg.org/programme-impulsion-depistage-cancer-poumon-appel-centre/>
- 29- Institut National du Cancer. (2025b, mars 24). *Votre rôle dans la mise en œuvre du programme IMPULSION*. cancer.fr. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precocce/depistage-du-cancer-du-poumon/le-role-cle-des-professionnels-de-sante>

- 31- ARS Hauts-de-France. (2022, décembre 6). *Cancer en Hauts-de-France*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/cancer-en-hauts-de-france>
- 32- Santé publique France. (2023, juillet 17). *Tabac dans les Hauts-de-France. Données régionales du baromètre 2021. Synthèse*. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2023/tabac-dans-les-hauts-de-france.-donnees-regionales-du-barometre-2021>
- 33- Institut National du Cancer. (2024b, novembre 12). *Reconnaissance d'un cancer en maladie professionnelle*. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/prevention/expositions-professionnelles/reconnaissance-d-un-cancer-en-maladie-professionnelle>
- 34- ARS Hauts-de-France. (2021, juin 23). *Cancers : Dépistage organisé*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/cancers-depistage-organise>
- 35- PIN, C. (2023). L'entretien semi-directif. *LIEPP Methods Brief / Fiches méthodologiques du LIEPP*. <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897>
- 36- IMBERT, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), pge 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- 37- DESCHAMPS, A., EL HAMDAOUI, E., & ISMAILI, G. (s. d.). *Etes-vous un « fort en thème »*. <https://methodo-eiah.unige.ch/?p=623>
- 38- PEQUIGNOT, F., LE TOULLEC, A., BOVET, M., & JOUGLA, E. (s. d.). *La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France*. SPF. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/172637/2276320>
- 39- Dr O Leleu & Valérie Pétigny. (s. d.). *Dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation dans la Somme : DEP KP80*. <https://www.cancer.fr/Media/files/essai-clinique-dep-kp80-visant-a-demontrer-la-faisabilite-du-depistage-organise-du-cancer-du-poumon-par-scanner-basse-dose>

ANNEXES

Annexe 1

Mail de sollicitation – Participation à l'étude de mon mémoire Master
Madame, Monsieur, Dans le cadre de mon mémoire de Master 2 en ingénierie et management de la santé, parcours coordination des trajectoires de santé à l'ILIS Loos, je mène une étude sur les enjeux du déploiement du dépistage organisé du cancer du poumon dans les Hauts-de-France. À ce titre, je souhaiterais recueillir votre point de vue sur ce sujet. Seriez-vous disponible pour participer à mon étude ? L'entretien, d'une durée d'environ 30 minutes, pourra se dérouler en distanciel ou en présentiel, selon vos disponibilités. Afin d'obtenir des réponses les plus spontanées possibles, le thème précis de ma recherche ne sera dévoilé qu'en fin d'entretien. Aucun travail de préparation n'est requis, il s'agira simplement d'échanger sur votre expérience et votre perception des enjeux liés au dépistage organisé. Vous trouverez en pièce jointe un document explicatif qui servira de support pour notre entretien. L'entretien sera enregistré, et toutes les données recueillies seront anonymisées et protégées. À l'issue de mon travail de recherche, ces données seront supprimées. Vous pourrez, à tout moment, choisir de ne plus participer ou de refuser l'utilisation des données vous concernant. En espérant que vous accepterez de contribuer à cette étude, je vous remercie par avance pour votre précieuse participation. Très respectueusement, BYAJE KANYANA Kate kate.byajekanyana@chu-lille.fr UFR3S - Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) Dépliant explicatif programme pilote IMPULSION

Annexe 2

Guide d'entretien semi-directif

1. Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires en matière de dépistage du cancer du poumon en Hauts-de-France ?
2. A votre avis, quels sont les principaux défis liés à la mise en place et le bon fonctionnement du dépistage organisé du cancer du poumon dans notre région ?
3. Selon vous, quels sont les acteurs clés à mobiliser pour assurer un déploiement efficace du dépistage organisé du cancer du poumon ?
4. Avez-vous entendu parler du programme pilote IMPULSION ? Quelles sont vos premières impressions ?
5. Le choix du ciblage du programme vous semble-t-il pertinent ?
6. D'après-vous, quels pourraient être les freins potentiels à l'accès des patients au dépistage organisé ?
7. Quels seraient les leviers pour renforcer l'adhésion des populations ciblées ?
8. Selon vous, en quoi/ comment le programme Impulsion pourrait-il répondre aux principaux besoins et défis du dépistage du cancer du poumon dans les Hauts-de-France ?
9. A votre avis, quelles conditions sont nécessaires pour garantir la pérennité du dépistage organisé une fois la phase pilote terminée ? ou quels seraient les aspects prioritaires à améliorer avant une généralisation du programme ?
10. Avez-vous d'autres remarques ou recommandations à formuler sur la mise en place du dépistage organisé du cancer du poumon ?

Annexe 3

Tableau d'analyse des entretiens

Thèmes	Sous-thèmes	Codes clés	Verbatims
Besoins prioritaires	Nécessité d'un dépistage organisé du cancer du poumon	Pertinence du programme pilote	« Les besoins, c'est d'abord que ça se mette en place. Non mais ça on est d'accord parce que c'est loin d'être acquis » (Professionnel 7) « Alors, moi, je trouve que c'est une très bonne idée. Après, j'ai tout de suite pensé au fait que ça allait probablement représenter un coup important, parce qu'il y a énormément de personnes qui vont être touchées par ce dépistage » (Professionnel 1)
		Légitimer la place du médecin généraliste	« Pour revenir au médecin généraliste, je pense qu'il y a aussi la nécessité de rendre plus légitime sa position dans la prévention et le dépistage » (Professionnel 4)
		Cadrage essentielle	« Un projet de recherche, c'est un cadre contraint, restreint [...] un protocole vraiment à respecter à la lettre pour que derrière il en sorte des données qui permettent après la mise en place d'un dépistage organisé » (Professionnel 10)
	Organisation du dépistage	Portage institutionnel	« Il faut qu'il y ait un portage institutionnel. S'il n'y a pas de portage institutionnel, c'est

			compliqué après » (Professionnel 10)
		Accessibilité, « aller vers »	« La région Hauts-de-France [...] même un niveau socio-économique un petit peu difficile qui fait que les gens vont moins aller chez le médecin par manque de connaissances. Donc aller les chercher, mettre en place ce niveau de dépistage est pour moi essentiel. » (Professionnel 3)
		Simplicité et efficacité de la démarche	« Il faut que ça soit facile pour eux [...] Il ne faut pas qu'ils aient à franchir trois guichets, il ne faut pas que ça soit galère pour se garer, il faut que le rendez-vous soit tenu, etc... Donc tout ça, il faut leur faciliter la vie [...] Voilà, il faut que ça soit efficace. Ils ont été habitués à ça depuis la crise Covid ou d'un coup Doctolib et tout, les résultats tombent en ligne » (Professionnel 8)
	Sensibilisation	Sensibiliser les professionnels	« Je pense qu'il y a vraiment une sensibilisation à faire auprès aussi des médecins généralistes qui suivent leurs patients. Après, il faudra aussi que les médecins spécialisés qui suivent les patients, ou en milieu hospitalier, systématiquement (chez les patients qui sont dans une

			tranche d'âge de dépistage de cancer), on refasse le point justement sur où ils en sont » (Professionnel 1)
		Sensibiliser la population cible, courriers adressés	« Je pense que le premier besoin serait une communication au sens très large, au niveau de la population. En ce qui concerne les dépistages organisés qui existent déjà, il y en a trois [...] les gens ne le savent même pas que c'est un dépistage organisé » (les 3 dépistage sur le plan national) ; (Professionnel 5) « Oui, de toute façon il faudra qu'il y ait des rappels réguliers comme c'est déjà le cas pour les autres cancers » (Professionnel 1)
Choix du ciblage	Critères d'éligibilité	Ciblage pertinent	« Oui, il (ciblage) a été travaillé avec un collectif de professionnels qui sont plus experts » (Professionnel 10) « Les études ont prouvé l'intérêt sur ces populations-là scientifiquement, on est obligé de reprendre ça » (Professionnel 8)
		Population oubliée	« Alors moi je suis un peu biaisée parce que je suis gériatre. Mais effectivement je pense que c'est une tranche d'âge qui est correcte

			[...] on a quand même de plus en plus de personnes âgées pour qui on diagnostique les cancers plus tard. Et ils ne sont plus du tout dans la tranche d'âge des dépistages » (Professionnel 1) « Pour moi, il faudrait élargir le ciblage. C'est trop restreint. » (Professionnel 9)
Rôle des professionnels de santé	Implication des professionnels	Mobiliser les médecins	« La personne clé, c'est le médecin traitant qui connaît bien le patient, au final, je trouve » (Professionnel 1) « Donc je dirai les généralistes, les radiologues, les pneumologues qui vont être en arrière-plan quand on aura trouvé les choses... » (Professionnel 7) « On a d'un côté les pneumologues, les radiologues, la médecine générale et puis après aussi toute la filière tabacologique, de prise en charge du sevrage tabac » (Professionnel 10)
		Pharmaciens relais, premier contact	« Je pense que les acteurs de proximité tels que le pharmacien d'officine, pourraient être un sacré atout » (Professionnel 5) « Mais vraiment la première personne que voit aujourd'hui, et la seule personne que voit quelqu'un

			c'est le pharmacien. Je suis très heureux, depuis une dizaine d'années, d'avoir constaté qu'on arrête de considérer que les pharmaciens sont des marchands, des commerçants de médicaments et de produits. Ils ont retrouvé un rôle dans le système de santé » (Professionnel 2)
		Approche multi professionnelle	« Et d'un point de vue extra médical, ça ne peut pas se faire non plus sans des équipes... équipes peut-être de communication. On va dire de terrains [...] Alors des équipes soignantes, des infirmières, etc. Il faut qu'il y ait un réseau quand même local dans tous les territoires du Nord-Pas-de-Calais » (Professionnel 3)
Obstacles à l'adhésion au dépistage	Professionnels	Absence de rémunération	« Il y a des médecins qui le feront parce que c'est leur travail, c'est important pour eux et ils le feront aussi bien que possible, même s'il n'y a aucun intérêt financier pour certaines choses. Mais il y a aussi une quantité non négligeable qui ne seront pas intéressés. S'ils ne sont pas payés pour le faire, ils ne feront rien » (Professionnel 9) « Et de ce fait là, le facteur financier ne peut pas être négligé. Et qu'il ne faut pas que ce soit une activité qui soit moins rentable que les activités

			qui vont être remplacées » (Professionnel 8)
		Multiplication des acteurs	« Il y a un truc que j'ai vu aussi apparaître avec le cancer du côlon, c'est au début on était les seuls à donner les tests et petit à petit on a autorisé tout le monde à donner des tests. Ça augmente les sources de proposition pour le patient mais ça dilue la responsabilité » (Professionnel 4)
	Population cible	Publics éloignés, refus du suivi	« C'est-à-dire un centre de proximité, un peu comme une mammographie, par exemple, où il peut prendre rendez-vous proche de chez lui parce que ça aussi ça peut être un frein à l'adhésion des patients en pratique » (Professionnel 6) « Mais il y a toute une frange de la population qu'on va avoir plus de mal à toucher et à faire rentrer dans ce dépistage, alors qu'elle a probablement un taux de cancer très élevé, très clairement » (Professionnel 8)
		Adhésion au sevrage tabagique	« L'autre défi, c'est la lutte contre le tabagisme. L'adhésion non pas des patients au protocole, de faire des scanners, mais c'est l'adhésion au sevrage tabagique » (Professionnel 7)

		Facteurs sociaux et environnementaux	« Les freins, c'est le comportement d'un individu quand il est en famille. Si quelqu'un fume dans sa famille et que tout le monde fume, allez lui dire d'arrêter de fumer » (Professionnel 2) « C'est effectivement le milieu social, où on naît, si on n'a pas de boulot, si on est au chômage, si on tourne en rond, si on s'inquiète, faut lever le stress [...] quelqu'un ne peut pas arrêter de fumer si quelque part il n'a pas une prise en charge globale » (Professionnel 2)
		Communication, connaissances	« Premier frein, on en a parlé, c'est la communication, la connaissance que les patients vont avoir. Ce n'est pas aussi simple » (Professionnel 3)
Freins à la mise en place	Motivation des professionnels	Surcharge supplémentaire	« Je ne pense pas que c'est ça qui va faire décider les médecins à se lancer dans le truc. La difficulté, c'est que ce genre d'action, c'est une action en plus. C'est-à-dire que les gens ne viennent pas pour ça » (Professionnel 4)
	Difficulté à déployer	Ressources matérielles et humaines	« Au niveau médical, il faut déjà qu'on ait des radiologues pour faire des scanners thoraciques et des pneumologues pour voir les patients. Il y a beaucoup de patients qui doivent être dépistés et donc il

			va falloir que ces médecins puissent assurer cette coordination-là, enfin ce suivi-là et cette prise en charge-là » (Professionnel 3) « Le problème c'est qu'il va falloir répondre à tout ce qu'on va trouver, tout ce que le scanner va trouver et ça, ce n'est pas simple. Et là on sort à l'organisation des structures, le manque de force vive, de ressources, donc ce n'est pas simple du tout » (Professionnel 7)
		Manque d'information, relais d'information	« L'information, franchement, c'est le gros manque que j'ai [...] Je suis dans un centre privilégié [...] Et pourtant, moi qui suis proche du soleil, je n'ai même pas les infos » (Professionnel 3)
Leviers pour le déploiement		Simplifier la démarche	« D'autre part avoir une démarche simple de diagnostic » (Professionnel 4)
		Ressources médicales	« Mais on a quand même pas mal de ressources, de scanners, d'imagerie, etc. On a pas mal de dispositifs médicaux, donc je pense qu'on pourrait être une région qui pourrait mener à bien ce projet » (Professionnel 1)
		Travail en équipe, prioriser	« ... les généralistes, les radiologues et les pneumologues. Il faut que tout le monde soit concerné, tout le monde soit au

			courant et que tout le monde priorise. Si à un niveau on se dit, oui, on le fait, mais bon, ça nous intéresse moyen, ça va décourager les deux autres » (Professionnel 4)
		Soutien familial	« Parce que quelque part c'est grâce à le soutien de la famille au sens le plus large que quelque part les choses peuvent aller jusqu'au bout » (Professionnel 2) « Il y a des patients qui peuvent être bien entourés aussi. L'entourage peut jouer là-dessus, si c'est un entourage qui est sensibilisé à cette problématique, aux problématiques de santé publique » (Professionnel 6)
	Coordination interprofessionnelle	Nécessité d'une coordination	« Qu'il y ait un coordonnateur, qui coordonne parce que voilà il va y avoir beaucoup d'étapes à mettre en œuvre, beaucoup d'éléments à faire remonter, d'où l'importance que ce soit mis en œuvre comme ça a été prévu » (Professionnel 10)
	Communication, échanges	Explication claire	« En fait, quand on prend le temps d'expliquer, d'une manière générale, les patients ont quand même tendance à plus facilement écouter, mais c'est quelque chose qui prend du temps » (Professionnel 1)

		Accompagnement, relais d'information	« Ça doit peut-être passer par des tissus associatifs, des structures. Je ne sais pas ce qui est prévu dans IMPULSION pour ça, mais ça va être à mon avis une étape clé » (Professionnel 3)
	Pérenniser le dépistage	Collaboration des professionnels	« Ce qui est important dans le déploiement, c'est que l'ensemble des professionnels travaillent tous ensemble sur le même but » (Professionnel 10)
		Pertinence du modèle économique	« Il faut que le modèle économique soit viable. Je l'ai dit en préambule, mais ça reste vrai. C'est une activité qui mérite, pas plus, pas moins que les autres, une rétribution associée » (Professionnel 8)
Spécificités régionales	Prévalence du tabagisme	Population fumeur	« Qu'on a malheureusement une région où on a beaucoup de comorbidité chez nos patients et beaucoup de tabagisme » (Professionnel 3)
	Accès au dépistage	Inégalités d'accès	« Mais dès que vous êtes en dehors de Lille, le train, ce n'est pas facile d'accès. La route, ce n'est pas simple. Le train, ça ne correspond pas aux patients. S'ils ne pas à côté d'un métro, c'est un petit peu foutu. Se garer, c'est compliqué. » (Professionnel 8)

Titre : Les enjeux du déploiement du dépistage du cancer du poumon dans les Hauts-de-France**Title** : Challenges of implementing organized lung cancer screening in Hauts-de-France**Mots-clés** : Cancer du poumon – Dépistage organisé – Hauts-de-France – Programme pilote IMPULSION – Tabac**Keywords** : Lung cancer – Organized screening – Hauts-de-France – IMPULSION pilot program – Tobacco**Résumé :**

Contexte : Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer en France. Afin de réduire significativement son mauvais pronostic et d'en améliorer sa prise en soins, l'Institut national du cancer (INCa) a annoncé, en début d'année, le lancement d'un programme pilote de dépistage du cancer du poumon, intitulé IMPULSION. Ce programme repose sur la réalisation d'un scanner thoracique à faible dose chez les populations à risque. Il vise à détecter plus précocement les cancers et augmenter les chances de survie.

Méthode : Etude qualitative a été menée auprès d'acteurs concernés par la thématique, sur le territoire. Dix entretiens semi-directifs ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien construit autour des principaux enjeux liés au déploiement du dépistage. Les données recueillies ont été analysées selon une approche thématique.

Résultats : Les entretiens menés auprès des différents acteurs impliqués ont permis de faire émerger sept thématiques majeures, reflétant à la fois les freins et les leviers au déploiement d'un dépistage organisé du cancer du poumon dans les Hauts-de-France.

Discussion : Malgré les freins identifiés, plusieurs leviers opérationnels ont été mis en évidence. Le programme IMPULSION pourrait devenir un modèle reproductible à plus grande échelle, à condition de renforcer la coordination entre les acteurs et d'améliorer la stratégie de communication. La région Hauts-de-France apparaît comme un territoire stratégique pour expérimenter et consolider ce programme pilote.

Conclusion : cette étude qualitative confirme que la réussite d'un tel programme repose sur une approche territorialisée, coordonnée et concertée. Des conditions indispensables pour qu'un programme de dépistage aussi ambitieux puisse répondre efficacement à l'enjeu de santé publique qu'il vise à prévenir.

Abstract :

Background : Lung cancer is the leading cause of cancer-related death in France. In order to significantly improve its prognosis and enhance patient care, the French National Cancer Institute (INCa) announced earlier this year the launch of a pilot lung cancer screening program called IMPULSION. This program is based on the use of low-dose chest CT scans for individuals at high risk. Its objective is to enable earlier detection of lung cancer and thereby increase survival rates.

Method : A qualitative study was conducted with actors concerned by the theme, within the region. Ten semi-structured interviews were carried out using an interview guide focused on the main issues related to the deployment of such screening. The collected qualitative data were analyzed using a thematic approach.

Results : The interviews conducted with the various actors involved revealed seven major themes, highlighting both the barriers and facilitators to the implementation of organized lung cancer screening in Hauts-de-France.

Discussion : Despite the identified barriers, several operational enablers were brought to light. The IMPULSION program could serve as a reproducible model on a bigger scale, provided that coordination among actors is strengthened and communication strategies are improved. The Hauts-de-France region appears to be a particularly strategic area for piloting and consolidating this program.

Conclusion : This qualitative study confirms that the success of such program relies on a territorial, coordinated, and collaborative approach. These conditions are essential to ensure that an ambitious screening initiative can effectively address the public health issue it aims to prevent.

Directeur de mémoire : Dr Catherine GIRES