

**Dépistage individuel du cancer pulmonaire :
étude des pratiques auprès des médecins généralistes de Corse**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 20 Décembre 2024

Par Madame Stella PIERANDREI

Née le 20 juillet 1994 à Ajaccio (2A)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CHANEZ Pascal

Président

Monsieur le Professeur Associé BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur MORETTI-CIABRINI Marie-Christine

Directeur

**Dépistage individuel du cancer pulmonaire :
étude des pratiques auprès des médecins généralistes de Corse**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 20 Décembre 2024

Par Madame Stella PIERANDREI

Née le 20 juillet 1994 à Ajaccio (2A)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CHANEZ Pascal

Président

Monsieur le Professeur Associé BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur MORETTI-CIABRINI Marie-Christine

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
		Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : Pr. Bruno FOTI

Directeurs adjoints : Pr. Michel RUQUET
: Pr. Anne RASKIN

Chargés de mission

- Formation initiale : Pr. Michel RUQUET
- Recherche : Pr. Anne RASKIN
- Formation continue : Pr. Frédéric BUKIET
- Relations internationales : Pr. Hervé TASSERY
- Internat et diplômes d'études spécialisées : Pr. Virginie MONNET-CORTI
- Affaires générales : Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice : Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : Pr. Laurent BENSOUSSAN

Directrice Adjointe : Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : Pr. Sébastien COLSON

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEJOU Jacques
	ALBANESE Jacques		DELPERO Jean-Robert
	ALDIGHERI René		DESSEIN Alain
	ALESSANDRINI Pierre		DELARQUE Alain
	ALLIEZ Bernard		DENIS Danièle
	AMBROSI Pierre		DESSI Patrick
	AQUARON Robert		DEVIN Robert
	ARGEME Maxime		DEVRED Philippe
	ASSADOURIAN Robert		DJIANE Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		DONNET Vincent
	AUTILLO-TOUATI Amapola		DUCASSOU Jacques
	AZORIN Jean-Michel		DUFOUR Michel
	BAILLE Daniel		DUMON Henri
	BAILLE Yves		DURAND Jean-Marc
	BARDOT Jacques		ENJALBERT Alain
	BARDOT André		ERARD Jacques
	BERARD Pierre		FAUGERE Gérard
	BERGOIN Maurice		FAVRE Roger
	BERLAND Yvon		FIECHI Marius
	BERNARD Dominique		FARNARIER Georges
	BERNARD Jean-Louis		FIGARELLA Jacques
	BERNARD Pierre-Marie		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERTRAND Edmond		FONTES Michel
	BISSET Jean-Pierre		FOUREL Jean
	BLANC Bernard		FRANCES Yves
	BLANC Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BOLLINI Gérard		FUENTES Pierre
	BONGRAND Pierre		GABRIEL Bernard
	BONNEAU Henri		GALINIER Louis
	BONNET Jean-Louis		GALLAIS Hervé
	BONNOIT Jean		GAMERRE Marc
	BORY Michel		GARCIN Michel
	BOTTA Alain		GARNIER Jean-Marc
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GAUTHIER André
	BOUBLI Léon		GERARD Raymond
	BOURGEADE Augustin		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOUVENOT Gilles		GIUDICELLI Sébastien
	BOUYALA Jean-Marie		GOUDARD Alain
	BREMOND Georges		GOUIN François
	BRICOT René		GRILLO Jean-Marie
	BRUNET Christian		GRIMAUD Jean-Charles
	BUREAU Henri		GRISOLI François
	CAMBOULIVES Jean		GROB Jean-Jacques
	CARTOUZOU Guy		GROULIER Pierre
	CAU Pierre		GUYS Jean-Michel
	CHABOT Jean-Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	CHAMLIAN Albert		HARLE Jean-Robert
	CHARPIN Denis		HASSOUN Jacques
	CHARREL Michel		HEIM Marc
	CHAUVEL Patrick		HOUEL Jean
	CHOUX Maurice		HUGUET Jean-François
	CIANFARANI François		JAQUET Philippe
	CLAVERIE Jean-Michel		JAMMES Yves
	CLEMENT Robert		JOUE Paulette
	COMBALBERT André		JUHAN Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		JUIN Pierre
	CORRIOL Jacques		KAPHAN Gérard
	COULANGE Christian		KASBARIAN Michel
	CURVALE Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CRAVELLO Ludovic		LACHARD Jean
	DALMAS Henri		LAFFARGUE Pierre
	DE MICO Philippe		LAUGIER René

PROFESSEURS HONORAIRES

MM LE TREUT Yves
LEGRE Régis
LECHEVALLIER Eric
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARIANI Paul
MARTIN Claude
MARTINI Louis
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHEL Jean
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe

MM RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

2023

M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2024
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2024
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2024
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2024
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2024
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2024

EMERITAT

2024

Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2025
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2025
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2025
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2025

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYOT-CECCALDI Laurent
AMABILE Philippe	COUDERC Anne-Laure	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	CUNY Thomas	HOUVENAEGHEL Gilles
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HRAIECH Sami
AUDOIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JOUE Jean-Luc
AZULAY Jean-Philippe	DAUMAS Aurélie	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DAVID Thierry	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'ERCOLE Claude	KERBAUL François (détachement)
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DEHARO Jean-Claude	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DELAPORTE Emmanuel	LAGIER David
BARTOLI Michel	DEVILLIER Raynier	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BAT Flora	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBOURG Grégory	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DUFOUR Henry	LE GALL Michel
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	ESCLASSAN Rémi	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BIRNBAUM David	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BLAISE Didier	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BLANC Julie	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLONDEL Benjamin	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BOISSIER Romain	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FOTI Bruno	MEYER/DUTOIR Anne
BONELLO Laurent	FOURNIER Pierre-Edouard	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOULATE David	FRANCESCHI Frédéric	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane (disponibilité)	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MONNET-CORTI Virginie
BUKIET Frédéric	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	NGUYEN Karine
CERMOLACCE Michel	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHANEZ Pascal	GONZALEZ Jean- Michel	PAGANELLI Franck
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRAILLON Thomas	PAPAZIAN Laurent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	PAROLA Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	PELLETIER Jean
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	PERRIN Jeanne
CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis	PESENTI Sébastien

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PETIT Philippe	RUQUET Michel	TROPIANO Patrick
PHAM Thao	SALAS Sébastien	<i>TSIMARATOS Michel (détachement)</i>
PHILIP-ALLIEZ Camille	SARLON-BARTOLI Gabrielle	TURRINI Olivier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VALERO René
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VELLY Lionel
POINSO François	SIELEZNEFF Igor	VEY Norbert
RADULESCO Thomas	SIMON Nicolas	VIDAL Vincent
RANQUE Stéphane	STEIN Andréas	VIENS Patrice
RASKIN Anne	SUISSA Laurent	VILLA Antoine
REGIS Jean	TABOURET Emeline	VILLANI Patrick
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	VITON Jean-Michel
REYNAUD Rachel	TARDIEU Corinne	VITTON Véronique
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TARDIVO Delphine	<i>VIEHWEGER Heide Elke (détachement)</i>
<i>RICHERI Raphaëlle (disponibilité)</i>	TASSERY Hervé	<i>VIVIER Eric (disponibilité)</i>
ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCH Antoine	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCHWERGER Richard	TOMASINI Pascale	
ROLL Patrice	TOSELLO Barthélémy	
ROSSI Dominique	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah (<i>disponibilité</i>)	GAUBERT Jacques	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	NOIRRI-ESCLASSAN Emmanuelle
ANTEZACK Angéline	GELSI/BOYER Véronique	NOUGAIREDE Antoine
APPAY Romain	GIRAUD Thomas	PAULMYER/LACROIX Odile
ARCANI Robin	GIRAUDEAU Anne	PEDINI Pascal
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	PIZZO Francesca
BALLESTER Benoît	GOROKHOVA Svetlana	POMMEL Ludovic
BARON Sophie	GOURIET Frédérique	PRECKEL Bernard-Eric
BEGE Thierry	GRIMALDI Stéphane	PROST Solène
BELLONI Didier	GUERIN Carole	RE Jean-Philippe
BENYAMINE Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	RESSEGUIER Noémie
BLANCHET Isabelle	GUIBVARC'H Maud	ROBERT Philippe
BOBOT Mickael	GUIVARCH Jokthan	ROBERT Thomas
BOHAR Jacques	HABERT Paul	ROCHE-POGGI Philippe
BONINI Francesca	HAK Jean-François	ROCHIGNEUX Philippe
BOUCRAUT Joseph	HAUTIER Aurélie	ROMANET Pauline
BOULAMERY Audrey	HEIM Xavier	SABATIER Renaud (<i>disponibilité</i>)
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	SARI-MINODIER Irène (<i>détachement</i>)
BOUSSEN Salah Michel (<i>détachement</i>)	JACQUOT Bruno	SAULTIER Paul
BUFFAT Christophe	JALOUX Charlotte	SAVEANU Alexandru
CAMILLERI Serge	JARROT Pierre-André	SILVESTRI Frédéric
CAMOIN Ariane	KASPI-PEZZOLI Elise	STELLMANN Jan-Patrick
CAMPANA Fabrice	KORCHIA Théo	STEPHAN Grégory
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	SUCHON Pierre
CASAZZA Estelle	LABIT-BOUVIER Corinne	TOSELLO Alain
CASSAGNE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUDE Lucas
CATHERINE Jean-Hugues	LAGARDE Stanislas	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHOPINET Sophie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VELY Frédéric
CHRETIEN Anne-Sophie	LAMBERT Isabelle	VENTON Geoffroy
COZE Carole	LAN Romain	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAURENT Michel	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEHARO Pierre	LORENZO Diane	
DELLIAUX Stéphane	LUCIANI Léa	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DUONSEIL Pauline	MALISSEN Nausicaa	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André (<i>disponibilité</i>)	
ELDIN Carole	MEGE Diane	
FOLETTI Jean- Marc	MENSE Chloé	
FRANKEL Diane	MENU Estelle	
FROMNOT Julien	MORAND-HUGUET Aurélie	
GARCIAZ Sylvain	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
GASTALDI Marguerite	NETTER Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	LAVERNY Oskar	THOLLON Lionel
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	ZAKARIAN Carole
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	
DESNUES Benoît	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
DE LAPEYRIERE Camille
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

PARDOUX Eric
SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH) GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) <i>disponibilité</i> THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF) SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) <i>disponibilité</i> XERRI Luc (PU-PH) APPAY Romain (MCU-PH) DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) <i>disponibilité</i>	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) DUBOURG Grégory (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>disponibilité</i> ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) <i>disponibilité</i> BARON Sophie (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) LUCIANI Léa (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoît (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
BRUDER Nicolas (PU-PH) LAGIER David (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH) ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH) BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) <i>détachement</i>	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH) BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MARLINGE Marion (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)	ROLL Patrice (PU-PH)
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)	FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIostatistiques, Informatique Médicale ET Technologies de Communication 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)
 LAVERNY Oskar (MCF)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

PROST Solène (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 TABOURET Emeline (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
 SABATIER Renaud (MCU-PH) disponibilité

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 BIRNBAUM David (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 CHOPINET Sophie (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

LORENZO Diane (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GOROKHOVA Svetlana (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

NETTER Antoine (MCU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GARCIAS Sylvain (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 PEDINI Pascal (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH) disponibilité

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 HEIM Xavier (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
 KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
 VILLA Antoine (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH) détachement

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH) Retraite 1/12/2024
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 Direction Administrative - RH

MEDECINE GENERALE 5303	NEPHROLOGIE 5203
GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)	BRUNET Philippe (PU-PH)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)	BURTEY Stéphane (PU-PH)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)	DUSSOL Bertrand (PU-PH)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)	JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)	MOAL Valérie (PU-PH)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	BOBOT Mickael (MCU-PH)
DE LAPEYRIERE Camille (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	ROBERT Thomas (MCU-PH)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	NEUROCHIRURGIE 4902
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	DUFOUR Henry (PU-PH)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	FUENTES Stéphane (PU-PH)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	GRAILLON Thomas (PU PH)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	REGIS Jean (PU-PH)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
NUTRITION 4404	SCAVARDA Didier (PU-PH)
BELIARD Sophie (PU-PH)	CARRON Romain (MCU PH)
DARMON Patrice (PU-PH)	TROUDE Lucas (MCU-PH)
VALERO René (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	AUDOIN Bertrand (PU-PH)
MEZOUAR Soraya (65ème section)	AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	CECCALDI Mathieu (PU-PH)
DAVID Thierry (PU-PH)	EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
	FELICIAN Olivier (PU-PH)
	PELLETIER Jean (PU-PH)
	SUISSA Laurent (PU-PH)
	GRIMALDI Stéphane (MCU-PH)
	MAAROUF Adil (MCU-PH)
	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
	BAT Flora (PU-PH)
	DA FONSECA David (PU-PH)
	POINSO François (PU-PH)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	BOURVIS Nadège (PR associée)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)	GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
MICHEL Joly (PU-PH)	

NICOLLAS Richard (PU-PH)
RADULESCO Thomas (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH) disponibilité
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MENU Estelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PARDOUX Eric (ATER)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH) détachement

COZE Carole (MCU-PH)
MORAND-HUGUET Aurélie (MCU-PH)
SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)
PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) disponibilité

KORCHIA Théo (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)

STELLMAN Jean-Benoît (MCU-PH)
Direction Administrative - RH

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

ARCANI Robin (MCU-PH)

MAJ 01.09.2024

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David

ZAKARIAN Carole (MCF)

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)
AMANIA Audrey (LRU)
SCHWINGROUBERT Jocelyn (LRU)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
TARDIVO Delphine (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 65

ABOUT Imad (PR)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
RASKIN Adrien (PU-PH)
Direction Administrative - RH

MAJ 01.09.2024

RUQUET Michel (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)

BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAudeau Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Chanez, je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bargier, je vous suis infiniment reconnaissante de votre disponibilité et d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse, le **Docteur Ciabrini-Moretti**.

Marie-Christine, je ne pourrais jamais assez te remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci depuis le tout premier jour de m'avoir fait confiance, que ça soit sur cette thèse ou durant tes remplacements au sein du cabinet.

Merci de m'avoir motivé à me lancer et d'avoir toujours été présente pour moi.

C'est un honneur d'avoir pu travailler à tes côtés et je suis touchée de la marque de confiance que tu as toujours eue envers moi en me laissant gérer ta patientèle qui t'es si chère à de nombreuses reprises.

Merci de m'avoir fait grandir professionnellement, j'aimerais devenir dans le futur un médecin aussi impliqué médicalement et humainement que toi.

Au Dr Carlini, Laurent, merci à toi de m'avoir toujours fait confiance, des gardes aux urgences en tant qu'interne aux remplacements puis à la Maison médicale de Garde.

Je me rappellerai toujours les bons moments et les fous rires passés à tes côtés au cabinet, de nos pauses entre deux patients et aux déjeuners toujours très équilibrés.

Merci à toi aussi de m'avoir aidé à me lancer sur ce travail et de l'avoir toujours suivi avec ta bienveillance et ton aide si précieuse. On va enfin se le faire cet apéro !

Aux Docteurs Dominique POGGI et Dominique RAMIS.

Avoir passé deux semestres d'internat avec vous en cabinet a été un apprentissage fabuleux aussi bien sur le plan professionnel que personnel.

J'ai découvert la médecine générale et la gestion d'un cabinet avec vous, j'ai grandi grâce à vous et si je suis le médecin que je suis aujourd'hui vous n'y êtes pas pour rien.

Je souhaite à tout le monde d'avoir des maîtres de stage comme vous, qui m'avez impliquée à vos côtés dès le début puis qui m'ont fait encore plus confiance par la suite.

Pour tout cela un grand merci du fond du cœur.

A Denis, merci de votre confiance et gentillesse envers moi dès la fin de mon internat.

Merci de me laisser le flambeau de votre cabinet, à notre collaboration depuis 2 ans et à une prochaine page qui va bientôt s'ouvrir. Je saurais en être digne et vous rendre fier.

Aux différents services où j'ai eu la chance de passer durant mon internat :

Au service des urgences du CHU Timone à Marseille. Un grand merci à toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont vu grandir pendant mon premier semestre, à cette crise COVID qui nous aura tous affecté.

Je suis reconnaissante d'avoir pu m'épanouir et progresser grâce à vous.

Au service des urgences pédiatriques du CHU Timone. Merci de m'avoir appris à ne plus paniquer devant un être de petite taille et d'être maintenant rodée à (presque) toutes les situations.

Au service de gynécologie du CH d'Ajaccio. Merci à cette équipe géniale de médecins, infirmières et aides-soignantes. Merci les filles de m'avoir tant appris sur un domaine jusqu'à là inconnu et de m'avoir fait tant progresser. A toutes ces gardes, ces pauses, ces goûters et ces fous rires, encore merci pour tout !

Au service de médecine polyvalente du CH d'Ajaccio. Merci aux équipes géniales médicales comme paramédicales. Une pensée surtout pour le Dr Lecomte.

Marie Jo, la plus humaine et la plus accessible des chefs de service, merci de l'honneur que tu m'as fait en faisant de moi ton binôme, alors que je n'étais qu'une jeune interne.

Merci de m'avoir laissé gérer un nombre impressionnant de situations qui m'ont toutes fait progresser, merci de ta bienveillance à mon égard et de ta confiance sans faille.

A mes parents, résumer tout ce que je pense de vous sur ces remerciements de thèse serait beaucoup trop long.

Merci d'avoir été là du premier jour où je vous ai annoncé vouloir faire médecine à ce jour si spécial.

Merci de votre soutien sans faille sur tous les plans.

Merci de votre confiance au quotidien, sans vous je ne me tiendrais pas ce jour devant vous tous.

Pour tout ce que vous m'avez donné depuis 30 ans maintenant, merci d'avoir fait de moi la femme et le médecin que je suis aujourd'hui, vous m'avez tellement apporté et donné.

Pour tout cela et pour tout le reste à venir, en espérant que vous êtes fiers de votre petite fille devenue grande. Je vous aime fort.

A Jo, petit chou, merci d'avoir été à mes côtés durant ces derniers mois compliqués, merci de ton soutien.

Merci de m'avoir poussé à avancer et de me tirer vers le haut.

Merci de me supporter au quotidien (chose pas si évidente que ça) et de me suivre dans tous mes délires.

A tous les bons moments passés ensemble et tous les autres à venir.

Je t'aime.

A Camille, merci d'avoir été là du début de mon externat à la fin de mon internat. A toutes ces belles années passées tous les deux que je n'oublierai jamais.

Merci beaucoup d'avoir été un pilier pour moi.

A Raphaëlle, au bout de presque 20 ans d'amitié on peut dire que plus qu'une amie tu es une sœur pour moi.

Depuis ce petit mot en 6^{ème} me demandant d'être ta meilleure amie à nos 30 ans la vie nous a fait avancer et devenir les femmes qu'on est aujourd'hui.

A tout ce qu'on a vécu ensemble, à nos bons comme mauvais moments, à nos délires, à nos confidences. On a grandi l'une avec l'autre et nos routes ne se sont jamais éloignées.

Un proverbe dit qu'il n'y a pas de meilleur miroir qu'un véritable ami.

A mon double, toi qui as toujours été là pour moi, à nous deux pour toujours !

A tes parents et ton frère qui sont comme une deuxième famille à mes yeux.

Merci pour tout !

A Pauline, merci pour tout ce qu'on a vécu durant les dix dernières années.

Depuis le lycée, puis sur les bancs de la faculté de Corte puis à Paris et maintenant à Ajaccio on ne s'est jamais quittées.

A toutes nos aventures, nos fous rires, nos sorties, nos voyages et tant d'autres choses.

Merci d'être une amie aussi importante pour moi au quotidien.

On est arrivés toutes les deux à 18 ans sur les bancs de la faculté indécises, nous voilà toutes les deux Docteurs, preuve qu'on a plutôt bien réussi même si c'était pas gagné d'avance.

A nous deux pour de belles années à venir.

A Tiffany, merci pour tous les bons moments passés ensemble durant ces dernières années.

A tout ce qu'on a traversé de Paris à Ajaccio, de Marrakech à Calvi et j'en passe.

A notre trio endiablé, à nos délires, à nos discussions improbables et à tes histoires toujours plus drôles les unes que les autres.

Aux "on se fait un truc tranquille" qui dégénèrent toujours.

A ton grain de folie, à ta bonne humeur communicative qui ne te quitte jamais.

Merci d'être à mes côtés et de ne m'avoir jamais lâché.

A Marine, a une amitié qui dure depuis la maternelle, à nous trois, à S.M.R.

A tout ce qu'on a vécu, à ta gentillesse. Merci pour toutes ces belles années.

Loin des yeux mais près du cœur.

A Clara, une des plus belles rencontres de mon internat, tant de points communs et de bons moments passés avec toi.

D'un point de vue professionnel, merci de ta gentillesse, merci de m'avoir épaulé tout au long de cette thèse. Merci d'avoir pris le temps de m'aider et de me conseiller comme tu l'as fait.

D'un point de vue moins sérieux : à nos apéros, au vin blanc, à nos soirées sans fin, à la danse contre les poteaux, aux gueules de bois en semaine, aux téléphériques, aux volcans et bien sûr aux lunettes cœur. Merci pour tout ça !

A Laura, mon coup de cœur de l'internat, depuis notre première rencontre aux urgences de la Timone. On a grandi et évolué depuis mais malgré la distance notre amitié n'a pas pris une ride. A toutes ces gardes passées en ta compagnie, à nos rigolades, à nos aventures depuis, à tes peines de cœur et j'en passe.

Merci pour ta bienveillance envers moi, merci d'avoir toujours été là pour me redonner confiance.

Merci pour ton amitié sincère, à nos soirées et voyages à venir.

A Mathilde, mon petit rayon de soleil de gynécologie que je n'ai pas quitté depuis.

Au marché de Noël, aux chats (et surtout Charlie), à nos goûters et après-midis thé et surtout à ta gentillesse sans faille.

Merci d'être une amie aussi attentionnée envers moi. Tu es une personne en or.

A Aurélia, à la couleur mauve et aux paillettes, à nos 30 ans endiablés, au vin blanc et au Martini, à nos rigolades et à tout ce qui est à venir dans le futur.

Merci pour ton soutien et ta joie de vivre au quotidien.

A Julie, a notre amitié depuis le premier jour de maternelle. Entre nous l'amitié n'a pas d'âge et malgré des hauts et des bas, merci d'être encore là et d'avoir parcouru tout ce chemin avec moi.

A Margot, ma partner in crime de Paris, toi qui as su me faire aimer cette ville alors que ce n'était pas gagné. J'ai passé 5 années magnifiques à tes côtés que je ne pourrais jamais oublier. Décrire tout ce qu'on a vécu ensemble serait trop long : nos stages à l'hôpital, nos journées à bosser mais aussi tellement de fous rires, ta bonne humeur, nos histoires rocambolesques, nos apéros et soirées parisiennes, nos weekends campagne et j'en oublie...

Te revoir est toujours un plaisir immense pour moi, merci de m'avoir soutenu pendant cette thèse avec tes bons conseils.

A Sophia, ma petite cardiologue préférée. A notre duo incassable, à notre trio infernal avec Margot. A tout ce qu'on a vécu qui restera à jamais gravé en moi, merci pour tout ce que tu m'as apporté.

Jamais 203, à jamais 12 rue de l'Éperon.

A Justine, un petit bout de femme en or. A tout ce qu'on a vécu pendant l'externat, des chaises de la BU aux sous colles du dimanche soir, des soirées médecine au CRIT tu as toujours été là à mes côtés jusque sur les trottinettes parisiennes.

A Gabi, des bancs de la fac de Corte jusqu'à l'amphi de Paris puis durant cette nouvelle aventure marseillaise tu as toujours été présente pendant toutes ces années.

Merci pour tout, merci à tous nos bons moments passés.

A Momo, mon ami durant toutes ces années parisiennes. Mon allié sur tellement de points. Merci d'avoir toujours été là pour moi, garde toujours ta bonne humeur et ta folie.

Yves Saint Laurent a dit : "L'amour, le plus important dans la vie. Non, l'amitié est plus importante encore".

Merci du fond du cœur à tout le monde d'être encore là à mes côtés.

Pour tous ceux présents ce jour merci de me suivre au quotidien.

A vous, à nous. A nos aventures à venir.

JE VOUS AIME FORT.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	3
1.	Épidémiologie	3
2.	Facteurs de risque	5
3.	Différents types de cancer	7
4.	Dépistage du cancer pulmonaire	8
	A. Études précédemment réalisées	8
	B. Le dépistage organisé	11
	C. Objectifs	13
II.	MATERIEL ET METHODES	15
1.	Schéma de l'étude	15
2.	Population cible	15
3.	Recueil des données	15
4.	Méthode d'analyse des données	16
III.	RESULTATS	17
1.	Caractéristiques de l'échantillon	17
2.	Pratiques concernant le dépistage	18
3.	Examens de dépistage	26
4.	Connaissances en matière de dépistage	29
5.	Opinion des médecins généralistes	32
6.	Prévention du sevrage tabagique	36
7.	Remarques facultatives	39

IV.	DISCUSSION	40
	1. Résultats principaux	40
	2. Biais	43
	3. Littérature	44
	4. Perspectives	47
V.	CONCLUSION	50
VI.	BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES		57
ABREVIATIONS		64
LISTE DES TABLEAUX		65

I. INTRODUCTION

1. Épidémiologie

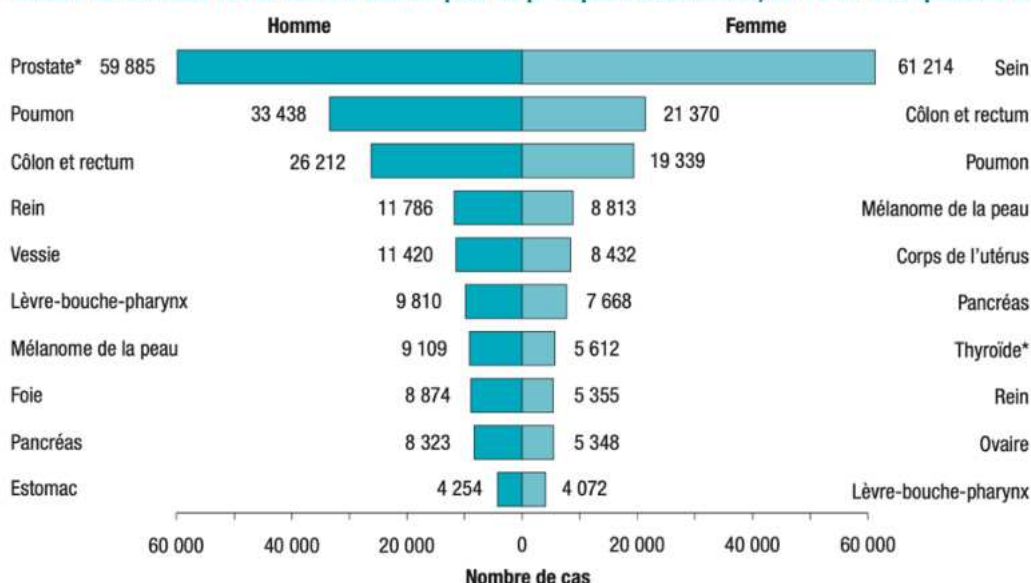
Le cancer du poumon est actuellement le 3^{ème} cancer en France en termes d'incidence tous sexes confondus. Dans le monde il représente 2,1 millions de nouveaux cas chaque année.

En 2023, d'après Santé Publique France, 52 777 nouveaux cas de cancer pulmonaire ont été estimés. (1)

Il est le 2^{ème} cancer chez l'homme avec 33 438 nouveaux cas derrière le cancer de la prostate et le 3^{ème} chez la femme avec 19 339 nouveaux cas derrière le cancer du sein et le cancer colo-rectal.

Figure 1

Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France métropolitaine en 2023



* Pour la prostate et la thyroïde, le nombre de cas est une estimation pour 2018 (et non 2023).

L'incidence est relativement stable depuis les années 1980 chez l'homme voire a tendance à diminuer légèrement depuis 2015 (-0,5% par an) mais est en hausse constante chez la femme avec un écart qui tend donc à se resserrer (+ 4,3% par an).

L'évolution des cas de ce cancer dans la population féminine pose question. Ce phénomène est essentiellement lié à l'augmentation de la consommation tabagique des femmes ces dernières décennies.

L'âge médian au moment du diagnostic est de 68 ans chez l'homme et 66 ans chez la femme.

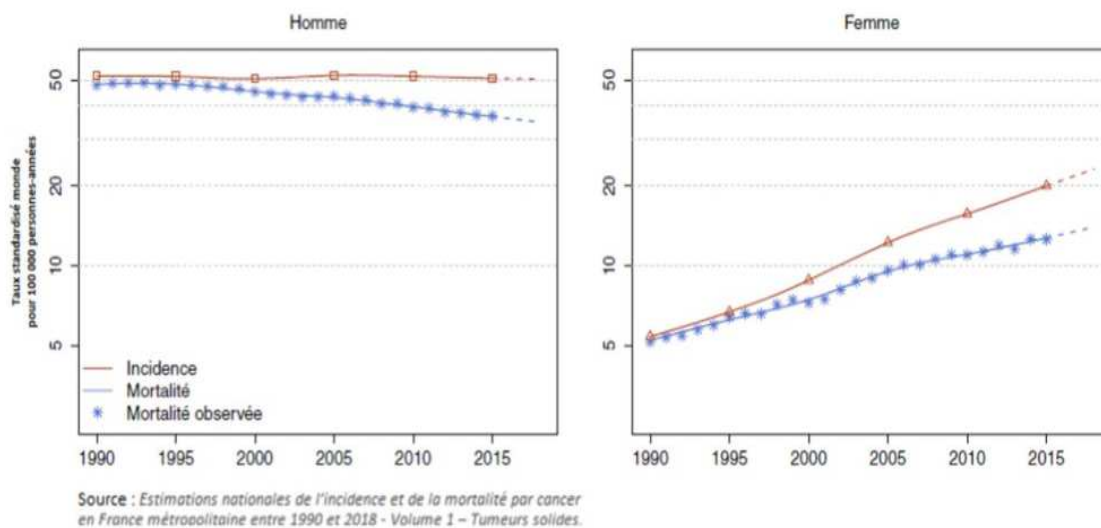
En termes de mortalité, on dénombre 33 117 décès par cancer du poumon estimés selon les derniers chiffres publiés en 2018 (22 761 hommes et 10 356 femmes).

Le taux de mortalité entre 1990 et 2018 s'élève à -1,6 % par an en moyenne chez l'homme et +3 % par an en moyenne chez la femme. (2)

Le taux de survie nette à 5 ans augmente mais reste mauvais : 20 % chez les patients diagnostiqués entre 2010 et 2015 (18 % pour les hommes, 24 % pour les femmes).

L'âge médian au moment du décès est de 69 ans chez l'homme et 68 ans chez la femme.

Le cancer du poumon est donc la première cause de mortalité par cancer en France et dans le reste du monde également tous sexes confondus avec 1,8 millions de décès par an.

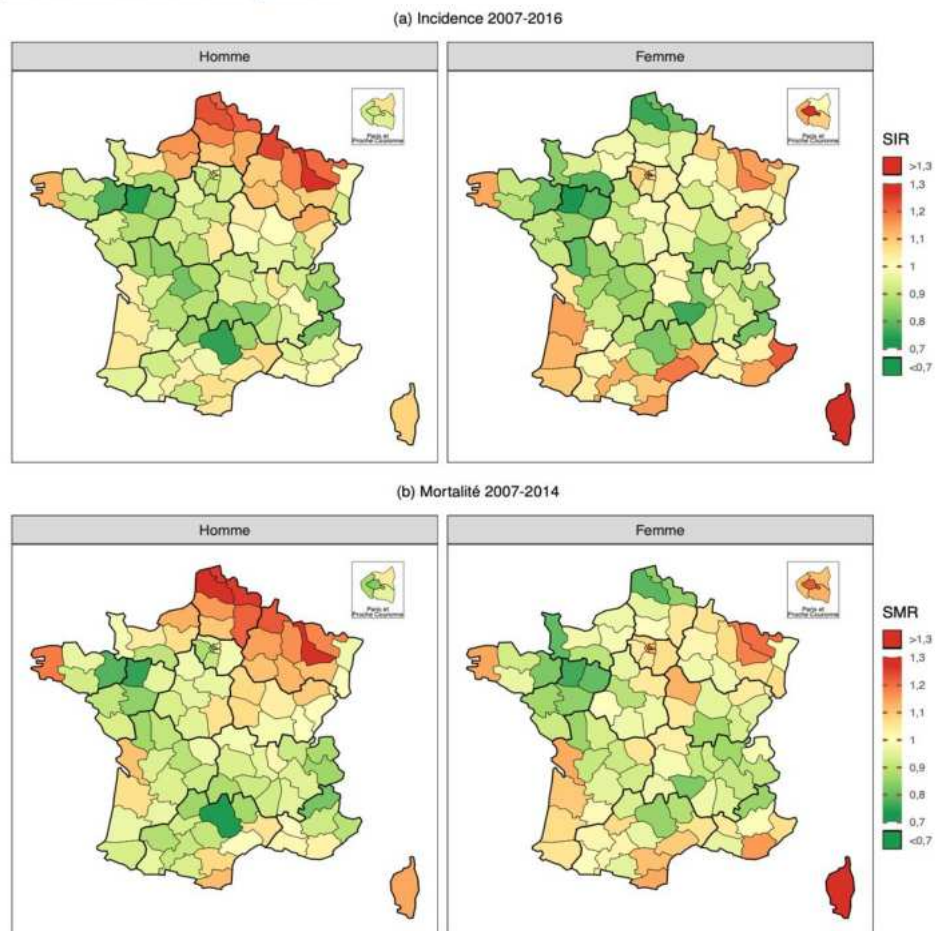


Au niveau régional, la Corse est une des régions les plus impactées de France majoritairement chez la femme.

Par rapport au niveau national, le cancer du poumon a une sur-incidence de 9 % chez les hommes et de 36% chez les femmes.

Concernant la surmortalité elle est de 16% chez les hommes et de 31 % chez les femmes. (3)

Poumon : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



2. Facteurs de risque

Le paradoxe de ce cancer est qu'il représente un problème majeur de santé publique par sa fréquence et son pronostic sombre alors qu'il est accessible à la prévention primaire, puisque son principal facteur de risque, le tabac, est clairement identifié et évitable. (4)

Le tabagisme actif est responsable de 85% des cancers pulmonaires.

Les facteurs de risques principaux en termes de carcinogénèse sont l'âge de début du tabagisme et la durée.

La quantité de tabac augmente le risque de développer un cancer avec un facteur à la puissance deux, alors que la durée d'exposition le multiplie avec un facteur à la puissance quatre. (5)

Après l'arrêt du tabac, le risque de développer un cancer du poumon diminue mais ne revient jamais au niveau d'une personne non fumeuse.

L'arrêt du tabac est malgré ça primordial, quel que soit l'âge, car le risque réduit en comparaison à un fumeur non sevré.

Il faut savoir, de plus, qu'il n'y a pas de seuil au-dessous duquel fumer n'expose pas à un risque accru de cancer pulmonaire.

Le tabagisme passif, quant à lui, est responsable d'un quart des cancers pulmonaires des patients non-fumeurs. (6)

En France, de nombreuses campagnes de prévention (spots publicitaires, images choc sur les paquets de cigarettes) ont été lancées durant les dernières années ainsi qu'une augmentation croissante du prix du paquet de cigarettes.

Ces actions ont permis une diminution de l'incidence et de la mortalité chez les hommes mais pas chez les femmes malheureusement avec une recrudescence de la consommation tabagique.

D'autres facteurs de risques plus secondaires ont été identifiés mais dans des proportions plus faibles :

- Carcinogènes professionnels : on estime qu'une exposition professionnelle peut être retrouvée dans environ 20% des cancers pulmonaires. Majoritairement on répertorie l'amiante et la silice.
- Carcinogènes environnementaux : l'exposition au radon ou la pollution atmosphérique (pollution aux particules fines notamment).

La Corse est une des régions les plus touchées en France, avec le Massif central et la Bretagne. Le contexte géologique, en particulier son sous-sol granitique (2/3 de la surface de la région) explique la présence du radon.

D'après l'ARS, il serait responsable d'environ 40 décès par an soit 21 à 28% des décès par cancer du poumon en Corse. Le risque attribuable au radon de décéder d'un cancer du poumon est donc 2 fois supérieur par rapport à la France Métropolitaine. (7)

- Facteurs de risques individuels : patients atteints de BPCO ou fibrose pulmonaire, facteurs génétiques, antécédent personnel de cancer.

3. Différents types de cancers

On distingue deux grands types histologiques dans le cancer du poumon (5) :

- Les cancers non à petites cellules qui représentent environ 85% des cas. Ils comprennent :
 - Les adénocarcinomes qui sont majoritaires (45% environ)
 - Les carcinomes épidermoïdes (environ 35%)
 - Les autres carcinomes (carcinome indifférencié à grandes cellules)
- Les cancers à petites cellules qui représentent 15% des cas.

Les adénocarcinomes sont les cancers du poumon les plus fréquents avec une localisation préférentielle en périphérie du poumon. Ils sont très souvent positifs TTF1 (Thyroid Transcription Factor-1) en immunohistochimie.

Les carcinomes épidermoïdes, eux ont une localisation davantage proximale et sont positifs pour un marqueur p40 en immunohistochimie.

Enfin les carcinomes à petites cellules sont des tumeurs plus volumineuses, développées à partir des voies aériennes proximales et s'étendant souvent au médiastin. L'association aux syndromes paranéoplasiques est fréquente.

Ils sont positifs pour un marquage neuroendocrine en immunohistochimie. Ce sont les tumeurs avec le pronostic le plus péjoratif, une évolution sans traitement rapide aboutissant souvent au décès en moins de 3 mois ce qui en fait une urgence oncologique.

La principale problématique réside dans le fait que trois-quarts des cancers pulmonaires sont diagnostiqués à un stade localement avancé ou métastatique.

Les poumons et les bronches n'ayant pas d'innervation nociceptive, aucune douleur n'est ressentie par le patient. Les symptômes arrivent souvent tardivement et sont aspécifiques encore plus chez le patient fumeur.

Les symptômes les plus courants sont respiratoires : toux, dyspnée, hémoptysie, infection respiratoire récidivante ce qui peut être le cas dans d'autres pathologies pulmonaires.

Lorsque survient une extension loco régionale on peut avoir comme symptômes : un syndrome cave supérieur, une dysphonie, une douleur thoracique, un syndrome de Pancoast Tolbias...

Les principaux sites métastatiques sont le cerveau, l'os, le foie et les surrénales.

4. Dépistage du cancer pulmonaire

A. Études précédemment réalisées

Depuis les années 1970 c'est la radiographie thoracique qui a été utilisée initialement pour le dépistage du cancer du poumon.

Or il a été montré en 2011 que son utilisation ne diminuait pas la mortalité par cancer pulmonaire car c'est une méthode trop peu sensible. (8)

La tomodensitométrie à rayons X, développée par la suite a bouleversé l'imagerie médicale avec la possibilité d'effectuer de multiples coupes et d'analyser le corps humain de façon plus précise mais avec des doses d'irradiation plus fortes.

Le progrès dans ce domaine-là a maintenant permis d'effectuer des scanners thoraciques low-dose c'est-à-dire avec une réduction des doses (0,5 à 1,5 mSv contre 7 mSv pour un scanner classique) mais sans dégradation des images collectées. (9)

La première étude lancée sur la mortalité spécifique par cancer du poumon fut une étude multicentrique randomisée en Amérique du Nord, la National Lung Screening Trial (NLST) publiée en 2011.

Cet essai avait pour objectif de comparer les résultats du scanner à faible dose d'irradiation à ceux d'une radiographie thoracique standard chez des patients fumeurs asymptomatiques avec des examens réalisés annuellement pendant 3 ans.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : âge compris entre 55 et 74 ans, consommation tabagique > 30 paquets-années ou sevrage < 15 ans.

Cette étude a montré une diminution de 20% de la mortalité par cancer du poumon dans le groupe dépisté par scanner thoracique low-dose et une baisse significative de la mortalité générale dans ce groupe.

Mais cette étude a montré un nombre élevé de faux positifs (24,1% avait un dépistage positif). (10,11)

La deuxième étude fut publiée en février 2020 dans le New England Journal of Medicine : l'étude NELSON.

Cette étude réalisée en Belgique et aux Pays-Bas a également montré une réduction de la mortalité du cancer pulmonaire par dépistage par scanner thoracique de 24% chez les hommes et 33% chez les femmes. (12)

Les patients étaient randomisés soit dans un bras standard sans examen soit dans un bras qui utilisait la réalisation d'un scanner low-dose à l'inclusion puis à 1 an, 2 ans et 2,5 ans.

Les critères d'inclusion étaient un âge compris entre 50 et 74 ans, un tabagisme > 15 cigarettes par jour pendant 25 ans ou > 10 cigarettes par jour pendant 30 ans actif ou sevré depuis moins de 10 ans.

Cette étude utilisait l'analyse du volume et la vitesse de croissance des nodules détectés par le scanner afin d'obtenir un dépistage plus précis dans le temps ce qui a permis d'obtenir moins de faux positifs que dans l'étude précédente NLST.

Cette dernière avait pour but de montrer une diminution de la mortalité par cancer lors du dépistage même avec un espacement plus important des examens.

À la suite des résultats de ces deux premières études, l'Intergroupe de cancérologie thoracique (IFCT), la Société de pneumologie de langue française (SPLF) et la Société d'imagerie thoracique ont actualisé leurs recommandations en 2021. (13)

Ils justifient l'intérêt d'un dépistage individuel du cancer du poumon par scanner thoracique low-dose non injecté chez les patients fumeurs de 50 à 74 ans, fumant plus de 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans ou plus de 10 cigarettes par jour pendant plus de 30 ans ou sevré depuis moins de 10 ans.

La stratégie consiste en deux scanners espacés d'un an puis tous les deux ans si les deux premiers se sont avérés négatifs.

Précédemment en 2016, la HAS avait émis un avis négatif concernant le déploiement d'un dépistage organisé du cancer pulmonaire selon les critères NLST considérant que toutes les conditions n'étaient pas réunies. (14)

Aujourd'hui, l'analyse des nouvelles données disponibles montre que le dépistage par scanner à faible dose chez les personnes fortement exposées au tabac conduit à une réduction de la mortalité spécifique.

Ceci a donc amené la HAS à actualiser son avis en décembre 2021 et à encourager la mise en place d'expérimentations en vie réelle, et notamment d'un programme pilote par l'INCA, en vue d'obtenir les réponses encore manquantes et indispensables à la mise en place d'un programme de dépistage organisé efficace et sûr. (15)

La HAS rappelle que la fréquence et la gravité de la maladie ne sont pas des conditions suffisantes pour la mise en place d'un dépistage organisé : les caractéristiques de la maladie dépistée, l'examen de dépistage envisagé, sa périodicité, les options thérapeutiques efficaces disponibles pour modifier le cours de la maladie et améliorer l'état de santé doivent également être pris en compte.

A notre échelle nationale, en France, c'est en 2016 qu'une étude a été lancée par le Docteur Leleu, chef de pneumologie au Centre Hospitalier d'Albertville. (16)

L'étude DEP K80 menée dans la Somme avait pour objectif principal de mettre en évidence une réduction de la mortalité spécifique du cancer du poumon en organisant un dépistage individuel des sujets les plus à risque.

Un scanner thoracique low-dose tous les ans les deux premières années puis tous les deux ans en cas de dépistage négatif était mis en place avec les critères d'inclusion suivants : âge entre 55 et 74, tabagisme actif ou sevré depuis moins de 15 ans > 30 paquets années.

57,4% des médecins généralistes installés dans la région ont accepté de participer à cette étude et donc de recruter un maximum de patients éligibles.

Cette étude a eu un taux de participation très important puisque plus de 70% des scanners prescrits ont été réalisés. Sur 949 scanners réalisés, 57 (6%) se sont révélés positifs parmi lesquels 26 cancers ont été confirmés. Trois quarts des cancers ont été diagnostiqués à un stade localisé et ont pu donc être traités par chirurgie seule ou associés à un autre traitement. L'étude DEP K80 atteste donc de la faisabilité d'un dépistage du cancer du poumon par STLD en population générale.

D'autres études européennes en Italie (étude MILD, DANTE) ou en Allemagne ont également été lancées dans le passé.

B. Le dépistage organisé

A l'heure actuelle il n'existe pas de dépistage organisé du cancer pulmonaire en France.

Dans les années 2000, de nombreux programmes de dépistage organisé ont été mis en place afin de réduire la mortalité des cancers les plus fréquents.

Le dépistage du cancer du sein débute en 2004 pour des femmes âgées de 50 à 74 ans par une mammographie réalisée tous les deux ans. Puis en 2009, le cancer colo-rectal est dépisté par des tests immunologiques réalisés par le patient lui-même à domicile dans une population âgée de 50 à 74 ans.

Plus récemment c'est le dépistage du cancer du col de l'utérus qui a été généralisé avec la réalisation d'un frottis cervico-vaginal à partir de 25 ans. Deux frottis sont initialement réalisés à un an d'intervalle puis à 3 ans, et enfin tous les 5 ans.

Malheureusement les taux de participation à ces dépistages organisés sont faibles et en deçà des objectifs initiaux. En Corse, le taux de participation au dépistage du cancer du sein est de 30,4% contre une moyenne nationale de 48,2% sur la période 2022-2023.

Le constat est le même en ce qui concerne le dépistage du cancer colo-rectal avec un taux de participation au niveau national de 34,3% mais un taux qui chute à 18,2% en Corse. (17,18)

Un dépistage vise à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes a priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes.

L'objectif est de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression.

Un dépistage organisé cible une population considérée comme plus à risque de développer la maladie et à qui l'on propose un test particulier à intervalle régulier et pendant une durée déterminée. (19)

Plusieurs conditions doivent être réunies pour pouvoir envisager de dépister une maladie :

- La maladie doit être détectable précocement : les phases de développement de la maladie doivent donc être connues.
- Un examen de dépistage adapté doit être disponible : examen sensible et spécifique, simple à réaliser, sans danger, reproductible et accepté par la population ciblée.
- Un traitement efficace peut rapidement être proposé et accessible.
- Une identification des personnes les plus à risque de développer la maladie.
- Un dépistage qui permet de diminuer la mortalité.
- Il doit présenter plus d'avantages que d'inconvénients.

Les médecins généralistes sont un pilier essentiel dans le dépistage. Ils jouent un rôle prépondérant dans l'incitation des patients concernés par ceux-là.

Dans la grande majorité, ils sont convaincus de l'efficacité des dépistages déjà mis en place : cancer du sein (78%), cancer colo-rectal (72%) et cancer du col de l'utérus (79%). (20)

En 2018 une étude quantitative menée à Amiens a montré que parmi les médecins généralistes de la Somme ayant participé à l'étude DEP K80, 70% d'entre eux pratiquaient déjà un dépistage du cancer pulmonaire dont 45% par scanner thoracique. (21)

C. Objectifs

L'Institut National du Cancer a lancé en 2021 sa stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 avec 4 axes prioritaires : améliorer la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, lutter contre les cancers de mauvais pronostic dont fait partie le cancer du poumon et s'assurer que les progrès bénéficient à tous. (22)

Dans son axe 1 concernant la prévention l'INCA a porté une attention toute particulière sur le travail de déploiement d'une expérimentation en vue de la mise en place généralisée d'un dépistage du cancer du poumon.

Un appel à candidatures pour des sites pilotes a été publié en juillet 2024. (23)

Celui-ci devra évaluer le taux de détection de ces cancers dans la population dépistée et déterminer les conditions et modalités de mise en œuvre les plus sûres et efficaces pour la population cible.

Prévu pour une durée maximale de 60 mois, ce projet de recherche devra répondre aux questions restant en suspens avant une éventuelle généralisation dans un délai de 5 à 10 ans. Ainsi, le programme pilote devra s'adresser aux personnes âgées de 50 à 74 ans, qu'elles soient fumeuses ou anciennes fumeuses ayant arrêté depuis moins de 15 ans. La durée de consommation et la quantité seront également pris en compte.

L'examen de référence, le scanner thoracique à faible dose, devra être réalisé à 1 an d'intervalle les deux premières années puis tous les 2 ans.

En Corse, a été lancé en 2021 le projet ACAPULCO en collaboration avec le CRCDC. (24)

Il a pour but de tester le dépistage du cancer du poumon dans cette région mais également de compléter et enrichir des éléments de connaissance dans un contexte français, de sensibiliser la population aux méfaits du tabac et d'évaluer l'impact de l'amiante, du radon, du tabac et des pollutions maritimes (panache de fumées) sur la santé des personnes.

L'objectif principal est de démontrer la faisabilité d'une étude permettant de connaître le nombre total de cas de cancers du poumon en population générale et ainsi démontrer l'importance de la mise en place d'un dépistage organisé en Corse, région avec un taux de mortalité par cancer pulmonaire supérieur à la moyenne nationale.

La méthode consiste à dépister et à suivre les résident(e)s Corses fumeur(se)s ou anciennement fumeur(se)s et à réaliser des scanners à faible irradiation (low-dose) pendant 3 ans.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont les suivants :

- Personnes âgées de 50 à 74 ans,
- Cumulant un tabagisme de 30 PA,
- Fumeur(se) actif(ve) ou sevré(e) depuis moins de 15 ans,
- Sans symptômes apparents,
- Susceptibles de pouvoir bénéficier d'un acte chirurgical,
- Ayant donné un consentement,
- Résidant en Corse.

La fin estimée des inclusions se fera en juin 2025.

Du fait d'une incidence et d'une mortalité plus élevées en région Corse que la moyenne nationale concernant le cancer du poumon, l'objectif de cette étude est de décrire la pratique actuelle des médecins généralistes exerçant en Corse concernant le dépistage individuel du cancer pulmonaire.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Schéma de l'étude

Ce travail est une étude descriptive transversale réalisée auprès des médecins généralistes installés en Corse par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire.

2. Population cible

La population cible de l'étude est l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés en Corse.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Exercer en tant que médecin généraliste inscrit au conseil de l'Ordre des Médecins
- Être installé en tant que libéral
- Exercer dans la région de la Corse

Les critères d'exclusion étaient :

- Exercice en tant que médecin spécialiste
- Avoir une activité hospitalière
- Médecins non installés (remplaçants thésés ou non)

3. Recueil des données

Le questionnaire a été établi via le logiciel Google Forms puis diffusé par mail aux médecins généralistes via l'URPS-ML en respectant l'anonymat des participants.

Il a été diffusé le 12 septembre 2024 puis une deuxième relance a été effectuée le 8 octobre 2024 soit une période de recueil total de 30 jours.

Les réponses ont été faites de manière volontaire sans aucune indemnisation.

Le questionnaire comprend trois parties :

- Une première partie en cinq questions qui correspond aux caractéristiques des participants
- Une deuxième partie en dix-huit questions portant sur le dépistage du cancer du poumon
- Une troisième en deux questions portant sur le sevrage tabagique

La dernière question était ouverte et facultative, permettant aux médecins généralistes d'exprimer leurs avis et remarques sur le dépistage du cancer pulmonaire.

4. Méthode d'analyse des données

L'ensemble des résultats a ensuite été extrait de Google Forms sur le logiciel Microsoft Excel. Les analyses effectuées consistent en la comparaison des proportions de réponses données par les répondants.

Pour les données nominales, la comparaison des proportions a été réalisée à l'aide d'un test du Chi-2 ou par le test de Fisher quand l'effectif était trop faible.

Pour les données quantitatives, un test de Mann-Whitney a été effectué, les données ne respectant pas les critères de normalité.

L'analyse multivariée réalisée est une analyse de régression logistique.

Le logiciel R a été utilisé pour réaliser les comparaisons et le logiciel JASP pour les analyses de régression univariée/multivariée.

Pour l'ensemble de ces tests le risque de première espèce a été fixé à 0.05.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Sur l'ensemble des 324 médecins généralistes installés en Corse, 74 ont répondu au questionnaire ce qui représente un taux de participation de 22,8%.

Parmi la population étudiée, 40 sont des hommes (54,1%) et 34 des femmes (45,9%).

La moyenne d'âge des participants est de 44,7 ans.

On observe que 54,1% des répondants exercent en Corse-du-Sud et 45,9% en Haute-Corse.

Parmi les participants, 14 exercent en milieu rural (18,9%), 32 en semi-rural (43,2%) et 28 en ville (37,8%).

Enfin 77% (n =57) des répondants sont non-fumeurs, 8,1% (n =6) sont fumeurs actifs et 14,9% (n=11) sont tabagiques sevrés.

	<i><u>Total</u></i>
<i><u>Sexe</u></i>	
<i>Un homme</i>	40 (54,1%)
<i>Une femme</i>	34 (45,9%)
<i><u>Age</u></i>	
<i>Moins de 40 ans</i>	37 (50,0%)
<i>Supérieur ou égal à 40 ans</i>	37 (50,0%)
<i>Moyenne</i>	44,7 ans
<i><u>Département</u></i>	
<i>Corse-du-Sud</i>	40 (54,1%)
<i>Haute-Corse</i>	34 (45,9%)
<i><u>Milieu d'exercice</u></i>	
<i>Rural</i>	14 (18,9%)
<i>Semi-rural</i>	32 (43,2%)
<i>Urbain</i>	28 (37,8%)
<i><u>Fumeur</u></i>	
<i>Non</i>	57 (77,0%)
<i>Oui</i>	6 (8,1%)
<i>Tabagisme sevré</i>	11 (14,9%)

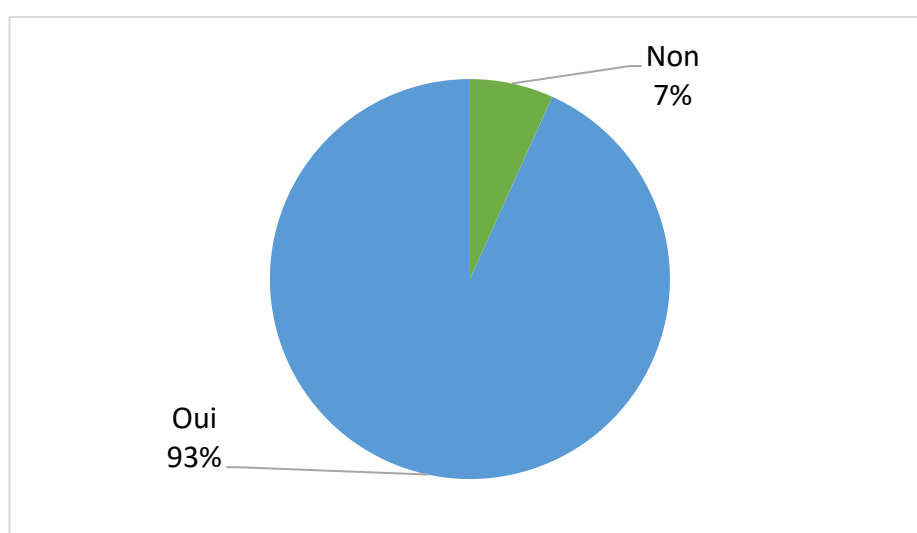
Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Les données ont ensuite été comparées entre elles selon différentes données de la population étudiée :

- L'âge
- Le sexe
- Le département d'exercice
- Le milieu d'exercice
- Le statut tabagique (non-fumeur, actif ou sevré) du médecin généraliste

2. Pratiques concernant le dépistage

Parmi les médecins généralistes interrogés, 93% (n= 69) ont déclaré proposer un dépistage du cancer pulmonaire à certains de leurs patients.



Graphique 1 : Proposition de dépistage du cancer du poumon

		Non	Oui	Total	Valeur p
Sexe					>0,999
	Un homme	3 (60,0%)	37 (53,6%)	40 (54,1%)	
	Une femme	2 (40,0%)	32 (46,4%)	34 (45,9%)	
Age					0,532
	Moyenne (écart-type)	48,0 (12,7)	44,5 (12,7)	44,7 (12,6)	
Département					0,656
	Corse-du-Sud	2 (40,0%)	38 (55,1%)	40 (54,1%)	
	Haute-Corse	3 (60,0%)	31 (44,9%)	34 (45,9%)	

<i>Milieu d'exercice</i>		0,010		
	<i>Rural</i>	0 (0,0%)	14 (20,3%)	14 (18,9%)
	<i>Semi-rural</i>	0 (0,0%)	32 (46,4%)	32 (43,2%)
	<i>Urbain</i>	5 (100,0%)	23 (33,3%)	28 (37,8%)
<i>Fumeur</i>		>0,999		
	<i>Non</i>	4 (80,0%)	53 (76,8%)	57 (77,0%)
	<i>Oui</i>	0 (0,0%)	6 (8,7%)	6 (8,1%)
<i>Tabagisme sevré</i>		1 (20,0%)	10 (14,5%)	11 (14,9%)

Tableau 2 : Proposition de dépistage du cancer du poumon

On observe une différence statistiquement significative sur la réalisation du dépistage selon le milieu d'exercice avec un p à 0,010.

On note une sur représentation significative des médecins exerçant en milieu semi-rural parmi la population ayant répondu positivement.

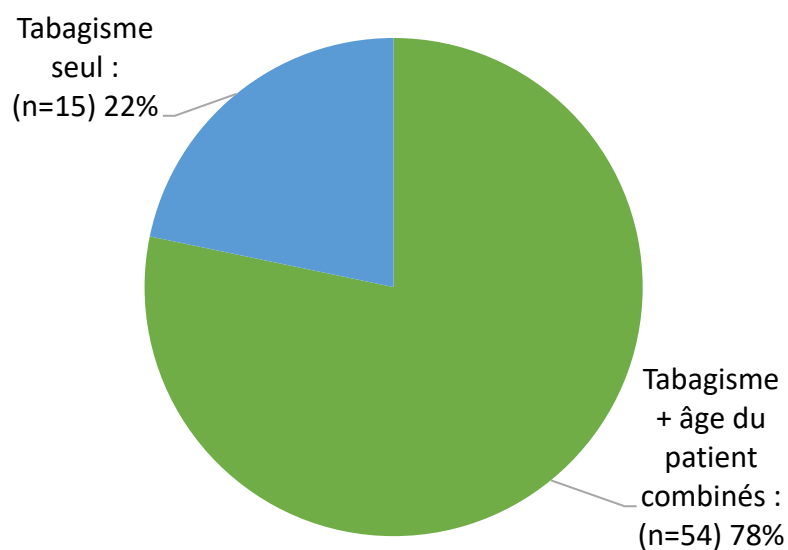
A l'inverse on note une représentation significative des médecins exerçant en ville parmi ceux ayant répondu par la négative à cette question.

Ce qui se traduit donc par le fait que les médecins installés en ville ont tendance à moins réaliser ce dépistage.

Les 69 participants ayant répondu positivement ont ensuite été interrogés concernant les critères utilisés pour réaliser ce dépistage.

78% (n=54) ont déclaré utilisé la consommation tabagique et l'âge du patient combinés et 22% (n= 15) utilisent uniquement le critère du tabac.

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvé en fonction de l'âge, du sexe, du département ou du milieu d'exercice ni du statut tabagique du médecin.



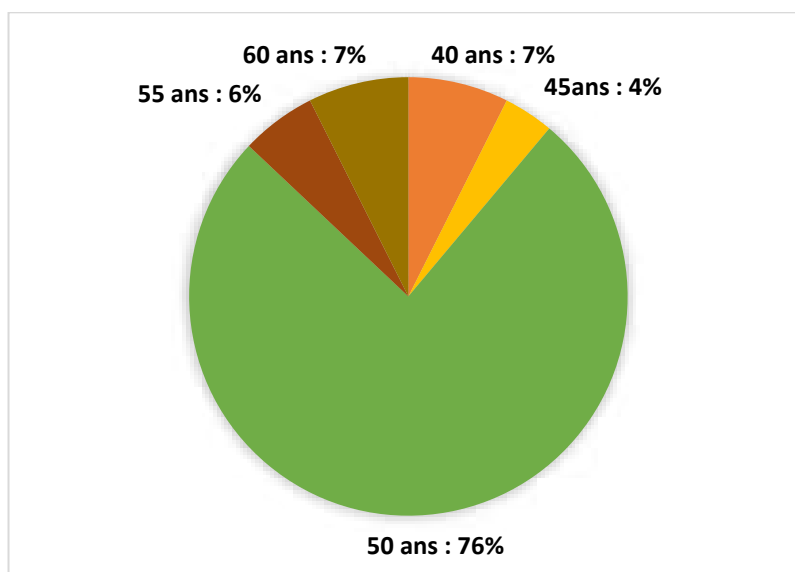
Graphique 2 : Répartition selon les critères de dépistage

	Consommation tabagique + âge du patient combinés	Tabagisme seul	Total	Valeur p
<i>Sexe</i>				0,148
Un homme	26 (48,1%)	11 (73,3%)	37(53,6%)	
Une femme	28 (51,9%)	4 (26,7%)	32(46,4%)	
<i>Age</i>				0,289
Moyenne (écart-type)	43,6 (12,6)	47,7 (13,0)	44,5(12,7)	
<i>Département</i>				0,773
Corse-du-Sud	29 (53,7%)	9 (60,0%)	38(55,1%)	
Haute-Corse	25 (46,3%)	6 (40,0%)	31(44,9%)	
<i>Milieu d'exercice</i>				0,355
Rural	13 (24,1%)	1 (6,7%)	14(20,3%)	
Semi-rural	24 (44,4%)	8 (53,3%)	32(46,4%)	
Urbain	17 (31,5%)	6 (40,0%)	23(33,3%)	
<i>Fumeur</i>				0,526
Non	40 (74,1%)	13 (86,7%)	53(76,8%)	
Oui	6 (11,1%)	0 (0,0%)	6 (8,7%)	
Tabagisme sévère	8 (14,8%)	2 (13,3%)	10(14,5%)	

Tableau 3 : Critères utilisés pour le dépistage

Concernant la réponse ouverte du critère d'âge seuil utilisé pour ce dépistage individuel :

- 76% utilisent l'âge de 50 ans
- 7% l'âge de 40 ans
- 7% l'âge de 60 ans
- 6% l'âge de 55 ans
- 4% l'âge de 45 ans



Graphique 3 : Répartition par critère d'âge seuil

Tous les participants ont ensuite déclaré utiliser le tabagisme actif comme critère, viennent ensuite le tabagisme sevré utilisé par 78% des répondants (n=54) et enfin le tabagisme passif par 35% (n=24).

Critère de la consommation tabagique	
Tabagisme actif	69 (100,0%)
Tabagisme sevré	54 (78,3%)
Tabagisme passif	24 (34,8%)

Tableau 4a : Critères de la consommation tabagique utilisés

	<i>Tabagisme sevré</i>	<i>Valeur p</i>	<i>Tabagisme passif</i>	<i>Valeur p</i>
<i>Sexe</i>		0,381		0,619
<i>Un homme</i>	27 (50,0%)		14 (58,3%)	
<i>Une femme</i>	27 (50,0%)		10 (41,7%)	
<i>Age</i>		0,656		0,177
<i>Moyenne (écart-type)</i>	44,8 (13,2)		47,5 (14,6)	
<i>Département</i>		0,773		0,615
<i>Corse-du-Sud</i>	29 (53,7%)		12 (50,0%)	
<i>Haute-Corse</i>	25 (46,3%)		12 (50,0%)	
<i>Milieu d'exercice</i>		0,281		0,130
<i>Rural</i>	9 (16,7%)		2 (8,3%)	
<i>Semi-rural</i>	25 (46,3%)		11 (45,8%)	
<i>Urbain</i>	20 (37,0%)		11 (45,8%)	
<i>Fumeur</i>		0,024		0,071
<i>Non</i>	44 (81,5%)		22 (91,7%)	
<i>Oui</i>	2 (3,7%)		0 (0,0%)	
<i>Tabagisme sevré</i>	8 (14,8%)		2 (8,3%)	

Tableau 4b : Critères de la consommation tabagique utilisés (Hors tabagisme actif 100% des répondants)

On observe une différence statistiquement significative en fonction du tabagisme personnel du médecin généraliste (p à 0,024).

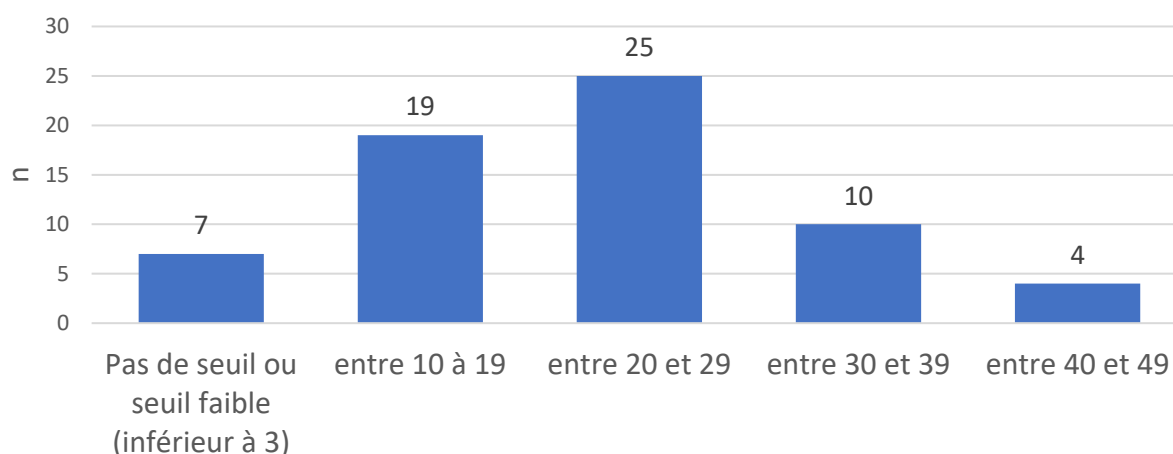
On note une représentation significative des médecins fumeurs actifs ayant déclaré utilisé le tabagisme sevré comme critère de sélection.

C'est-à-dire que les médecins qui fument ont moins tendance à considérer le tabagisme sevré comme critère important dans le dépistage du cancer du poumon.

Concernant la question du critère du tabagisme actif utilisé lors de ce dépistage les médecins utilisent majoritairement (n=25, 39%) entre 20 et 29 PA, dix-neuf (29%) utilisent un seuil compris entre 10 et 19 PA, dix (15%) utilisent un seuil entre 30 et 39 PA.

Plus minoritairement sept (11%) n'utilisent pas de seuil ou un seuil faible et quatre (6%) utilisent un seuil > 40 PA.

La question étant ouverte, les résultats ont été répartis comme suit :



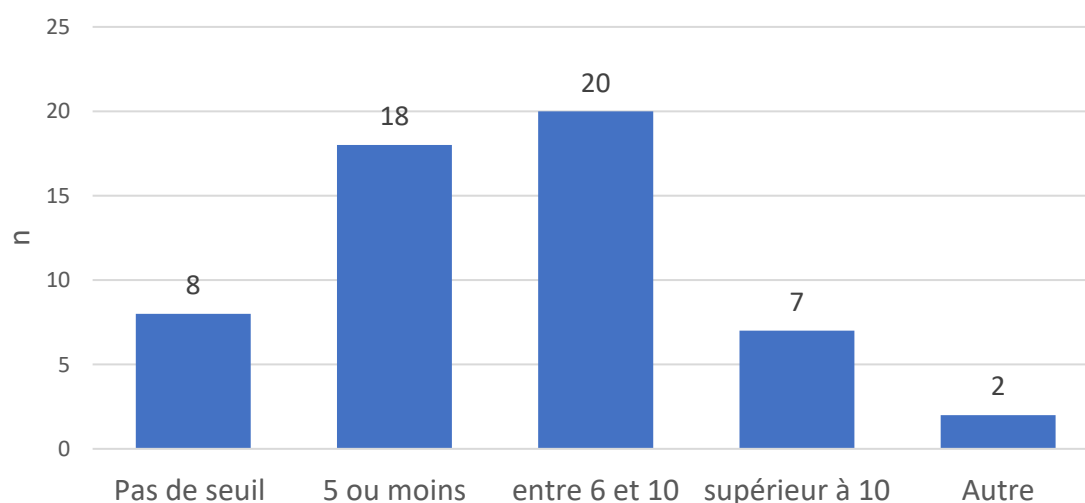
Graphique 4 : Répartition selon le critère seuil de tabagisme actif (en PA) utilisé

Il était ensuite demandé aux médecins généralistes s'ils utilisent un délai précis en termes d'années de sevrage pour effectuer un dépistage individuel.

On observe que la majorité des médecins généralistes utilisent un tabagisme sevré entre 6 et 10 ans (n=20, 36%) ou ≤ 5 ans (n=18, 33%).

Huit médecins (14%) n'utilisent pas de seuil spécifique et sept (13%) un seuil > 10 ans de tabagisme sevré.

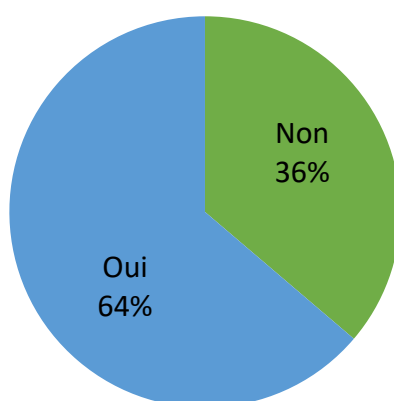
La question étant ouverte, les résultats ont été répartis comme suit :



Graphique 5 : Répartition selon le critère du délai (en années) de sevrage tabagique

Outre les critères que sont la consommation tabagique et l'âge, nous nous sommes intéressés également à l'exposition professionnelle et aux antécédents familiaux.

Quarante-quatre médecins (64%) ont déclaré utiliser le critère de l'exposition professionnelle afin d'effectuer un dépistage chez des patients à risque.



Graphique 6 : Répartition selon le critère de l'exposition professionnelle

		Non	Oui	Total	Valeur p
Sexe					0,806
	Un homme	14 (56,0%)	23 (52,3%)	37 (53,6%)	
	Une femme	11 (44,0%)	21 (47,7%)	32 (46,4%)	
Age					0,905
	Moyenne (écart-type)	43,5 (10,4)	45,0 (13,9)	44,5 (12,7)	
Département					0,211
	Corse-du-Sud	11 (44,0%)	27 (61,4%)	38 (55,1%)	
	Haute-Corse	14 (56,0%)	17 (38,6%)	31 (44,9%)	
Milieu d'exercice					0,546
	Rural	7 (28,0%)	7 (15,9%)	14 (20,3%)	
	Semi-rural	11 (44,0%)	21 (47,7%)	32 (46,4%)	
	Urbain	7 (28,0%)	16 (36,4%)	23 (33,3%)	
Fumeur					0,034
	Non	16 (64,0%)	37 (84,1%)	53 (76,8%)	
	Oui	5 (20,0%)	1 (2,3%)	6 (8,7%)	
	Tabagisme sevré	4 (16,0%)	6 (13,6%)	10 (14,5%)	

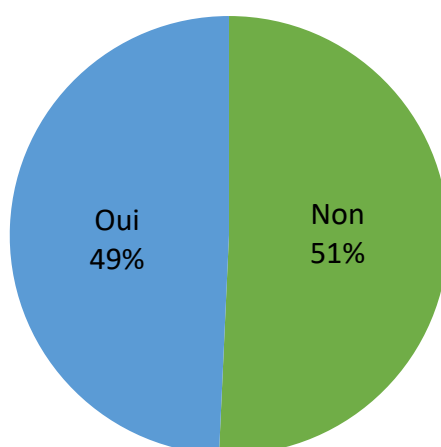
Tableau 5 : Critère de l'exposition professionnelle

Une différence statistiquement significative est retrouvée avec un p à 0,034 en fonction du statut tabagique du participant.

On observe une représentation significative des médecins fumeurs parmi ceux ayant répondu "non" à cette question.

Les médecins présentant un tabagisme actif utilisent donc moins l'exposition professionnelle comme critère de sélection.

En ce qui concerne les antécédents familiaux du patient, les réponses sont plus divisées avec trente-cinq médecins (51%) qui n'utilisent pas ce dernier comme critère alors que trente-quatre médecins (49%) prétendent avoir déjà effectué un dépistage en utilisant cette donnée.



Graphique 7 : Répartition selon le critère des antécédents familiaux

		Non	Oui	Total	Valeur p
Sexe					>0,999
	Un homme	19 (54,3%)	18 (52,9%)	37 (53,6%)	
	Une femme	16 (45,7%)	16 (47,1%)	32 (46,4%)	
Age					0,220
	Moyenne (écart-type)	42,2 (10,9)	46,8 (14,1)	44,5 (12,7)	
Département					0,811
	Corse-du-Sud	20 (57,1%)	18 (52,9%)	38 (55,1%)	
	Haute-Corse	15 (42,9%)	16 (47,1%)	31 (44,9%)	

<i>Milieu d'exercice</i>		0,950		
<i>Rural</i>		7 (20,0%)	7 (20,6%)	14 (20,3%)
<i>Semi-rural</i>		17 (48,6%)	15 (44,1%)	32 (46,4%)
<i>Urbain</i>		11 (31,4%)	12 (35,3%)	23 (33,3%)
<i>Fumeur</i>		0,070		
<i>Non</i>		23 (65,7%)	30 (88,2%)	53 (76,8%)
<i>Oui</i>		4 (11,4%)	2 (5,9%)	6 (8,7%)
<i>Tabagisme sévère</i>		8 (22,9%)	2 (5,9%)	10 (14,5%)

Tableau 6 : Critère des antécédents familiaux

Aucune différence statistiquement significative n'est observée en fonction des données testées.

3. Examens de dépistage

On s'aperçoit que la majorité de la population des médecins généralistes étudiée (n=50) prescrit un scanner thoracique low-dose lors du dépistage du cancer pulmonaire.

Le scanner thoracique classique est prescrit par vingt d'entre eux et enfin la radiographie thoracique par onze médecins généralistes.

Il faut savoir que certains médecins généralistes ont répondu prescrire plusieurs examens d'imagerie, la question étant à choix multiples.

Aucune différence statistiquement significative n'est notée selon les différences données socio-démographiques.

<i>Moyen de dépistage utilisé</i>	
<i>Scanner thoracique classique</i>	20 (29,0%)
<i>Scanner thoracique low-dose</i>	50 (72,5%)
<i>Radiographie thoracique</i>	11 (15,9%)

Tableau 7a : Imagerie(s) prescrite lors du dépistage

	Scanner thoracique classique	Valeur p	Scanner thoracique low- dose	Valeur p	Radiographie thoracique	Valeur p
<i>Sexe</i>		0,430		0,789		0,527
<i>Un homme</i>	9 (45,0%)		26 (52,0%)		7 (63,6%)	
<i>Une femme</i>	11 (55,0%)		24 (48,0%)		4 (36,4%)	
<i>Age</i>		0,343		0,310		0,086
<i>Moyenne (écart-type)</i>	46,6 (12,8)		43,8 (13,2)		50,1 (12,6)	
<i>Département</i>		0,424		0,189		0,322
<i>Corse-du-Sud</i>	13 (65,0%)		25 (50,0%)		8 (72,7%)	
<i>Haute-Corse</i>	7 (35,0%)		25 (50,0%)		3 (27,3%)	
<i>Milieu d'exercice</i>		0,155		0,108		0,760
<i>Rural</i>	2 (10,0%)		13 (26,0%)		3 (27,3%)	
<i>Semi-rural</i>	8 (40,0%)		23 (46,0%)		4 (36,4%)	
<i>Urbain</i>	10 (50,0%)		14 (28,0%)		4 (36,4%)	
<i>Fumeur</i>		0,580		0,903		0,854
<i>Non</i>	14 (70,0%)		39 (78,0%)		8 (72,7%)	
<i>Oui</i>	2 (10,0%)		4 (8,0%)		1 (9,1%)	
<i>Tabagisme sevré</i>	4 (20,0%)		7 (14,0%)		2 (18,2%)	

Tableau 7b : Imagerie(s) prescrite lors du dépistage

Nous avons ensuite réalisé une analyse multivariée afin de déterminer si des variables expliquent ou prédisent la réalisation d'un scanner thoracique low-dose.

Préalablement à l'analyse multivariée, une analyse univariée des prédicteurs potentiels a été réalisée (voir annexe 2). Les variables ayant un potentiel explicatif (avec une valeur p proche de 0,1), ont été intégrées dans un modèle de régression multiple.

<i>Caractéristiques</i>	<i>OR</i>	<i>IC (95%)</i>	<i>Valeur p</i>
<i>Milieu d'exercice (Semi-rural)</i>	0,12	-4,42 - 0,12	0,06
<i>Milieu d'exercice (Urbain)</i>	0,08	-4,84 - -0,27	0,03
<i>Département (Haute-Corse)</i>	2,36	-0,34 - 2,06	0,16
<i>Tranche d'âge (supérieur ou égal à 40 ans)</i>	0,30	-2,40 - -0,03	0,04

Tableau 8 : Résultats modèle multivariée

L'analyse de régression multiple de l'utilisation du scanner thoracique low-dose indique que le meilleur modèle est le modèle avec 2 prédicteurs significatifs : le milieu d'exercice et la tranche d'âge (plus ou moins 40 ans).

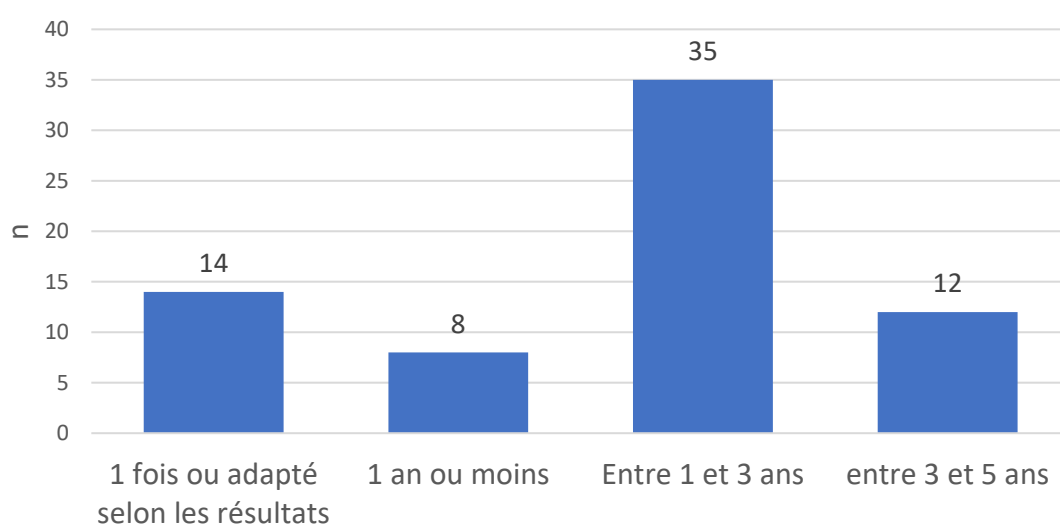
Le département n'exerce pas une influence significative ($p = 0,16$).

Ainsi on observe :

- Que le milieu d'exercice urbain est associé à une moindre probabilité d'utiliser le scanner thoracique low-dose ($OR < 1$).
- Être âgé de plus de 40 ans réduit la probabilité d'utiliser le scanner thoracique low-dose ($OR < 1$).

La question suivante du questionnaire s'intéressait ensuite à la fréquence de prescription de ces examens d'imagerie.

La majorité des médecins ($n=35$, 51%) ont déclaré prescrire un examen d'imagerie (radiographie ou scanner) tous les 1 à 3 ans, quatorze médecins (20%) ont déclaré ne le prescrire qu'une fois ou adapter leur prescription en fonction des résultats de la première imagerie. S'en suit douze médecins (17%) qui le renouvellent dans un délai de 3 à 5 ans et enfin huit médecins (12%) qui le renouvellent dans un délai < 1 an.

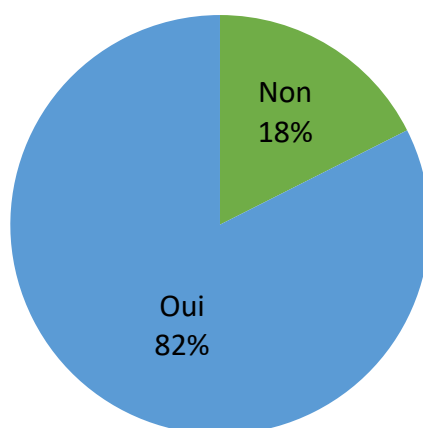


Graphique 8 : Fréquence de prescription des examens d'imagerie

4. Connaissances en matière de dépistage

On remarque que dans la population étudiée, 61 médecins généralistes exerçant en Corse (82%) déclarent avoir connaissance du dépistage du cancer pulmonaire par le scanner thoracique low-dose.

Une différence statistiquement significative est observée en fonction de l'âge du médecin. Les médecins généralistes avec une moyenne d'âge plus élevée ont répondu majoritairement ne pas connaître ce type de dépistage ($p = 0,015$).



Graphique 9 : Répartition selon la connaissance du dépistage par scanner low-dose

	Non	Oui	Total	Valeur p
Sexe				0,123
Un homme	10 (76,9%)	30 (49,2%)	40 (54,1%)	
Une femme	3 (23,1%)	31 (50,8%)	34 (45,9%)	
Age				0,015
Moyenne (écart-type)	51,7 (10,9)	43,2 (12,6)	44,7 (12,6)	
Département				>0,999
Corse-du-Sud	7 (53,8%)	33 (54,1%)	40 (54,1%)	
Haute-Corse	6 (46,2%)	28 (45,9%)	34 (45,9%)	

<i>Milieu d'exercice</i>	0,127		
<i>Rural</i>	0 (0,0%)	14 (23,0%)	14 (18,9%)
<i>Semi-rural</i>	7 (53,8%)	25 (41,0%)	32 (43,2%)
<i>Urbain</i>	6 (46,2%)	22 (36,1%)	28 (37,8%)
<i>Fumeur</i>	0,420		
<i>Non</i>	10 (76,9%)	47 (77,0%)	57 (77,0%)
<i>Oui</i>	2 (15,4%)	4 (6,6%)	6 (8,1%)
<i>Tabagisme sevré</i>	1 (7,7%)	10 (16,4%)	11 (14,9%)

Tableau 9a : Connaissance du dépistage par scanner thoracique low-dose

La question suivante cherchait à connaître par l'intermédiaire de quel(s) biais les médecins généralistes avaient-ils eu connaissance de ce dépistage par scanner thoracique low-dose.

<i>Congrès</i>	16 (26,2%)
<i>DPC</i>	16 (26,2%)
<i>Confrères</i>	27 (44,3%)
<i>Patients</i>	2 (3,3%)
<i>Étude ACAPULCO</i>	33 (54,1%)

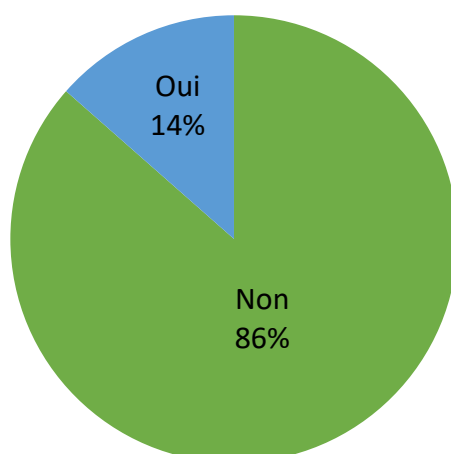
Tableau 9b : Connaissance du dépistage par scanner thoracique low-dose

On note que la majorité des médecins généralistes (54%, n=33) en a eu connaissance via l'étude ACAPULCO en cours en Corse décrite précédemment.

Un grand nombre de médecins en a eu ensuite connaissance via des confrères (n=27, 44%), puis dans une proportion moindre par des congrès ou des DPC pour 26% d'entre eux (n=16).

Il a ensuite été demandé aux médecins généralistes s'ils avaient connaissance des critères de sélection des études NLST et NELSON préconisés concernant le dépistage individuel du cancer pulmonaire issus des recommandations de 2021 de la SPLF.

La quasi-totalité des participants n'avait pas connaissance des dernières recommandations publiées par la SPLF et l'IFCT à la suite des deux études réalisées (86%, n=64).



Graphique 10 : Répartition selon la connaissance des recommandations de 2021 suite aux études NLST/NELSON

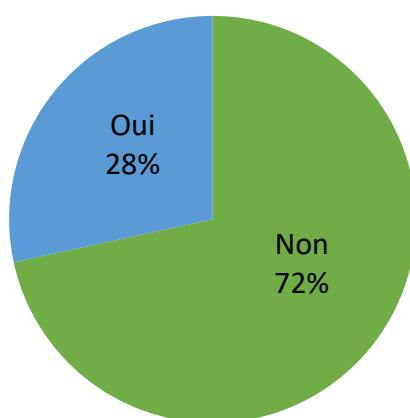
		Non	Oui	Total	Valeur p
Sexe					0,745
	Un homme	34 (53,1%)	6 (60,0%)	40 (54,1%)	
	Une femme	30 (46,9%)	4 (40,0%)	34 (45,9%)	
Age					0,117
	Moyenne (écart-type)	45,5 (12,5)	39,9 (13,2)	44,7 (12,6)	
Département					>0,999
	Corse-du-Sud	35 (54,7%)	5 (50,0%)	40 (54,1%)	
	Haute-Corse	29 (45,3%)	5 (50,0%)	34 (45,9%)	
Milieu d'exercice					0,823
	Rural	13 (20,3%)	1 (10,0%)	14 (18,9%)	
	Semi-rural	27 (42,2%)	5 (50,0%)	32 (43,2%)	
	Urbain	24 (37,5%)	4 (40,0%)	28 (37,8%)	
Fumeur					>0,999
	Non	49 (76,6%)	8 (80,0%)	57 (77,0%)	
	Oui	5 (7,8%)	1 (10,0%)	6 (8,1%)	
	Tabagisme sévère	10 (15,6%)	1 (10,0%)	11 (14,9%)	

Tableau 10 : Répartition selon la connaissance des recommandations de 2021 suite aux études NLST/NELSON

Aucune différence statistiquement significative n'est observée en fonction de l'âge, du sexe, du département, du milieu d'exercice ou encore du statut tabagique du médecin.

On a ensuite cherché à savoir si les participants avaient déjà inclus des patients dans l'étude ACAPULCO actuellement lancée en Corse concernant le dépistage du cancer pulmonaire.

Il s'avère que cinquante-trois médecins généralistes (72%) déclarent ne jamais avoir inclus de patients dans cette étude.



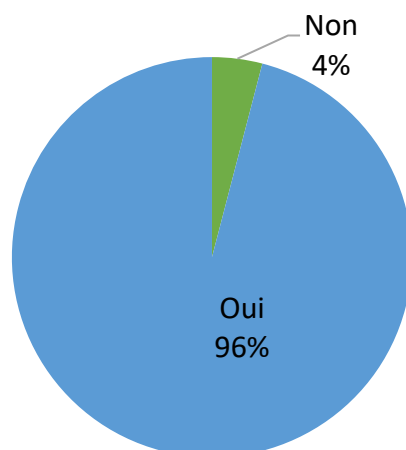
Graphique 11 : Répartition à propos de l'inclusion des patients dans l'étude ACAPULCO

5. Opinion des médecins généralistes

On a ensuite interrogé les médecins concernant leur ressenti et leur avis par rapport à la mise en place d'un dépistage organisé du cancer pulmonaire.

On observe que la quasi-totalité des médecins généralistes (n=71, 96%) a répondu favorablement à une généralisation du dépistage.

On ne note pas de différence statistiquement significative selon les données testées.



Graphique 12 : Répartition selon les avis favorables ou non à la mise en place d'un dépistage organisé

		Non	Oui	Total	Valeur p
Sexe					>0,999
	Un homme	2 (66,7%)	38 (53,5%)	40 (54,1%)	
	Une femme	1 (33,3%)	33 (46,5%)	34 (45,9%)	
Age					0,260
	Moyenne (écart-type)	51,7 (14,6)	44,4 (12,6)	44,7 (12,6)	
Département					0,591
	Corse-du-Sud	1 (33,3%)	39 (54,9%)	40 (54,1%)	
	Haute-Corse	2 (66,7%)	32 (45,1%)	34 (45,9%)	
Milieu d'exercice					0,786
	Rural	1 (33,3%)	13 (18,3%)	14 (18,9%)	
	Semi-rural	1 (33,3%)	31 (43,7%)	32 (43,2%)	
	Urbain	1 (33,3%)	27 (38,0%)	28 (37,8%)	
Fumeur					>0,999
	Non	3 (100,0%)	54 (76,1%)	57 (77,0%)	
	Oui	0 (0,0%)	6 (8,5%)	6 (8,1%)	
	Tabagisme sevré	0 (0,0%)	11 (15,5%)	11 (14,9%)	

Tableau 11 : Répartition selon les avis favorables ou non à la mise en place d'un dépistage organisé

La plupart des médecins généralistes répondants étant favorables à la mise en place de ce dépistage, nous les avons ensuite questionnés sur les freins qui, d'après eux, feraient que ce dépistage n'est pas encore mis en place.

<i>Le manque de recommandations par la HAS</i>	31 (41,9%)
<i>La difficulté de caractériser une population précise à dépister</i>	30 (40,5%)
<i>Accès difficile à des rendez-vous de scanner</i>	29 (39,2%)
<i>Le risque de faux positifs et de surdiagnostic</i>	28 (37,8%)
<i>L'irradiation</i>	25 (33,8%)
<i>Le coût</i>	28 (37,8%)
<i>La réticence, la peur des patients</i>	24 (32,4%)
<i>Le manque de temps de la part de certains médecins généralistes</i>	10 (13,5%)
<i>Autre</i>	3 (4,1%)

Tableau 12 : Freins à la mise en place d'un dépistage

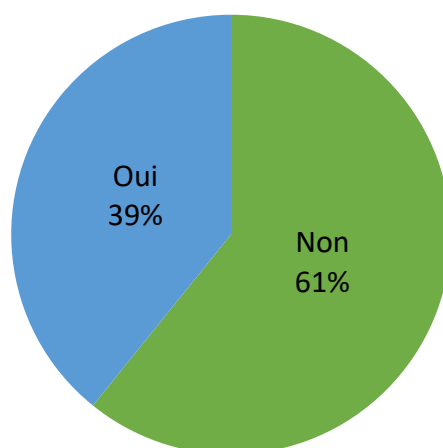
Le principal frein rapporté par les médecins généralistes est l'avis négatif de la HAS (41,9%), puis la difficulté à caractériser une population cible précise (40,5%), l'accès difficile à des rendez-vous de scanner (39,2%), le risque de faux positifs et de surdiagnostic (37,8%), le coût que cela engendrerait (37,8%) puis la réticence des patients (32,4%).

Dans la section “Autre” ont été cités par trois médecins différents le niveau de preuve d’efficacité, la compliance des patients et le rapport bénéfice/risque du dépistage à évaluer.

Nous remarquons donc que la réserve et la peur des patients concernant ce dépistage était un frein important pour un tiers des médecins interrogés.

Ils étaient ensuite emmenés à donner leur avis sur la possible adhésion des patients à ce dépistage, s’il était mis en place, compte tenu du faible taux de participation aux dépistages organisés déjà présents.

Quarante-cinq médecins (61%) déclarent qu’il ne serait pas plus facile de faire adhérer les patients au dépistage du cancer du poumon.



Graphique 13 : Répartition selon l’adhésion des patients à ce dépistage

		Non	Oui	Total	Valeur p
Sexe					0,017
	Un homme	19 (42,2%)	21 (72,4%)	40 (54,1%)	
	Une femme	26 (57,8%)	8 (27,6%)	34 (45,9%)	
Age					0,399
	Moyenne (écart-type)	43,5 (12,1)	46,6 (13,5)	44,7 (12,6)	
Département					0,341
	Corse-du-Sud	22 (48,9%)	18 (62,1%)	40 (54,1%)	
	Haute-Corse	23 (51,1%)	11 (37,9%)	34 (45,9%)	

<i>Milieu d'exercice</i>		0,952		
	<i>Rural</i>	8 (17,8%)	6 (20,7%)	14 (18,9%)
	<i>Semi-rural</i>	20 (44,4%)	12 (41,4%)	32 (43,2%)
	<i>Urbain</i>	17 (37,8%)	11 (37,9%)	28 (37,8%)
<i>Fumeur</i>		0,642		
	<i>Non</i>	34 (75,6%)	23 (79,3%)	57 (77,0%)
	<i>Oui</i>	3 (6,7%)	3 (10,3%)	6 (8,1%)
	<i>Tabagisme sevré</i>	8 (17,8%)	3 (10,3%)	11 (14,9%)

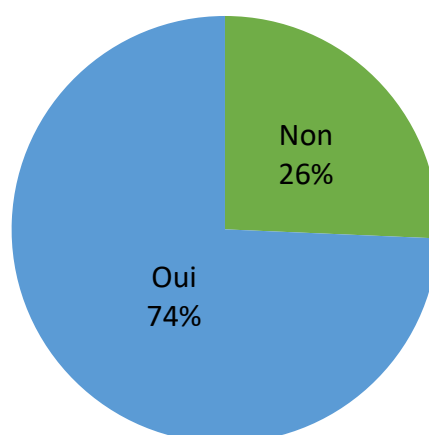
Tableau 13 : Répartition selon l'adhésion des patients à ce dépistage

On observe ici une différence statistiquement significative ($p = 0,017$) selon le sexe des médecins généralistes.

On note une représentation significative qui se traduit par le fait que les hommes déclarent qu'ils seraient plus faciles de faire adhérer les patients à ce dépistage.

6. Prévention du sevrage tabagique

Concernant le possible impact qu'aurait ce dépistage concernant l'arrêt du tabac chez les patients fumeurs, cinquante-cinq médecins (74%) déclarent que ce dernier aurait un impact positif sur le sevrage tabagique.



Graphique 14 : Répartition sur l'avis d'un impact positif concernant le sevrage tabagique

		<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Total</i>	<i>Valeur p</i>
<i>Sexe</i>					0,596
	<i>Un homme</i>	9 (47,4%)	31 (56,4%)	40 (54,1%)	
	<i>Une femme</i>	10 (52,6%)	24 (43,6%)	34 (45,9%)	
<i>Age</i>					0,011
	<i>Moyenne (écart-type)</i>	38,4 (8,8)	46,9 (13,1)	44,7 (12,6)	
<i>Département</i>					0,596
	<i>Corse-du-Sud</i>	9 (47,4%)	31 (56,4%)	40 (54,1%)	
	<i>Haute-Corse</i>	10 (52,6%)	24 (43,6%)	34 (45,9%)	
<i>Milieu d'exercice</i>					0,613
	<i>Rural</i>	5 (26,3%)	9 (16,4%)	14 (18,9%)	
	<i>Semi-rural</i>	8 (42,1%)	24 (43,6%)	32 (43,2%)	
	<i>Urbain</i>	6 (31,6%)	22 (40,0%)	28 (37,8%)	
<i>Fumeur</i>					>0,999
	<i>Non</i>	15 (78,9%)	42 (76,4%)	57 (77,0%)	
	<i>Oui</i>	1 (5,3%)	5 (9,1%)	6 (8,1%)	
	<i>Tabagisme sévère</i>	3 (15,8%)	8 (14,5%)	11 (14,9%)	

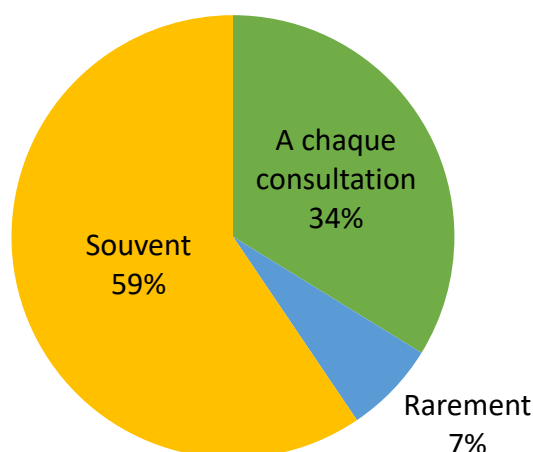
Tableau 14 : Répartition sur l'avis d'un impact positif concernant le sevrage tabagique

Une différence statistiquement significative (p 0,011) est observée selon l'âge.

En effet les médecins généralistes avec une moyenne d'âge plus élevée pensent que la mise en place de ce dépistage aurait un impact positif sur le sevrage tabagique des patients.

Les médecins généralistes installés en Corse étaient questionnés ensuite sur la fréquence à laquelle ils évoquent le sevrage tabagique lors de leurs consultations auprès de patients fumeurs.

34% (n=25) déclarent l'évoquer à chaque consultation, 59% (n=44) l'évoquent souvent et 7% (n=5) ne l'évoquent que rarement.



Graphique 15 : Répartition de l'information concernant le sevrage tabagique lors des consultations

		A chaque consultation	Rarement	Souvent	Total	Valeur p
Sexe						0,529
	Un homme	14 (56,0%)	4 (80,0%)	22 (50,0%)	40 (54,1%)	
	Une femme	11 (44,0%)	1 (20,0%)	22 (50,0%)	34 (45,9%)	
Age						0,302
	Moyenne (écart-type)	48,2 (13,9)	40,0 (7,3)	43,2 (12,1)	44,7 (12,6)	
Département						0,704
	Corse-du-Sud	15 (60,0%)	3 (60,0%)	22 (50,0%)	40 (54,1%)	
	Haute-Corse	10 (40,0%)	2 (40,0%)	22 (50,0%)	34 (45,9%)	
Milieu d'exercice						0,155
	Rural	5 (20,0%)	3 (60,0%)	6 (13,6%)	14 (18,9%)	
	Semi-rural	10 (40,0%)	2 (40,0%)	20 (45,5%)	32 (43,2%)	
	Urbain	10 (40,0%)	0 (0,0%)	18 (40,9%)	28 (37,8%)	
Fumeur						0,692
	Non	20 (80,0%)	4 (80,0%)	33 (75,0%)	57 (77,0%)	
	Oui	2 (8,0%)	1 (20,0%)	3 (6,8%)	6 (8,1%)	
	Tabagisme sevré	3 (12,0%)	0 (0,0%)	8 (18,2%)	11 (14,9%)	

Tableau 15 : Répartition de l'information concernant le sevrage tabagique lors des consultations

Aucune différence statistiquement significative n'est retrouvée selon les différentes données socio-démographiques.

Et pour conclure, il leur était demandé quel(s) moyen(s) ils utilisent principalement pour lutter contre le tabagisme actif de leurs patients et encourager un sevrage.

<i>Entretien motivationnel</i>	63 (85,1%)
<i>Prescription de substituts nicotiniques</i>	67 (90,5%)
<i>Rendez-vous avec addictologue/tabacologue</i>	29 (39,2%)
<i>Autres techniques : laser/hypnose/acupuncture</i>	29 (39,2%)

Tableau 16 : Moyens utilisés concernant le sevrage tabagique

La majorité réalise un entretien motivationnel (85%) avec plus ou moins la prescription de substituts nicotiniques par la suite (90%).

S'en suivent comme méthodes un rendez-vous avec un professionnel ciblé tel qu'addictologue ou tabacologue (39%) et des techniques plus récentes telles que l'hypnose, le laser ou l'acupuncture (39%).

7. Remarques facultatives

La dernière question proposait aux médecins généralistes de donner un avis libre ou bien une remarque concernant le dépistage du cancer pulmonaire en médecine générale.

Parmi les réponses obtenues nous avons le fait que cela ne fasse pas assez peur aux patients qui a été évoqué à deux reprises.

Un médecin généraliste a déclaré réaliser ce dépistage sans preuve, et surtout dans un but de sensibilisation de certains patients réceptifs alors qu'un autre note que la plupart des patients n'iraient pas faire l'examen si cela était mentionné "recherche de cancer" sur l'ordonnance.

Un autre déclare qu'il faudrait avoir plus de temps en consultation pour évoquer le sevrage tabagique et le dépistage.

Trois médecins ont évoqué également un accès au scanner thoracique low-dose difficile avec des pénuries de radiologues et des rendez-vous tardifs.

L'opinion que partage beaucoup de médecins généralistes est le fait que c'est un problème de santé publique à prendre véritablement en charge et qu'ils sont dans l'attente d'une conduite à tenir claire et de recommandations de la part de l'HAS.

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux

Un des principaux points qui ressort de cette étude est que la quasi-totalité des médecins généralistes participants (93%) pratiquent un dépistage individuel du cancer pulmonaire chez certains de leurs patients malgré l'absence de recommandations officielles de l'HAS.

Le médecin généraliste se sent donc pleinement investi dans le domaine qu'est le dépistage et encore plus par ce type de cancer qui est un véritable enjeu de santé publique.

La forte proportion de médecins généralistes réalisant un dépistage du cancer du poumon dans la région Corse, peut s'expliquer par l'incidence importante de cette maladie dans la région, plus élevée qu'au niveau national.

On observe une différence statistiquement significative en fonction du milieu d'exercice avec une représentativité significative en milieu urbain chez les médecins n'effectuant pas ce dépistage et en milieu semi-rural chez les médecins déclarant l'effectuer.

Ils sont d'ailleurs en grande majorité favorables à la mise en place d'un dépistage organisé (96%) même si plusieurs freins ont été notés comme la difficulté à caractériser une population cible précise, des rendez-vous d'imagerie compliqués à obtenir ou encore le risque de faux positifs, l'irradiation, le coût pour la société ou la réticence des patients.

Concernant les moyens de dépistage prescrits, on voit que le scanner thoracique low-dose occupe une place de plus en plus importante car il est maintenant prescrit dans notre étude par la moitié des médecins interrogés et surtout par des médecins généralistes plus jeunes.

On note de façon significative que les médecins âgés de plus de 40 ans ont tendance à moins utiliser ce type de scanner que ceux âgés de moins de 40 ans.

En fonction du milieu d'exercice on observe que les médecins installés en ville sont associés à une moindre prescription de scanner thoracique low-dose.

Beaucoup de médecins généralistes ont connaissance de ce dépistage par scanner thoracique basse irradiation avec une significativité là encore sur l'âge.

On observe que plus la moyenne d'âge des médecins participants est élevée plus ils ignorent cette méthode de dépistage.

Ceux qui déclarent en avoir connaissance en ont été informés par des biais divers (confrères, congrès, DPC) mais également grâce à l'étude ACAPULCO en cours en Corse pour 54% d'entre eux. Néanmoins on remarque que 72% des médecins généralistes interrogés n'ont jamais inclus de patients dans cette étude pourtant présente au niveau régional depuis 2021.

On note que les médecins participants utilisent comme critère de dépistage principal la combinaison entre âge et consommation tabagique active ou sevrée ce qui est en lien avec les recommandations délivrées par la SPLF à la suite des études NLST et NELSON.

L'âge seuil utilisé qui ressort en majorité est la limite de 50 ans, pour les autres critères que sont le tabagisme actif (estimé en nombre de PA) ou encore le délai de sevrage les réponses sont plus disparates ce qui est en lien aussi avec le manque de recommandations claires.

L'âge seuil de 50 ans choisi en majorité ici est probablement basé sur l'âge seuil utilisé pour les autres dépistages organisés ce qui permet au médecin de se calquer sur le même âge et avoir davantage le réflexe de le proposer aux patients. C'est également celui qui est choisi selon les recommandations de la SPLF et dans l'étude NELSON.

L'étude NLST utilisait le seuil de 30 PA alors que l'étude NELSON utilisait des seuils plus bas mais avec une prise en compte de la durée de l'exposition.

Il est compréhensible que ces questions aient des réponses assez hétérogènes car il n'existe pas de seuil de tabagisme en dessous duquel il n'existe pas de risque de développer un cancer du poumon ce sont donc des seuils arbitraires.

L'utilisation de seuils bien qu'indispensable pour cibler une population à risque expose au risque de ne pas diagnostiquer des cancers chez certains patients, les cancers chez les non-fumeurs, par exemple, représentant en France environ 25% des cancers du poumon.

Il en est de même concernant la fréquence de prescription des examens avec là encore des réponses variées en lien avec le manque de recommandations. La moitié des médecins généralistes dans notre travail le réitère dans un délai allant de 1 à 3 ans.

Ces fréquences se rapprochent de celles utilisées dans les études précédentes sur le dépistage : en effet l'étude NLST utilisait une fréquence de dépistage annuelle sur trois ans alors que l'étude NELSON utilisaient des intervalles à un an, deux ans et deux ans et demi.

L'IFCT recommande quant à elle la réalisation de deux scanners espacés d'un an et si ceux-ci sont normaux une fréquence augmentée à tous les deux ans peut être mise en place.

En réalité cette fréquence de dépistage reste encore beaucoup discutée par les experts chaque médecin généraliste faisant à mon sens en fonction de son expérience personnelle, de son interprétation mais également sur la base d'études scientifiques récentes.

A noter également que l'exposition professionnelle est utilisée en grande partie dans les critères de dépistage.

Ensuite on note une certaine réticence vis-à-vis de l'adhérence potentielle des patients à ce dépistage s'il était mis en place. Environ 60% pensent qu'il serait difficile de faire adhérer les patients éligibles comme c'est déjà le cas pour les autres dépistages mis en place tels que le cancer du sein et le cancer colo-rectal avec des taux de participations bas au niveau national et encore plus faibles à l'échelle de la Corse.

Néanmoins les médecins généralistes interrogés pensent pour les trois quarts que la mise en place de ce dépistage aurait un impact positif concernant l'arrêt du tabac chez leurs patients.

Concernant le sujet du sevrage tabagique on voit qu'il occupe une place importante dans les consultations chez la quasi-totalité des médecins participants car ils déclarent l'évoquer souvent ou à chaque consultation avec des méthodes diverses utilisées.

2. Biais

Le principal biais de cette étude est un biais de sélection qui est lié au type de recueil utilisé qu'est le questionnaire rempli de façon volontaire par les médecins généralistes.

Il est donc vraisemblable que les participants au questionnaire soient plus intéressés par le sujet.

Beaucoup de facteurs peuvent expliquer que les médecins généralistes n'ont pas répondu au questionnaire : mail non ouvert, manque de temps, oubli ou encore manque d'intérêt pour le sujet...

Cela aboutit au fait que l'échantillon n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes exerçant en Corse.

Tout d'abord dans notre étude, la majorité des répondants sont des hommes à 54% contre 46% de sexe féminin alors que les femmes ne représentent que 30% de l'effectif des médecins généralistes installés en Corse.

Ensuite concernant l'âge avec une moyenne de 44 ans dans l'échantillon contre 54 ans dans la population cible.

Et enfin, une majorité de médecins exercent dans le département de la Corse-du-Sud parmi les répondants alors qu'il y a plus de médecins généralistes installés en Haute-Corse.

Néanmoins, un bon taux de participation a été retrouvé (22,8%), supérieur à d'autres études de ce type réalisées sur ce sujet ce qui prouve que les médecins se sentent concernés et investis.

Malgré cela on note que peu de résultats sont significatifs, il aurait donc fallu plus de réponses afin d'obtenir un échantillon représentatif et de pouvoir généraliser les résultats obtenus.

Un autre potentiel biais est le fait que lors de la participation les médecins pouvaient revenir en arrière sur leurs questions, vérifier leurs réponses et éventuellement les modifier ce qui aboutit peut-être à des réponses qui ne reflètent pas réellement leurs pratiques.

La majorité était des questions fermées mais on note quand même cinq questions ouvertes qui peuvent en conséquence entraîner un biais de classement.

Le questionnaire étant ciblé sur la pratique actuelle des médecins généralistes, il ne nécessitait ni consultation d'un dossier médical ni recours à des connaissances théoriques ce qui permet de limiter un éventuel biais de mémorisation.

3. Littérature

Une thèse a été réalisée en 2021 concernant le dépistage du cancer pulmonaire et l'utilisation du scanner thoracique low-dose chez les médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. (25)

Ce travail a mis en évidence que 76% des médecins généralistes interrogés effectuaient un dépistage du cancer pulmonaire ce qui est en deçà, comparativement à notre étude. Concernant les critères, l'âge et l'intoxication tabagique sont utilisés en majorité également. Les médecins de l'échantillon étaient favorables à 90% à la mise en place de ce dépistage et considéraient que ce dernier aurait un impact positif sur l'arrêt du tabac chez leurs patients tabagiques actifs pour 65% d'entre eux.

Ce qui diffère par rapport à notre travail est dans un premier temps la connaissance du dépistage par scanner thoracique low-dose qui était méconnu par 69% des médecins qui utilisaient en majorité (40%) la radiographie thoracique.

Dans un second temps, dans cette étude 84% des médecins considéraient que leurs patients seraient motivés pour participer à ce dépistage organisé ce qui est plus élevé que dans notre travail.

Une seconde thèse réalisée en 2022 étudiait les pratiques concernant le dépistage individuel du cancer du poumon par les médecins généralistes de Haute-Garonne. (26)

Dans cette étude 66% seulement des médecins interrogés effectuaient un dépistage individuel du cancer du poumon ce qui représente également un taux plus faible que dans notre travail. On s'aperçoit que la proportion la plus importante de médecins ayant répondu positivement sont installés en milieu rural même si aucune différence significative n'est retrouvée en fonction du mode d'exercice.

Le scanner thoracique low-dose était utilisé en majorité par 58% des médecins généralistes contre 36% la radiographie thoracique.

Concernant les critères utilisés ce qui ressort également de cette étude est que :

- La majorité des médecins généralistes n'utilisent pas d'âge seuil (46%) ou alors en proportion plus faible le seuil de 50 ans (38% versus 76% dans notre étude).
- Presque la moitié des médecins généralistes (45%) n'utilisent pas de seuil concernant l'exposition tabagique active.
- La fréquence majoritaire de prescription du dépistage est d'une seule fois (44%).

Enfin, dans le même thème, une autre thèse a été réalisée en 2019 dans le département de la Somme. (27)

Cette dernière étudiait les motivations et réticences de 15 médecins généralistes concernant le dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation aux moyens d'entretiens semi-dirigés.

Il en ressort que la majorité (9/15) des médecins interrogés participaient au dépistage du cancer pulmonaire et que pour eux l'action de dépistage fait partie intégrante du rôle du médecin traitant.

Dans cette enquête, les médecins interrogés ont également identifié les patients comme possible frein à ce dépistage. Les raisons évoquées étaient surtout le manque d'intérêt des patients, la peur des examens et des résultats.

Certains médecins interrogés suggéraient l'idée d'une campagne d'informations auprès des patients éligibles afin d'améliorer l'adhésion.

L'irradiation, le risque de surdiagnostic et le coût pour la société étaient également évoqués comme potentiels freins dans ce travail de thèse.

Concernant un possible surdiagnostic, le risque élevé de faux positifs était un des arguments les plus mis en avant dans l'avis négatif de l'HAS en 2016. En effet dans l'étude NLST un très grand nombre de faux positifs était retrouvé. La différence à ce niveau-là s'est ensuite observée dans l'étude NELSON qui en changeant sa méthode avec une étude du temps de doublement des nodules a permis de réduire ce nombre de faux positifs.

A propos du coût éventuel évoqué, une étude de modélisation de l'impact économique d'un dépistage organisé a été réalisée en France en 2015. (28)

Celle-ci met en évidence que le dépistage coûterait entre 105 et 215 millions d'euros par an, qui pourrait être financé par une augmentation minime du prix du paquet de cigarettes de l'ordre de 0,05 à 0,10 centimes d'euros.

Enfin, pour revenir au dernier travail de thèse cité les médecins interrogés déclaraient que le dépistage du cancer pulmonaire était un bon moyen pour faire prendre conscience aux patients du risque de l'intoxication tabagique et éventuellement les faire arrêter mais cet impact sur le sevrage tabagique était mitigé.

Il est évident que le sevrage tabagique est la meilleure arme contre le cancer du poumon mais ces deux mesures sont additionnelles.

Dans les études précédemment réalisées, le taux de sevrage tabagique est de 10 à 20% chez les sujets dépistés et ce taux semble augmenter avec le nombre d'anomalies retrouvées lors des examens de dépistage.

Une étude du NLST au cours d'un suivi sur 5 ans a montré qu'un résultat de dépistage faussement positif était associé à un arrêt du tabac pendant au moins six mois.

Et une autre étude toujours dans le cadre de l'essai NLST a montré que le sevrage tabagique était fortement associé aux degrés des anomalies observées lors du dépistage de l'année précédente. (29)

Le rôle du médecin traitant dans l'aide au sevrage tabagique est central, en suivant un patient de façon chronique, la proposition de dépistage associée à une recommandation de sevrage du tabac va permettre d'augmenter l'adhérence aux deux.

Le remboursement de certains substituts nicotiniques depuis 2019 est une aide supplémentaire pour le sevrage de ces patients.

L'IFCT le cite d'ailleurs dans ses recommandations en déclarant que les fumeurs actifs participant au dépistage doivent être fortement encouragés à s'engager dans une démarche de sevrage et que les professionnels de santé doivent y être associés.

4. Perspectives

En France, le dépistage du cancer du poumon est un sujet d'actualité puisque l'HAS a réactualisé son avis il y a quelques années en demandant une expérimentation en vie réelle afin de documenter les modalités éventuelles d'un futur dépistage. Elle encourage donc la mise en place de programmes pilotes par l'INCA qui a d'ailleurs lancé un appel à candidatures il y a quelques mois.

Avant de se prononcer de manière officielle l'HAS attend donc des résultats plus probants et plus précis dans les mois voire années à venir.

A notre échelle régionale, il faudra attendre également les résultats de l'étude ACAPULCO en cours jusqu'en juin 2025 afin de juger de l'importance de la mise en place d'un dépistage organisé en Corse, région avec un taux de mortalité par cancer pulmonaire supérieur à la moyenne nationale.

Plusieurs études d'impulsion en France sont actuellement lancées : étude pilote CASCADE par l'AP-HP depuis avril 2022, projet LUCSO (étude soutenue par l'INCA) qui a la particularité d'évaluer la faisabilité d'un programme de dépistage chez les individus ayant été exposés conjointement au tabac et aux carcinogènes professionnels ainsi que le projet INTERCEPTION à l'institut Gustave Roussy. (30)

A l'échelle mondiale, on remarque que peu de pays ont mis en place un dépistage du cancer du poumon.

Aux Etats-Unis, un dépistage est mis en place depuis 2013, peu de temps après la publication des données de l'étude NLST. Une étude publiée en 2021 dans le JAMA (Journal of American Association) montre une baisse du taux de mortalité de 4% par an pendant 10 ans. (31)

Mais un faible taux de participation est enregistré avec seulement 12,5% des patients éligibles qui auraient participé. (32)

Les bénéfices de ce dispositif sont estimés à environ 12 000 vies sauvées par an. (33)

Au Canada, certaines provinces ou territoires tels que le Québec ou l'Ontario proposent des programmes de dépistages du cancer du poumon chez les patients les plus à risque en utilisant comme méthode de dépistage le scanner thoracique basse irradiation mais aucun dépistage au niveau du pays n'est actuellement mis en place.

En Chine, le cancer du poumon est un véritable enjeu de santé publique car c'est le pays où l'incidence est la plus élevée devant les Etats-Unis.

Le programme national de dépistage du cancer du poumon a été mené dans 12 villes réparties au sein de 8 provinces. Il consistait à proposer un unique scanner thoracique à faible dose à tous les adultes de 40 à 74 ans, asymptomatiques, mais présentant un risque élevé de cancer du poumon.

Les médecins chinois basaient leur évaluation du risque sur un score composite prenant en compte le tabagisme, mais aussi le sexe, les expositions professionnelles, le niveau d'activité physique, les éventuelles pathologies respiratoires chroniques, les antécédents familiaux et le tabagisme passif chez les femmes.

La mortalité par cancer du poumon était 31 % plus faible dans le groupe à haut risque ayant bénéficié d'un dépistage et la mortalité toutes causes était réduite de 32 % par rapport aux patients à haut risque non dépistés. (34)

Des programmes nationaux de dépistage organisés du cancer du poumon sont en cours de déploiement dans plusieurs pays européens (Croatie, Allemagne, Pologne, Royaume-Uni, République Tchèque, Italie) et de la zone Asie-Pacifique (Japon, Corée, Taïwan, Australie). (35)

Actuellement la littérature fourmille de données concernant les perspectives et l'évolution du dépistage.

Trois pistes principales peuvent être cependant retenues : les études sur les critères d'éligibilité de la population, celles sur les modalités du scanner et celles sur les biomarqueurs. (30)

Définir les critères optimaux de l'éligibilité de la population est absolument majeur.

Le modèle PLCOm2012 est le plus connu de ces modèles de risque. (36)

Il prend en compte 11 critères prédictifs (âge, ethnie, niveau d'éducation, indice de masse corporelle, antécédent de BPCO, antécédent personnel de cancer, antécédents familiaux de cancer du poumon, statut tabagique, intensité et durée du tabagisme, durée d'interruption si anciens fumeurs).

Ce modèle a été validé par plusieurs équipes dans le monde et permettrait de dépister davantage de cancers. L'utilisation du modèle PLCOm2012 complet peut fournir des prédictions plus précises en intégrant des facteurs de risque supplémentaires.

En ce qui concerne les biomarqueurs plusieurs types sont actuellement à l'étude et les micro-ARN semblent particulièrement prometteurs.

V. CONCLUSION

Le cancer du poumon est le cancer le plus meurtrier en France tous sexe confondu, et son incidence bien que stable chez l'homme ne cesse d'augmenter chez la femme.

Il constitue donc un véritable enjeu de santé publique.

Depuis l'étude NLST publiée en 2011 le sujet du dépistage organisé du cancer du poumon a été relancé et est de plus en plus d'actualité au fil des années avec de nombreuses études réalisées.

Les recommandations françaises et internationales sont homogènes sur l'évaluation de l'intérêt de la mise en place d'un dépistage et convergent en faveur d'un dépistage par scanner thoracique à faible irradiation dans une population à risque.

L'HAS a d'ailleurs réactualisé son avis en décembre 2021 en demandant la mise en place d'études pilotes en vie réelle pour évaluer la faisabilité de ce dépistage.

Devant la sur représentation de ce type de cancer en Corse, dans ce travail nous nous sommes intéressés à la pratique des médecins généralistes concernant le dépistage individuel du cancer pulmonaire.

On s'aperçoit que les médecins se sentent concernés car 93% des médecins généralistes interrogés déclarent pratiquer ce dépistage chez leurs patients à risque en utilisant les critères que sont l'âge et la consommation tabagique.

Les réponses concernant les critères de sélection et la fréquence de prescription sont plus hétérogènes en l'absence de recommandations claires.

Nous nous sommes aperçus à travers cette étude d'une très grande connaissance de la part des médecins généralistes concernant ce dépistage par scanner thoracique low-dose qui le prescrivent maintenant en grande majorité.

Les médecins généralistes sont convaincus de son intérêt et favorables à sa mise en place même si plusieurs freins existent et que les patients restent réticents dans le domaine du dépistage.

Le dépistage doit s'accompagner d'une aide au sevrage tabagique et de la recherche de comorbidités respiratoires liés au tabac afin de maximiser l'effet sur la mortalité globale. C'est un rôle central chez les médecins traitants qui déclarent en majorité évoquer ce problème lors de leurs consultations et que la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du poumon aurait un impact positif sur la diminution de la consommation de tabac.

La mise en place de ce dépistage constituerait une avancée majeure dans les années à venir avec l'espoir d'une diminution de la mortalité par cancer du poumon.

Il faudra donc attendre les résultats d'études en cours ou à venir au niveau national comme régional avec par exemple l'étude ACAPULCO en Corse afin d'avoir des recommandations claires à ce sujet.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Le cancer du poumon - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-poumon>
2. SPF. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Poumon [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-poumon>
3. Heuzé G. Estimations régionales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 Estimations pour la Corse.
4. Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. JAMA. 28 sept 2005;294(12):1505-10.
5. item_309_CANCER_2023.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: https://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2023/07/ITEM_309_CANCER_2023.pdf
6. SPF. Les effets sur la santé du tabagisme passif. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011 [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/les-effets-sur-la-sante-du-tabagisme-passif-numero-thematique-journee-mondiale-sans-tabac-31-mai-2011>
7. https://www.corse-du-sud.gouv.fr/index.php/contenu/telechargement/11213/71286/file/07_risque_radon-2.pdf

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

9. SFR e-Bulletin [Internet]. 2018 [cité 25 nov 2024]. Quoi de neuf en imagerie thoracique en 2018 ? Disponible sur: <https://ebulletin.radiologie.fr/reportages-samedi/quoi-neuf-imagerie-thoracique-2018>

10. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. (2011). *New England Journal of Medicine*, 365(5), 395-409.

11. Aberle DR, DeMello S, Berg CD, Black WC, Brewer B, Church TR, et al. Results of the two incidence screenings in the National Lung Screening Trial. N Engl J Med. 5 sept 2013;369(10):920-31.

12. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. N Engl J Med. 6 févr 2020;382(6):503-13.

13. Couraud S, Ferretti G, Milleron B, Cortot A, Girard N, Gounant V, et al. Recommandations de l'Intergroupe francophone de cancérologie thoracique, de la Société de pneumologie de langue française, et de la Société d'imagerie thoracique sur le dépistage du cancer bronchopulmonaire par tomodensitométrie à faible dose d'irradiation. Revue des Maladies Respiratoires. mars 2021;38(3):310-25.

14. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Pertinence du dépistage du cancer broncho-pulmonaire en France - Point de situation sur les données disponibles - Analyse critique des études contrôlées randomisées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2001613/fr/pertinence-du-depistage-du-cancer-broncho-pulmonaire-en-france-point-de-situation-sur-les-donnees-disponibles-analyse-critique-des-etudes-controlees-randomisees

15. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3310940/fr/depistage-du-cancer-bronchopulmonaire-par-scanner-thoracique-faible-dose-sans-injection-actualisation-de-l-avis-de-2016
16. Leleu O, Basille D, Auquier M, Clarot C, Hogue E, Pétigny V, et al. Lung Cancer Screening by Low-Dose CT Scan: Baseline Results of a French Prospective Study. Clin Lung Cancer. mars 2020;21(2):145-52.
17. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2022-2023 et évolution depuis 2005 [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2022-2023-et-evolution-depuis-2005>
18. Cancer colorectal : un taux de participation aux tests de dépistage stable en 2021-2022 [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/cancer-colorectal-un-taux-de-participation-aux-tests-de-depistage-stable-en-2021-2022>
19. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
20. Institut National du Cancer, (2011). Médecins généralistes et dépistage des cancers. - Recherche Google [Internet]. [cité 25 nov 2024]
21. Vincent G., Facteurs prédictifs de participation au dépistage du cancer pulmonaire chez les médecins généralistes de la Somme (80). Thèse de médecine, UPJV (2018)

22. L'Institut national du cancer publie le 3e rapport au président de la République sur les avancées de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/L-Institut-national-du-cancer-publie-le-3e-rapport-au-president-de-la-Republique-sur-les-avancees-de-la-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
23. Programme pilote du dépistage des cancers du poumon : l'Institut national du cancer publie l'appel à candidatures - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/Programme-pilote-du-depistage-des-cancers-du-poumon-l-Institut-national-du-cancer-publie-l-appel-a-candidatures>
24. CRCDC-CORSE [Internet]. [cité 25 nov 2024]. CRCDC-CORSE | ACAPULCO Projet. Disponible sur: <https://www.depistage-cancer-corse.fr/projet>
25. Burgaud C. Dépistage du cancer pulmonaire et scanner thoracique low-dose : enquête de pratique auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France. Thèse de Médecine, 2021.
26. Salmon M., Étude des pratiques concernant le dépistage individuel du cancer du poumon par les médecins généralistes de Haute -Garonne. Thèse de Médecine, 2022.
27. Vallée G. Dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation : motivations et réticences des médecins généralistes. Enquête qualitative auprès de 15 médecins généralistes de la Somme. 5 févr 2019;113.
28. Gendarme S, Perrot É, Reskot F, Bhoowabul V, Fourre G, Souquet PJ, et al. Modélisation de l'impact économique d'un dépistage organisé du cancer du poumon en France. Revue des Maladies Respiratoires. 1 sept 2017;34(7):717-28.

29. Peiffer G, Underner M, Perriot J, Ruppert AM, Tiotiu A. Sevrage tabagique et dépistage du cancer du poumon. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 nov 2020;37(9):722-34.
30. Pascal Wang, Jeanne Chapron, Souhail Bennani, Marie-Pierre Revel, Marie Wislez, Dépistage du cancer du poumon : mise au point, actualités et perspectives, *Bulletin du Cancer*, 2023, ISSN 0007-4551, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.11.006>
31. Cancer du poumon : nouvelles preuves de la pertinence du dépistage précoce par TDM aux USA [Internet]. [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.thema-radiologie.fr/actualites/3164/cancer-du-poumon-nouvelles-preuves-de-la-pertinence-du-depistage-precoce-par-tdm-aux-usa.html>
32. Richards TB, Soman A, Thomas CC, VanFrank B, Henley SJ, Gallaway MS, et al. Screening for Lung Cancer - 10 States, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 28 févr 2020;69(8):201-6.
33. Ma J, Ward EM, Smith R, Jemal A. Annual number of lung cancer deaths potentially avertable by screening in the United States. *Cancer*. 1 avr 2013;119(7):1381-5.
34. Dépistage du cancer broncho-pulmonaire en Chine : une importante étude prospective. [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: <https://biblio.ifct.fr/depistage-du-cancer-broncho-pulmonaire-en-chine-une-importante-etude-prospective>
35. Wait S, Alvarez-Rosete A, Osama T, Bancroft D, Cornelissen R, Marušić A, et al. Implementing Lung Cancer Screening in Europe: Taking a Systems Approach. *JTO Clinical and Research Reports*. 22 avr 2022;3(5):100329.
36. Evidencio. Simplified PLCOm2012: Selection criteria for lung cancer screening - Evidencio [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.evidencio.com/models/show/993>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire diffusé

1. Question 1 : Êtes-vous : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Un homme
☐ Une femme

2. Question 2 : Quel âge avez-vous? *

3. Question 3 : Dans quel département exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Corse-du-Sud
☐ Haute-Corse

4. Question 4 : Dans quel milieu exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Urbain
☐ Rural
☐ Semi-rural

5. Question 5 : Êtes-vous fumeur? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Tabagisme sevré

6. Question 6 : Proposez-vous un dépistage du cancer pulmonaire à certains de vos patients ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passer à la question 16*

7. Question 7 : Si oui, quel(s) critère(s) utilisez-vous pour ce dépistage ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Tabagisme seul *Passer à la question 9*
- ☐ Age du patient seul *Passer à la question 8*
- ☐ Consommation tabagique + âge du patient combinés *Passer à la question 8*

8. Question 8 : Concernant l'âge : quel âge seuil utilisez-vous? *

9. Question 9 : Concernant le critère de la consommation tabagique, quel(s) déterminant(s) utilisez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Tabagisme actif
- ☐ Tabagisme sevré
- ☐ Tabagisme passif

10. Question 10 : Concernant le tabagisme actif : à partir de combien de paquets-années réalisez vous un dépistage individuel? (ne pas répondre si non coché à la question 9)

11. Question 11 : Concernant le critère du tabagisme sevré, quel délai de sevrage utilisez-vous comme seuil ? (ne pas répondre si non coché à la question 9)

12. Question 12 : Avez-vous déjà utilisé l'exposition professionnelle active ou ancienne chez u patient pour effectuer un dépistage ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

13. Question 13 : Avez-vous déjà utilisé les antécédents familiaux du patient pour effectuer un dépistage?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

14. Question 14 : Qu'utilisez-vous comme moyen de dépistage ? *

Plusieurs réponses possibles.

☐ Radiographie thoracique

☐ Scanner thoracique classique

☐ Scanner thoracique low-dose

15. Question 15 : A quelle fréquence réalisez-vous ces examens d'imagerie ? *

16. Question 16 : Avez-vous déjà eu connaissance du dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique low-dose?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non *Passer à la question 18*

17. Question 17 : Si oui par quels biais : *

Plusieurs réponses possibles.

☐ Congrès, DPC

☐ Confrères

☐ Patients

☐ Etude ACAPULCO

☐ Autre :

18. Question 18 : Connaissiez-vous les critères des études NLST et NELSON préconisés concernant le dépistage individuel du cancer pulmonaire issus des recommandations de 2021 de la SPLF ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

19. Question 19 : Seriez-vous favorable à la mise en place d'un dépistage organisé du cancer pulmonaire?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

20. Question 20 : Quels seraient les freins d'après vous à la mise en place d'un dépistage organisé?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Le manque de recommandations par la HAS
- ☐ La difficulté de caractériser une population précise à dépister
- ☐ Accès difficile à des rendez-vous de scanner
- ☐ Le risque de faux positifs et de surdiagnostic
- ☐ L'irradiation
- ☐ Le coût
- ☐ La réticence, la peur des patients
- ☐ Le manque de temps de la part de certains médecins
- ☐

Autre :

21. Question 21 : Avez-vous déjà inclus des patients dans l'étude ACAPULCO actuellement lancée en Corse concernant le dépistage du cancer pulmonaire?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. Question 22 : Selon vous, compte tenu de la trop faible participation aux dépistages organisés (sein, colo rectal) en Corse, serait-il plus facile de faire adhérer les patients éligibles à ce dépistage ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

23. Question 23 : Selon vous ce dépistage, s'il était mis en place, aurait-il un impact positif concernant l'arrêt du tabac chez ces patients ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

24. Question 24 : Concernant le sevrage tabagique lors de vos consultations à quelle fréquence l'évoquez-vous avec vos patients fumeurs?

Une seule réponse possible.

☐ A chaque consultation

☐ Souvent

☐ Rarement

☐ Jamais *Passer à la question 26*

25. Question 25 : Si oui quels moyens utilisez-vous principalement ? *

Plusieurs réponses possibles.

☐ Entretien motivationnel

☐ Prescription de substituts nicotiques

☐ Rendez-vous avec addictologue/tabacologue

☐ Autres techniques : laser/hypnose/acupuncture

26. Question 26 : Des remarques et/ou avis libres sur le dépistage pulmonaire du cancer pulmonaire en médecine générale ?
-

Annexe 2 : Résultats analyse univariée

<i>Caractéristiques</i>	<i>Rapport de cotes</i>	<i>IC (95%)</i>	<i>Valeur p</i>
<i>Age</i>	0,98	-0,06 - 0,03	0,45
<i>Tranche d'âge cut-off 40 (supérieur ou égal à 40 ans)</i>	0,42	-1,95 - 0,23	0,12
<i>Sexe</i>			
<i>Sexe (Une femme)</i>	1,27	-0,83 - 1,30	0,66
<i>Milieu d'exercice</i>			
<i>Milieu d'exercice (Semi-rural)</i>	0,20	-3,80 - 0,55	0,14
<i>Milieu d'exercice (Urbain)</i>	0,12	-4,32 - 0,08	0,06
<i>Département</i>			
<i>Département (Haute-Corse)</i>	2,17	-0,34 - 1,89	0,17
<i>Fumeur</i>			
<i>Fumeur (Oui)</i>	0,72	-2,14 - 1,47	0,72
<i>Fumeur (Tabagisme sévère)</i>	0,84	-1,66 - 1,31	0,81

ABREVIATIONS UTILISEES

ACAPULCO : Agir contre le CAncer PULmonaire en Corse

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

CASCADE : Dépistage du CAncer du poumon par SCanner faible Dose

CP : Cancer pulmonaire

CRCDC : Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

DPC : Développement professionnel continu

HAS : Haute Autorité de Santé

IFCT : Intergroupe de cancérologie thoracique

INCA : Institut National du Cancer

MG : Médecin généraliste

NLST : National Lung Screening Trial

PA : Paquets-années

PLCO: Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian screening trial

SPLF : Société de pneumologie de langue française

STLD : Scanner thoracique low-dose

URPS ML : Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Tableau 2 : Proposition de dépistage du cancer du poumon

Tableau 3 : Critères utilisés pour le dépistage

Tableau 4a : Critères de la consommation tabagique utilisés

Tableau 4b : Critères de la consommation tabagique utilisés (Hors tabagisme actif 100% des répondants)

Tableau 5 : Critère de l'exposition professionnelle

Tableau 6 : Critère des antécédents familiaux

Tableau 7a : Imagerie(s) prescrite lors du dépistage

Tableau 7b : Imagerie(s) prescrite lors du dépistage

Tableau 8 : Résultats modèle multivariée

Tableau 9a : Connaissance du dépistage par scanner thoracique low-dose

Tableau 9b : Connaissance du dépistage par scanner thoracique low-dose

Tableau 10 : Répartition selon la connaissance des recommandations de 2021 suite aux études NLST/NELSON

Tableau 11 : Répartition selon les avis favorables ou non à la mise en place d'un dépistage organisé

Tableau 12 : Freins à la mise en place d'un dépistage

Tableau 13 : Répartition selon l'adhésion des patients à ce dépistage

Tableau 14 : Répartition sur l'avis d'un impact positif concernant le sevrage tabagique

Tableau 15 : Répartition de l'information concernant le sevrage tabagique lors des consultations

Tableau 16 : Moyens utilisés concernant le sevrage tabagique

Graphique 1 : Proposition de dépistage du cancer du poumon

Graphique 2 : Répartition selon les critères de dépistage

Graphique 3 : Répartition par critère d'âge seuil

Graphique 4 : Répartition selon le critère seuil de tabagisme actif (en PA) utilisé

Graphique 5 : Répartition selon le critère du délai (en années) de sevrage tabagique

Graphique 6 : Répartition selon le critère de l'exposition professionnelle

Graphique 7 : Répartition selon le critère des antécédents familiaux

Graphique 8 : Fréquence de prescription des examens d'imagerie

Graphique 9 : Répartition selon la connaissance du dépistage par scanner low-dose

Graphique 10 : Répartition selon la connaissance des recommandations de 2021 suite aux études NLST/NELSON

Graphique 11 : Répartition à propos de l'inclusion des patients dans l'étude ACAPULCO

Graphique 12 : Répartition selon les avis favorables ou non à la mise en place d'un dépistage organisé

Graphique 13 : Répartition selon l'adhésion des patients à ce dépistage

Graphique 14 : Répartition sur l'avis d'un impact positif concernant le sevrage tabagique

Graphique 15 : Répartition de l'information concernant le sevrage tabagique lors des consultations

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Introduction : Le cancer du poumon représente le 3^{ème} cancer en termes d'incidence en France avec plus de 50 000 nouveaux cas chaque année et le cancer le plus meurtrier. La Corse est une des régions les plus touchées avec une sur incidence et une sur mortalité. Le facteur de risque principal est le tabagisme actif qui est responsable de 85% des cancers pulmonaires.

Les deux principales études réalisées à ce sujet sont les études NLST et NELSON qui ont toutes deux démontré l'efficacité du dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation sur la mortalité. A la suite de ces travaux de recherches, la SPLF a émis des recommandations en 2021 justifiant d'un tel dépistage chez les patients à risque.

L'HAS jugeait que toutes les conditions n'étaient pas réunies afin d'organiser un dépistage organisé mais a réactualisé son avis en demandant la réalisation d'études pilotes en vie réelle afin d'évaluer les modalités de la possible mise en place d'un tel dépistage.

Objectif : Décrire la pratique actuelle des médecins généralistes exerçant en Corse concernant le dépistage individuel du cancer pulmonaire.

Matériel et méthodes : Il s'agit une étude descriptive transversale réalisée auprès des médecins généralistes libéraux exerçant en Corse. Un questionnaire électronique respectant l'anonymat a été diffusé aux médecins généralistes via l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de Corse. Les données ont été recueillies dans le logiciel Excel puis analysées.

Les tests statistiques utilisés étaient celui du Chi-Deux ou de Fisher.

Résultats : Sur l'ensemble des 324 médecins généralistes interrogés, nous avons obtenu 74 réponses ce qui représente un taux de participation de 22,8%. La quasi-totalité des médecins (93%) pratiquent un dépistage individuel du cancer pulmonaire chez leurs patients à risque.

Ils sont d'ailleurs en grande majorité favorables à la mise en place d'un dépistage organisé (96%) même si plusieurs freins ont été notés. Le scanner thoracique low-dose occupe une place de plus en plus importante car il est maintenant prescrit dans notre étude par la moitié des médecins interrogés.

Les médecins participants utilisent comme critère de dépistage principal la combinaison entre âge et consommation tabagique active ou sevrée.

L'âge seuil utilisé qui ressort en majorité est la limite de 50 ans, pour les autres critères que sont le tabagisme actif, le délai de sevrage et la fréquence de prescription des examens d'imagerie les réponses sont plus hétérogènes. On note une certaine réticence vis-à-vis de l'adhérence potentielle des patients à ce dépistage s'il était mis en place. Néanmoins les médecins généralistes interrogés pensent pour les trois quarts que la mise en place de ce dépistage aurait un impact positif concernant l'arrêt du tabac chez leurs patients. Le sujet du sevrage tabagique occupe une place importante dans les consultations chez la quasi-totalité des médecins participants avec diverses méthodes utilisées.

Conclusion : En France, le dépistage du cancer du poumon est un enjeu de santé publique. Malgré l'absence de recommandations officielles on voit que les médecins généralistes se sentent concernés et investis. Depuis plusieurs années, le sujet du dépistage organisé du cancer du poumon a été relancé et est de plus en plus d'actualité avec de nombreuses études réalisées.

Les recommandations françaises et internationales sont homogènes sur l'évaluation de l'intérêt de la mise en place d'un dépistage et convergent en faveur d'un dépistage par scanner thoracique à faible irradiation dans une population à risque.

A l'échelle nationale comme régionale, il faudra attendre les résultats de plusieurs études en cours ainsi que la mise en place de programmes pilotes par l'INCA afin de juger de l'importance de la mise en place d'un dépistage organisé et d'avoir des recommandations claires à ce sujet dans le futur.

Sa mise en place constituerait une avancée majeure dans les années à venir avec l'espoir d'une diminution de la mortalité par cancer du poumon.

Mots-clés : DEPISTAGE, MEDECIN GENERALISTE, CORSE, CANCER POUMON, SCANNER THORACIQUE, SEVRAGE TABAGIQUE.