



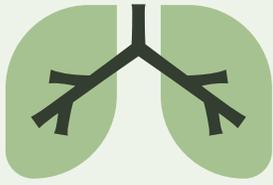
Rapport de **2024** sur les différents visages du cancer du poumon



**Unir les voix.
Assurer l'accès.
Améliorer la qualité de vie.**



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**



GIVE A
BREATH
5K



LUNG
CANCER
CANADA

CANCER
PULMONAIRE
CANADA



Ensemble,
nous
pouvons faire
la différence.

Give a Breath 5k est la principale collecte de fonds au Canada au profit de la communauté de personnes aux prises avec le cancer du poumon.

Les fonds amassés servent à fournir des soutiens, à éduquer, à faire progresser les efforts de sensibilisation, à alimenter les études de recherche et à mettre les ressources indispensables entre les mains de ceux qui en ont besoin.

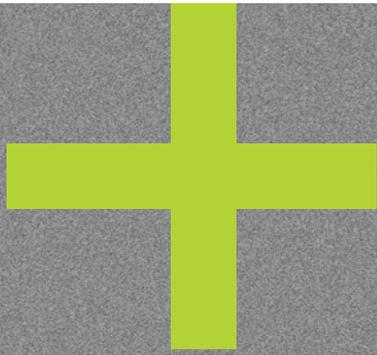
Joignez-nous à nous et faites partie de notre mouvement!

giveabreath.ca



+ Table des matières

À propos de Cancer pulmonaire Canada	4
Qui nous sommes et comment nous prêtons notre concours	
Introduction	8
Mise en contexte – <i>D^{re} Stephanie Snow</i>	
Regard vers l’avenir – <i>Shem Singh</i>	
État du cancer du poumon au Canada	11
Statistiques	
Progrès et défis en matière de dépistage et de détection précoce du cancer du poumon – <i>D^r Christian Finley</i>	
La promesse des traitements nouveaux et naissants : accélérer l’accès aux soins de pointe – <i>D^r David Stewart</i>	
Essais cliniques : possibilités et défis – <i>D^{re} Rosalyn Juergens</i>	
Lueur d’espoir : les progrès récents de la recherche sur le cancer du poumon – <i>D^r Stephen Lam et D^r Geoffrey Liu</i>	
Voix d’espoir et de résilience	24
Défense des droits des proches aidants et des cliniciens : un effort collaboratif – <i>Tanya Bossy and D^r Kevin Jao</i>	
Le pouvoir du soutien – <i>Bev Moir et Ron Foreman</i>	
Le pouvoir transformateur de la médecine de précision – <i>Katie Hulan</i>	
Rapport annuel sur l’accès aux traitements du cancer du poumon au Canada	33
Tableau 1 – État des recommandations portant sur les médicaments de l’Agence des médicaments du Canada	
Tableau 2 – Date de la couverture provinciale des médicaments	
Tableau 3 – Délai entre l’approbation par la FDA et la couverture provinciale	
Remerciements	43



À propos de Cancer pulmonaire Canada



+ Qui nous sommes et comment nous prêtons notre concours

Le cancer du poumon demeure le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada et la principale cause de décès par cancer. Cette maladie non seulement met en péril le bien-être physique des personnes atteintes d'un cancer du poumon, mais aussi laisse des séquelles émotionnelles et financières sur ces personnes, ainsi que sur leurs proches aidants et leurs êtres chers.

Face à ce défi, Cancer pulmonaire Canada se donne comme mission de soutenir la communauté des personnes touchées par le cancer du poumon, de promouvoir la détection précoce, de faire progresser la recherche cruciale, d'éliminer la stigmatisation associée au cancer du poumon et de plaider en faveur du changement nécessaire pour vaincre cette maladie dévastatrice.

Notre mission :



Augmenter la sensibilisation du public au cancer du poumon



Soutenir les personnes atteintes d'un cancer du poumon et leurs familles, et défendre leurs intérêts



Mettre des ressources éducatives à la disposition des patients, des membres de leur famille, des professionnels de la santé et du grand public.

+ Notre travail



Programmes d'accompagnement

Nous proposons aux personnes atteintes du cancer du poumon et à leurs proches un réseau de ressources et de services qui offrent des conseils et des renseignements, ainsi qu'un soutien émotionnel et pratique.



Éducation et sensibilisation

Grâce à des campagnes d'éducation et à des programmes de sensibilisation au risque associé au cancer du poumon et à l'importance du dépistage précoce, nous donnons à la population les moyens de prendre des décisions éclairées concernant leur santé.



Avancées de la recherche

Nous investissons dans des initiatives de recherche novatrices qui visent à approfondir la compréhension du cancer du poumon, à mettre au point de meilleurs traitements et à améliorer les issues cliniques.



Défense des intérêts

Nous prôtons des politiques et des initiatives qui sensibilisent le pays au cancer du poumon et garantissent un accès équitable à son dépistage et à ses traitements.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cancer pulmonaire Canada est reconnaissant des contributions exceptionnelles de son conseil d'administration. Sa vision et la générosité de ses membres sont le moteur de l'engagement indéfectible de Cancer pulmonaire Canada à l'égard de la communauté des personnes touchées par le cancer du poumon.

Présidente

D^{re} Stephanie Snow
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Président sortant

D^r Paul Wheatley-Price
Ottawa (Ontario)

Vice-présidente

Maria Amaral
Toronto (Ontario)

Trésorier

Nicolas Delisle
Calgary (Alberta)

Secrétaire générale

Emi Bossio
Calgary (Alberta)

Administrateurs

D^{re} Cheryl Ho
Vancouver (C.-B.)

D^{re} Rosalyn Juergens
Hamilton (Ontario)

Scott Lanaway
Toronto (Ontario)

Elizabeth Moreau
Ottawa (Ontario)

Shem Singh - Ex-officio
Toronto (Ontario)

COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

Le comité médical consultatif joue un rôle crucial dans l'avancement de la mission de Cancer pulmonaire Canada, en lui **prodiguant ses conseils, son soutien et ses idées-forces.**

Coprésidents

D^{re} Rosalyn Juergens
Hamilton (Ontario)

D^r Kevin Jao
Montréal (Québec)

Membres

D^r Mahmoud Abdelsalam
Moncton (Nouveau-Brunswick)

D^r Ron Burkes
Toronto (Ontario)

D^r Shantanu Banerji
Winnipeg (Manitoba)

D^{re} Parneet Cheema
Brampton (Ontario)

D^r Normand Blais
Montréal (Québec)

D^{re} Susanna Cheng
Toronto (Ontario)

D^{re} Nicole Bouchard
Sherbrooke (Québec)

D^{re} Negar Chooback
Belleville (Ontario)

D^r Quincy Chu
Edmonton (Alberta)

D^{re} Nathalie Daaboul
Montréal (Québec)

D^r David Dawe
Winnipeg (Manitoba)

D^{re} Michela Febraro
Sault-Sainte-Marie (Ontario)

D^r Christian Finley
Hamilton (Ontario)

D^{re} Desiree Hao
Calgary (Alberta)

D^{re} Cheryl Ho
Vancouver (C.-B.)

D^{re} Diana Ionescu
Vancouver (C.-B.)

D^r Shaqil Kassam
Newmarket (Ontario)

D^r Biniam Kidane
Winnipeg (Manitoba)

D^{re} Catherine Labbé
Québec (Québec)

D^r Stephen Lam
Vancouver (C.-B.)

D^r Wan Lam
Vancouver (C.-B.)

D^{re} Natasha Leighl
Toronto (Ontario)

D^r Geoffrey Liu
Toronto (Ontario)

D^{re} Dorothy Lo
Toronto (Ontario)

D^r Nicholas Meti
Montréal (Québec)

D^r Wojciech Morzycki
Halifax (Nouvelle-Écosse)

D^r Vishal Navani
Calgary (Alberta)

D^{re} Kirstin Perdrizet
Brampton (Ontario)

D^{re} Callista Phillips
Burlington (Ontario)

D^{re} Lacey Pitre
Sudbury (Ontario)

D^r Jeffrey Rothenstein
Oshawa (Ontario)

D^r Randeep Sangha
Edmonton (Alberta)

D^r Brandon Sheffield
Brampton (Ontario)

D^{re} Stephanie Snow
Halifax (Nouvelle-Écosse)

D^{re} Silvana Spadafora
Sault-Sainte-Marie (Ontario)

D^r David Stewart
Ottawa (Ontario)

D^{re} Sara Taylor
Kelowna (C.-B.)

D^r Yee Ung
Toronto (Ontario)

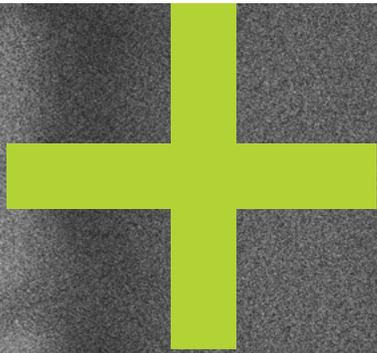
D^r Mark Vincent
London (Ontario)

D^r Paul Wheatley-Price
Ottawa (Ontario)

D^r Zhaolin Xu
Halifax (Nouvelle-Écosse)

D^r Sunil Yadav
Saskatoon (Saskatchewan)

D^r Jawaid Younus
London (Ontario)



Introduction





+ Mise en contexte

D^{re} Stephanie Snow
Cancérologue interniste, Centre des sciences de la santé QEII
Présidente, Cancer pulmonaire Canada

À titre de présidente de Cancer pulmonaire Canada, j'ai eu le privilège d'observer de près les progrès remarquables réalisés dans le traitement du cancer du poumon, ainsi que les difficultés profondes auxquelles continue d'être confrontée notre communauté. Cette lutte contre le cancer du poumon me tient à cœur. En qualité de cancérologue interniste spécialisée dans le cancer du poumon, j'ai accompagné des patients dans la complexité de leur diagnostic et de leur traitement. Ces expériences ont façonné ma carrière et nourri ma passion pour la défense des intérêts et le changement.

L'une des réalités les plus éprouvantes que j'ai constatées est la stigmatisation subie par un trop grand nombre de patients atteints de cancer du poumon. L'idée fautive selon laquelle le cancer du poumon est exclusivement une conséquence du tabagisme persiste, bien que nous sachions que cette maladie peut frapper n'importe qui. Le cancer du poumon ne se préoccupe pas de savoir si une personne fume ou non. Aucune personne ne devrait croire que son diagnostic est auto-infligé, quels que soient ses antécédents tabagiques. Cette stigmatisation isole les patients, crée des obstacles inutiles aux soins et retarde le traitement. L'un de mes principaux objectifs consiste à démythifier ces idées fausses et néfastes, car chaque patient mérite la compassion, la dignité et l'accès aux soins en temps opportun.

Cette année, le rapport *Les différents visages du cancer du poumon* est axé sur l'égalité des chances – un principe qui est au cœur de la mission de Cancer pulmonaire Canada. L'égalité des chances suppose que chaque personne atteinte d'un cancer du poumon accède aux meilleurs soins possibles, indépendamment de son lieu de résidence, de ses antécédents ou de sa situation financière. Malheureusement, ce n'est pas encore le cas. Des inégalités flagrantes persistent à travers le Canada. L'accès aux traitements vitaux, aux essais cliniques et aux services de soutien varie considérablement selon la province du patient ou selon qu'il habite en zone rurale ou urbaine. Ces disparités sont inacceptables et leur élimination demeure l'une des principales priorités de Cancer pulmonaire Canada.

Le rapport de cette année met en lumière les voix des patients, des proches aidants et des cliniciens, tout en soulignant les progrès réalisés dans des domaines comme le dépistage, la détection précoce et la mise au point de nouveaux traitements. Mais il met également en évidence le travail urgent qu'il reste à accomplir.

Nous devons poursuivre la promotion de normes nationales en matière de soins et d'un accès équitable au dépistage, aux essais cliniques, aux tests et aux traitements qui sont encore inabordables pour un trop grand nombre de personnes.

Cancer pulmonaire Canada travaille sans relâche à combler ces lacunes par l'entremise de partenariats, de recherches et d'initiatives de défense des intérêts. Des ressources éducatives, comme *Votre guide complet sur le cancer du poumon*, aux programmes de soutien aux patients et aux proches aidants que nous offrons, nous nous engageons à habiliter et à soutenir notre communauté.

Au cœur de ce rapport, vous trouverez le témoignage des personnes qui nous inspirent chaque jour – patients, familles, prestataires de soins de santé et défenseurs des intérêts. Leur endurance et leur détermination soulignent l'importance de ce travail et nous motivent à continuer à aller de l'avant.

Ensemble, nous œuvrons pour un avenir où le cancer du poumon ne fera plus l'objet d'une stigmatisation, où chaque patient recevra les soins nécessaires et où l'espoir sera toujours à portée de main.

D^{re} Stephanie Snow
Présidente, Cancer pulmonaire Canada



+ Regard sur l'avenir

Shem Singh
Directeur général de Cancer pulmonaire Canada

Cette année, le rapport *Les différents visages du cancer du poumon* est axé sur l'égalité des chances qui est au cœur de la mission de Cancer pulmonaire Canada. Nous sommes aux côtés des personnes qui ont le plus besoin de nous. Nous nous engageons à garantir que chaque personne, indépendamment de son lieu de résidence ou de ses antécédents, a accès aux soins, aux ressources et aux soutiens qu'elle mérite.

Certes, nous avons progressé dans la prise en charge du cancer du poumon, mais les témoignages poignants dans ce rapport nous rappellent que les défis restent immenses. Le cancer du poumon ne fait pas de discrimination, mais bien trop souvent, les systèmes conçus pour le traiter en font. Les obstacles au diagnostic précoce, les inégalités des chances dans l'accès aux traitements vitaux et la répartition inégale des ressources laissent un très grand nombre de personnes à la traîne. Nous sommes déterminés à changer cette situation.

Chez Cancer pulmonaire Canada, nous luttons pour combler ces lacunes en apportant un soutien aux personnes atteintes de cette maladie, mettant à leur disposition les ressources essentielles, créant des partenariats avec ceux qui partagent notre vision et favorisant les modifications de politiques nécessaires à l'amélioration de l'accès pour tous. Mais nous ne pouvons pas y parvenir seuls.

Nous avons besoin de vous.

En mettant en avant la voix des personnes atteintes du cancer du poumon, nous pouvons aplanir les obstacles qui entravent l'accès à des soins équitables. En conjuguant nos efforts, nous pouvons créer un avenir où tous les Canadiens et Canadiennes atteints d'un cancer du poumon auront une chance équitable de survivre et de vivre dans la dignité.

C'est dans cet esprit d'espoir et de détermination que je vous invite à découvrir le rapport *Les différents visages du cancer du poumon* de cette année. Ces témoignages ne sont pas uniquement des histoires de lutte, mais aussi de résilience, de force et de l'incroyable pouvoir du soutien et de la collaboration. Elles nous rappellent les raisons pour lesquelles nous faisons ce que nous faisons et nous inspirent à continuer de faire pression en faveur du changement dont la nécessité est criante.

Ensemble, faisons en sorte qu'aucune personne ne se trouve seule face au cancer du poumon.

Shem Singh

Directeur général, Cancer pulmonaire Canada



État du cancer du poumon au Canada

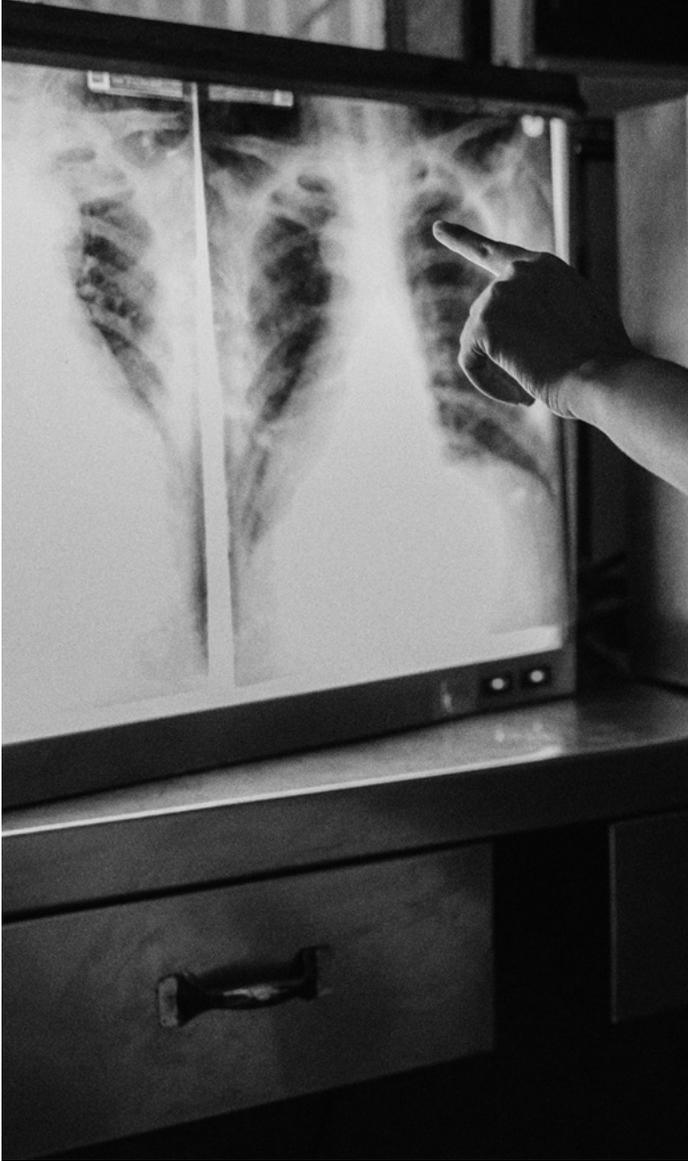
THE HARD FACTS ABOUT LUNG CANCER IN CANADA...

- #1** LUNG CANCER IS THE MOST COMMONLY DIAGNOSED AND LEADING KILLER OF ALL CANCERS IN CANADA
- EVERY DAY** 34 CANADIANS WILL BE DIAGNOSED WITH LUNG CANCER*
- EVERY HOUR** 2 CANADIANS WILL BE LEFT FOREVER TO THEIR FAMILIES, FRIENDS AND LOVED ONES*
- 31,000** CANADIANS ARE ESTIMATED TO BE DIAGNOSED WITH LUNG CANCER IN 2020*
- 22%** VS 50% FOR PROSTATE AND 67% FOR BREAST AND COLONRECTAL
THE FIVE-YEAR SURVIVAL RATE FOR LUNG CANCER IS ONLY*
- 20,600** CANADIANS WILL DIE FROM LUNG CANCER IN 2020
MORE THAN 100,000 PROSTATE AND COLON CANCER CASES*
- 24%** OF ALL CANCER DEATHS IN CANADA**
- ADVANCEMENTS ARE HANDICAPPED BY LIMITED FINANCING*

THIS NEEDS TO CHANGE AND DONATE / VOLUNTEER / ADVOCATE LEARN MORE AT LUNG.CANCER.CANADA.CA

WE NEED YOUR HELP

*Source: Statistics Canada, Lung Cancer Canada (LCC) in Canada with national cancer organizations and provincial cancer organizations. **Source: Canadian Cancer Society (CCS) in Canada with national cancer organizations and provincial cancer organizations. *Source: Canadian Cancer Society (CCS) in Canada with national cancer organizations and provincial cancer organizations. **Source: Canadian Cancer Society (CCS) in Canada with national cancer organizations and provincial cancer organizations.



+ Statistiques

État du cancer du poumon

Aujourd'hui, le cancer du poumon demeure le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada et la cause la plus fréquente de décès par cancer. On estime que 20 700 Canadiens et Canadiennes mourront d'un tel cancer cette année, soit plus que les cancers du sein, de la prostate et du côlon réunis.

Bien que les progrès en recherche et en traitements au cours de la dernière décennie se soient traduits par le taux de survie le plus élevé, près de 70 % des diagnostics de cancer du poumon sont encore établis au stade avancé, lorsque la maladie s'est déjà propagée dans l'organisme et que le taux de survie devient faible.

Le cancer du poumon est responsable d'**un** décès par cancer sur **quatre**



24%
au Canada.



70 %

des cancers du poumon sont diagnostiqués aux stades III et IV

32 100

Canadiens et Canadiennes recevront ce diagnostic en 2024

20 700

Canadiens et Canadiennes mourront en 2024 d'un cancer du poumon

1 sur 14

Canadien recevra un diagnostic de cancer du poumon au cours de sa vie



+ Progrès et défis en matière de dépistage et de détection précoce du cancer du poumon

UNE CONVERSATION AVEC LE D^r CHRISTIAN FINLEY

Chirurgien thoracique – St. Joseph’s Healthcare
Expert principal, Partenariat canadien contre le cancer
Responsable clinique, Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Le cancer du poumon reste l’un des cancers les plus meurtriers au monde, mais les progrès en matière de dépistage commencent à changer la donne. Selon le Dr Christian Finley, chirurgien thoracique au St. Joseph’s Healthcare à Hamilton, cette lutte lui tient à cœur d’un point de vue tant personnel que professionnel.

+ Expertise générationnelle et volonté d’optimiser les résultats

La carrière du Dr Finley en chirurgie thoracique prend la forme d’une tradition familiale. « Je suis unique en ce sens que mon grand-père était chirurgien thoracique, que mon père est chirurgien thoracique et que je suis maintenant chirurgien thoracique. Je suis le seul chirurgien thoracique de troisième génération que je connaisse dans le monde », a-t-il affirmé. Malgré cet héritage, son intérêt initial pendant ses études en médecine était général. En fin de compte, la complexité et l’aspect humain de la chirurgie thoracique ont suscité son intérêt. « La chirurgie thoracique comprend de nombreux aspects interpersonnels : les relations avec les patients au fil du temps, les diagnostics qui bouleversent le cours de la vie, les difficultés techniques liées aux opérations chirurgicales et l’accompagnement des patients pendant le traitement », explique-t-il.

Son intérêt pour le dépistage du cancer du poumon est né de sa vision plus large de la santé publique. Dans le cadre de sa maîtrise en santé publique à l’Université Harvard, le Dr Finley a reconnu que la détection précoce joue un rôle majeur dans l’évolution des taux de survie au cancer du poumon. « Le dépistage du cancer du poumon peut améliorer le taux de survie de 20 %. Il s’agit d’une occasion générationnelle de changer la donne en cancer du poumon », a-t-il souligné. La détection précoce, notamment par tomodensitométrie à faible dose, permet de poser un diagnostic à un stade où il est toujours possible de traiter la maladie, ce qui offre aux patients de meilleures chances de survie.

+ La détection précoce peut sauver des vies

Le Dr Finley a souligné le rôle vital de la détection précoce dans la survie des patients atteints de cancer du poumon. « En l'absence du dépistage, le cancer du poumon est souvent découvert par accident ou après l'apparition de symptômes, ce qui signifie généralement que la maladie est déjà à un stade avancé », explique-t-il. Malheureusement, la plupart des cas de cancer du poumon – environ 75 % – sont diagnostiqués à un stade avancé, lorsqu'un traitement curatif n'est plus possible, donnant lieu à des taux de mortalité élevés. « Dans de nombreuses formes de traitement du cancer, nous nous réjouissons lorsque nous réussissons à prolonger la vie du patient de quelques mois, mais dans le cas d'un cancer du poumon à un stade précoce, les chirurgiens peuvent guérir jusqu'à 80 % des patients », a fait remarquer le Dr Finley.

Le dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose offre les meilleures chances de détection précoce, c'est-à-dire la possibilité d'attraper la maladie avant qu'elle n'évolue à un stade avancé. Le Dr Finley estime que ce point d'inflexion est essentiel pour sauver des vies. « Une détection précoce de la maladie est essentielle pour optimiser les résultats, car c'est à ce stade que les traitements peuvent porter leurs fruits », a-t-il déclaré.

+ Relever le défi en matière d'égalité des chances

Si la technologie a favorisé l'accès au dépistage du cancer du poumon, des obstacles importants subsistent pour de nombreux groupes, notamment ceux issus de milieux socioéconomiques défavorisés. En effet, le cancer du poumon touche de manière disproportionnée les communautés marginalisées. Le Dr Finley a souligné la forte corrélation entre le tabagisme, cause principale du cancer du poumon, et le statut socioéconomique. « Le tabagisme est inversement proportionnel à la richesse ou, en d'autres termes, il est lié aux déterminants sociaux de la santé », a-t-il expliqué.

Dans son cabinet, le Dr Finley constate directement les répercussions de ces inégalités, en particulier dans les régions mal servies où il a travaillé. Nombre de ses patients n'ont pas accès à un médecin de famille, sont confrontés à des difficultés de transport ou ont des connaissances

limitées en matière de santé. « Dans les endroits où j'ai travaillé, il n'y a pas de transports en commun. De nombreuses personnes n'ont ni le temps ni les ressources nécessaires pour se déplacer afin de recevoir des soins », a-t-il déclaré. Pour les personnes qui occupent des emplois mal rémunérés, il est parfois impossible de s'absenter pour se rendre à un rendez-vous chez le médecin.

Ces obstacles sont aggravés par des problèmes culturels et systémiques, notamment la méfiance à l'égard du système de soins de santé. « Les populations autochtones ont longtemps fait l'objet de racisme et de marginalisation, ce qui entraîne une méfiance et une réticence à l'égard des soins », fait remarquer le Dr Finley. Pour les immigrants récents, les barrières linguistiques et la méconnaissance du système de soins de santé peuvent retarder l'accès au dépistage et au traitement.

Les disparités sont encore plus prononcées dans les régions rurales et reculées. « Les habitants des régions éloignées risquent de ne pas avoir accès au dépistage ou de ne pas disposer des ressources nécessaires pour se rendre dans un centre », a expliqué le Dr Finley. Il en résulte une « course à obstacles multiples », où les personnes présentant un risque élevé de cancer du poumon se heurtent à des obstacles cumulés en matière de soins qui se traduisent par une détérioration des possibilités de survie. « Il s'agit d'une diminution de 30 % des chances de survie en raison de ces obstacles cumulés », a-t-il déclaré.

+ Un appel à des solutions systémiques

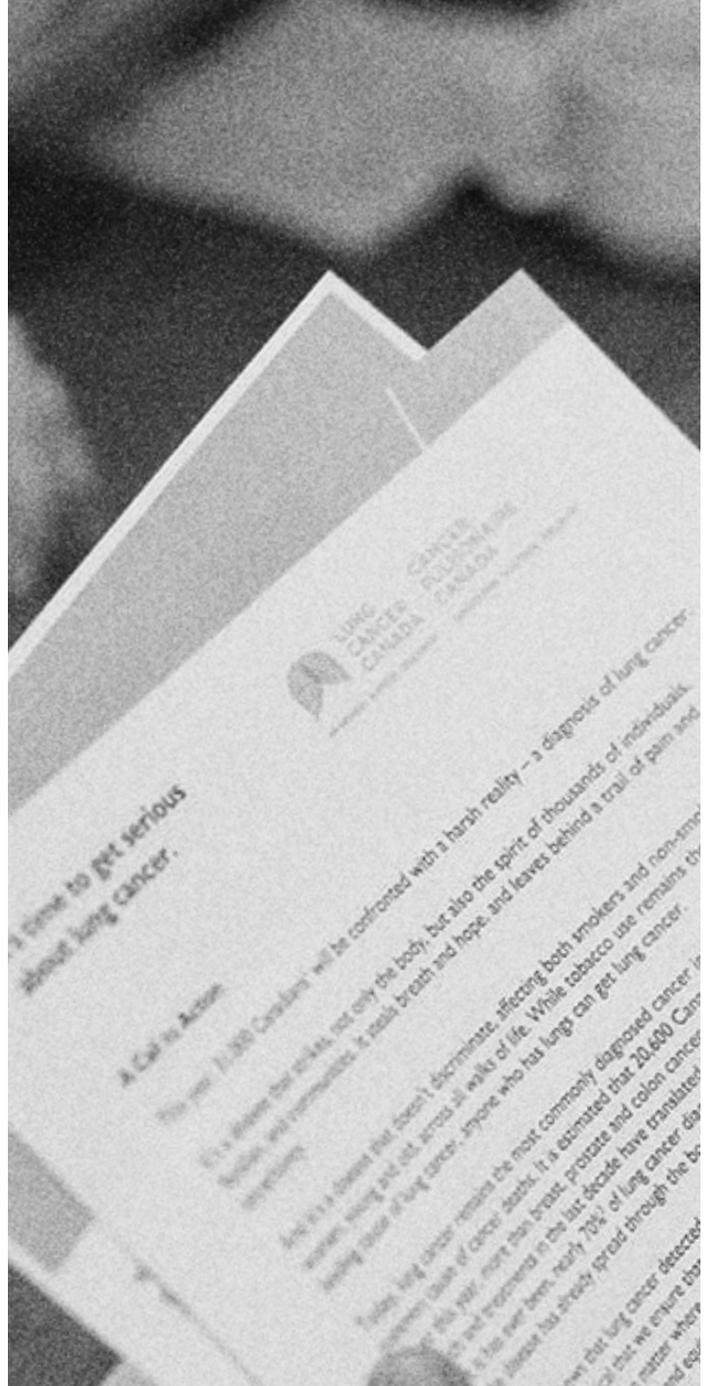
Pour remédier à ces défis, le Dr Finley plaide en faveur de changements aux politiques d'intérêt public et d'une meilleure distribution des services de dépistage. L'une des solutions consiste en l'expansion des modèles en étoile, où les centres de dépistage sont plus largement répartis. Cela facilite l'accès aux services pour les patients des régions éloignées. Des unités mobiles ont été proposées, mais selon le Dr Finley, des centres fixes assortis de cabinets satellites constituent une solution plus durable et plus efficace, compte tenu de la géographie du Canada. « Les établissements fixes et les modèles en étoile offrent une proposition de valeur bien supérieure », a-t-il proposé.

Il constate également un potentiel dans la technologie, notamment dans l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA), pour contribuer à l'amélioration de la précision des diagnostics dans les zones mal servies.

+ Regard vers l'avenir : l'occasion générationnelle

Le Dr Finley reste optimiste quant à l'avenir du dépistage du cancer du poumon au Canada. Malgré le rythme lent des progrès, des programmes comme ceux de la Colombie-Britannique et de l'Ontario se développent et d'autres provinces suivent le mouvement. Pourtant, le Dr Finley estime que davantage de mesures sont nécessaires pour accroître la participation et garantir un accès équitable. L'éducation et la sensibilisation du public sont essentielles à ces efforts. « Nous envahissons constamment les médecins de famille avec des informations, mais il vaut la peine de poursuivre les efforts pour en faire une priorité », a-t-il précisé. Il a souligné l'importance de la défense des droits par le bas et du rôle des organismes communautaires dans la sensibilisation du public, notamment les populations mal servies. « Souvent, les gens écoutent davantage leurs voisins et les membres de leur famille que les médecins », remarque-t-il.

Le Dr Finley appelle à investir davantage dans le dépistage du cancer du poumon, en soulignant l'importance de l'égalité des chances en soins de santé. « Nous avons besoin de notre juste part du gâteau », a-t-il déclaré. Il affirme que le dépistage du cancer du poumon n'est pas uniquement une question médicale, mais un impératif moral. « Il s'agit d'une occasion générationnelle que nous devons saisir. »



+ État du dépistage du cancer du poumon au Canada

■ Planification ou mise en œuvre d'activités
 ■ Aucune activité de dépistage du cancer du poumon en cours





+ La promesse des traitements nouveaux et naissants : accélérer l'accès aux traitements de pointe

UNE CONVERSATION AVEC LE D^r DAVID STEWART

Cancérologue interniste - Hôpital d'Ottawa
Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Oncologue à l'Hôpital d'Ottawa et professeur de médecine à l'Université d'Ottawa, le Dr David Stewart met en lumière l'évolution rapide du traitement du cancer du poumon, une maladie qui touche plus de 32 000 Canadiens chaque année et qui représente près de 25 % des décès par cancer. Depuis le début de sa carrière dans les années 1970 au MD Anderson Cancer Center (Texas), il a vécu en direct l'évolution dans ce domaine. « Nous voyons des traitements qui relevaient de la science-fiction il y a encore quelques années et qui offrent aujourd'hui tant d'espoir aux patients à qui l'on ne pouvait proposer auparavant que peu d'options », explique-t-il.

Initialement attiré par l'oncologie en raison de son expertise en pharmacologie et du rôle émergent de la chimiothérapie, le Dr Stewart s'est finalement consacré au cancer du poumon, une maladie complexe avec des taux de mortalité élevés. « Les patients arrivent souvent chez nous lorsque la maladie est à un stade avancé, ce qui complique le traitement. Relever ce défi m'a toujours motivé, car le traitement le plus prometteur est toujours celui qui n'a pas encore été découvert », déclare-t-il.

+ Chimiothérapie : pierre angulaire du traitement, mais avec des limites

La chimiothérapie a longtemps été la pierre angulaire du traitement du cancer, ciblant les cellules cancéreuses à division rapide pour prévenir leur propagation. Toutefois, ses effets systémiques peuvent entraîner des effets secondaires importants comme des nausées, de la fatigue et la perte des cheveux. Malgré ces inconvénients, la chimiothérapie reste un traitement critique, surtout en combinaison avec d'autres traitements et pour des types de cancer du poumon plus rares où les options plus ciblées sont limitées. « Bien que la

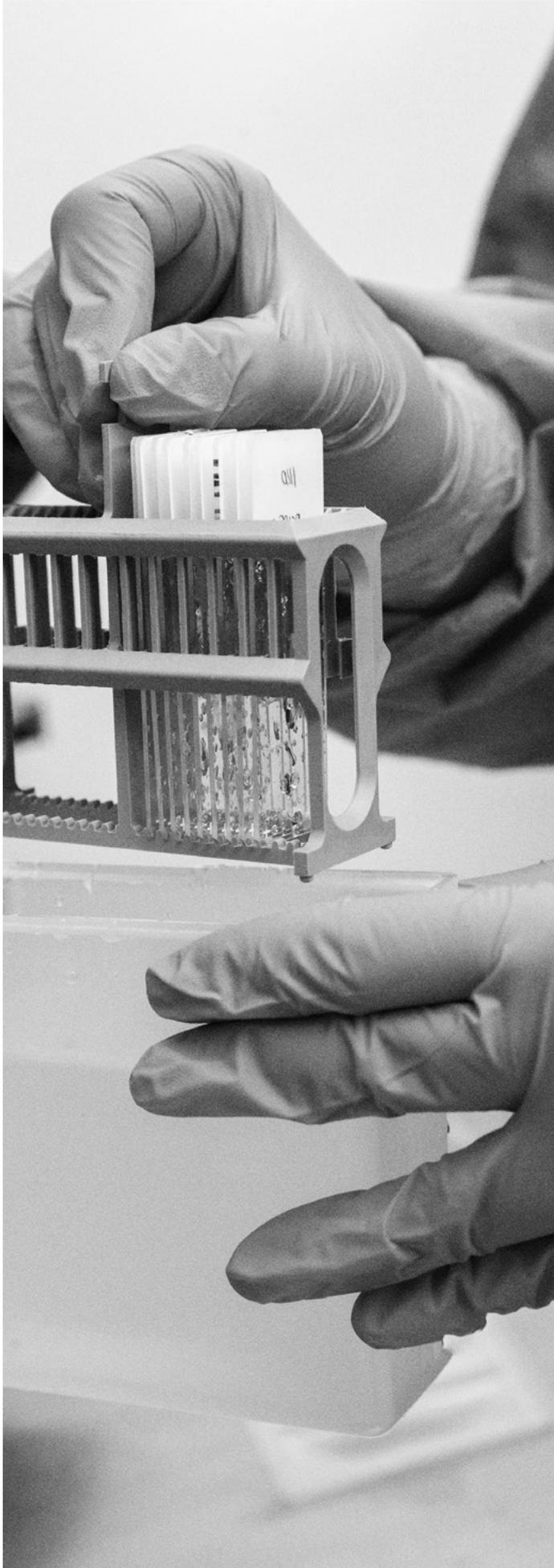
chimiothérapie puisse être efficace, sa nature non sélective peut souvent présenter une toxicité », note le Dr Stewart. En conséquence, l'objectif principal de la recherche sur le cancer au cours des dernières décennies a été de mettre au point de nouvelles options de traitement plus précises pour cibler les cellules cancéreuses.

+ Immunothérapie : la donne change dans les soins contre le cancer

L'une des avancées les plus passionnantes de ces dernières années a été l'immunothérapie qui met le système immunitaire du patient à contribution pour lutter contre le cancer. Les inhibiteurs des points de contrôle immunitaire, comme les anticorps PD-1, PD-L1 et CTLA-4, sont un succès remarquable dans l'amélioration de la survie chez certains patients atteints de cancer du poumon. Toutefois, compte tenu des 13 points de contrôle immunitaires différents de l'organisme et du fait que les patients n'en bénéficient pas tous de la même manière, la nécessité d'une innovation continue de s'imposer.

+ Traitements ciblés : montée en flèche de la médecine de précision

Les traitements ciblés sont devenus un outil puissant, attaquant principalement les mutations génétiques particulières qui entraînent la croissance du cancer. Contrairement à la chimiothérapie qui détruit indistinctement toutes les cellules à division rapide, les traitements ciblés s'attaquent directement aux cellules cancéreuses et ont souvent moins d'effets secondaires. « Ces thérapies ont révolutionné nos méthodes, des dizaines d'entre elles ayant émergé au cours de la dernière décennie », explique le Dr



Stewart. Il n'en demeure pas moins que des défis subsistent, en particulier en ce qui concerne leur applicabilité à divers types de cancer du poumon.

Ces traitements ciblés sont incroyablement efficaces pour lutter contre certaines mutations du cancer du poumon non à petites cellules. Néanmoins, ces mutations ne surviennent pas nécessairement dans d'autres types de cancers du poumon, comme les cancers du poumon à petites cellules et à cellules squameuses; c'est pourquoi les options de traitement standard pour ces types plus rares restent l'immunothérapie et la chimiothérapie. « Si nous trouvons un jour ces mutations conductrices dans d'autres types de cancer du poumon, nous pourrions avoir un traitement ciblé; mais nous n'en sommes tout simplement pas encore là. »

La résistance à ces traitements est également un obstacle crucial auquel les patients et les oncologues sont confrontés au fil du temps. Au début, les traitements ciblés peuvent supprimer les cellules cancéreuses sensibles, mais des clones résistants peuvent émerger éventuellement. « C'est comme si nous arrivions à éliminer la partie la plus facile à tuer du cancer, mais la partie la plus résistante qui se cache en arrière-plan prend le dessus. » À mesure que ces cellules résistantes se développent, le cancer réapparaît et le traitement initial devient inefficace. L'utilisation de l'IA pour concevoir un médicament qui arrive à définir la forme des cellules cibles et peut être adapté spécifiquement à chaque patient offre un potentiel que le Dr Stewart attend avec impatience; mais il prévient que cela relève encore « beaucoup de la science-fiction ».

+ Nouveaux traitements : repousser les frontières

Des recherches incroyables sont actuellement menées dans le domaine du cancer du poumon, avec de nouvelles technologies de dépistage, de diagnostic et de traitement qui redonnent vite espoir aux Canadiens touchés par le cancer du poumon.

Une découverte notable est le potentiel d'un vaccin à ARNm, semblable au vaccin contre la COVID-19, qui vise à renforcer la réponse immunitaire contre le cancer du poumon non à petites cellules. Bien qu'il en soit encore à ses balbutiements, ce succès marquerait un important bond en avant dans le traitement du cancer.

En outre, les conjugués anticorps-médicament (CAM) et les anticorps bispécifiques (Bi-Abs) qui engagent les lymphocytes T sont prometteurs, car ils se lient

sélectivement aux cellules cancéreuses tout en en réduisant la toxicité. Toutefois, le Dr Stewart prévient que ces traitements reposent toujours sur la surexpression d'antigènes, ce qui peut limiter leur efficacité.

+ Obstacles à l'accès : égalité des chances et rapidité dans l'administration du traitement

Bien qu'il existe de nombreux traitements fort prometteurs à l'horizon, la question de l'accessibilité et des inégalités en matière de diagnostic reste un obstacle important pour les Canadiens. « Le Canada se classe en bas de liste des pays de l'OCDE pour ce qui est du nombre de tomodensitomètres, d'IRM, de TEP et de lits d'hôpital par million d'habitants, souligne-t-il. Mais ce n'est pas le problème le plus inquiétant – notre plus gros problème, c'est la pénurie de spécialistes du cancer. Ils sont essentiels pour établir les diagnostics initiaux, faire des biopsies, décider des chirurgies, interpréter des tomodensitogrammes et des résultats de l'examen anatomopathologique. Le Canada se classe au 28e rang sur 32 pays de l'OCDE pour le nombre d'oncologues par population. Cette pénurie retarde la suite à donner pour amener un patient du diagnostic initial au traitement, en particulier dans les zones rurales ou mal servies, éloignées des grands centres urbains, où les patients présentent souvent une maladie à un stade plus avancé. »

Une fois qu'un patient reçoit son diagnostic, l'accès aux traitements les plus récents est un autre grand obstacle. Au Canada, le processus d'approbation réglementaire est plus lent que dans d'autres pays de l'OCDE, ce qui entraîne un retard dans l'accès aux médicaments vitaux. « Nous devons attendre plus d'un an de plus que le délai moyen des pays de l'OCDE pour qu'un nouveau médicament contre le cancer soit approuvé, ce qui entraîne d'importantes inégalités dans les soins », se désole-t-il. Un écart important se pointe aussi pour ce qui est des médicaments financés par les deniers publics d'un océan à l'autre.

Une solution proposée par le Dr Stewart est l'entente de partage des coûts, les gouvernements ne payant que pour les traitements dont l'efficacité est prouvée. Ce modèle permettrait aux patients d'accéder plus rapidement aux traitements de pointe, tout en atténuant les préoccupations concernant le coût élevé des nouveaux médicaments. À défaut, des pays comme le Royaume-Uni et l'Allemagne négocient les prix des médicaments en même temps qu'ils



évaluent les technologies de la santé. Malheureusement, au Canada, cette négociation n'a actuellement lieu qu'une fois le financement public a été approuvé officiellement aux paliers fédéral et provincial, ce qui retarde davantage l'accès des patients au médicament.

+ Préparation au succès : l'avenir des soins contre le cancer

Malgré ces difficultés, le Dr Stewart reste optimiste. « Les choses ont changé de façon explosive ces dernières années », observe-t-il, notant que les traitements autrefois jugés miraculeux sont désormais routiniers, permettant aux patients de survivre pendant des années plutôt que des mois.

Dans l'ensemble, l'avenir du traitement du cancer du poumon semble très prometteur, avec des percées en immunothérapie, en traitements ciblés, voire en nouvelles options de traitement personnalisé à l'horizon. Mais pour que tous les patients bénéficient également de ces progrès, des changements importants doivent être apportés à nos méthodes de prestation des soins, qu'il s'agisse d'accélérer les processus d'approbation des médicaments ou d'assurer un accès équitable aux diagnostics et aux traitements. Comme le Dr Stewart le dit avec éloquence : « L'ancienne façon de faire les choses est trop coûteuse, tant en vies qu'en dollars. Il est temps de passer aux actes maintenant pour que tous les patients puissent bénéficier des progrès incroyables réalisés dans la prise en charge du cancer du poumon. »



+ Progrès et défis en matière de dépistage et de détection précoce du cancer du poumon

UNE CONVERSATION AVEC LA D^{re} ROSALYN JUERGENS

Cancérologue interniste – Centre de cancérologie Juravinski
Membre du conseil d'administration de Cancer pulmonaire Canada
Coprésidente, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

La Dre Rosalyn Juergens est une pionnière de la recherche sur le cancer du poumon, ayant consacré sa carrière à faire progresser les essais cliniques qui élargissent les options de traitement du cancer au Canada. Sa passion pour la recherche clinique est née au cours de sa formation en oncologie médicale. Dans ce contexte, elle a pu observer l'incidence profonde des essais cliniques sur la vie des patients. « J'ai constaté très tôt que les essais cliniques étaient la voie vers un changement réel pour les personnes vivant avec le cancer », se souvient-elle. Cette passion l'a poussée à poursuivre un doctorat en investigation clinique, l'armant des outils nécessaires pour mener des recherches innovantes et transformer le paysage des soins contre le cancer.

Depuis, la Dre Juergens est devenue une figure emblématique de l'oncologie clinique. À l'heure actuelle, elle dirige la cellule d'essais cliniques du Centre de cancérologie Juravinski, à Hamilton, où elle est à l'avant-garde de recherches révolutionnaires. Son engagement en faveur de l'égalité des chances et de l'accessibilité des essais cliniques l'a motivée à élargir les possibilités offertes aux patients, en veillant à ce que personne ne soit laissé pour compte dans la lutte contre le cancer.

+ L'incidence des essais cliniques : un nouvel espoir pour les patients

Pour la Dre Juergens, les essais cliniques vont plus loin que de simples études de recherche : il s'agit de bouées de sauvetage pour les patients. « Les essais cliniques

permettent aux patients d'avoir accès à des traitements qu'ils n'auraient peut-être jamais eu la chance de recevoir autrement », explique-t-elle. Ces essais proposent souvent des thérapies de pointe qui ne sont pas encore disponibles dans le cadre des options de traitement standard, offrant ainsi de l'espoir aux patients qui ont épuisé toutes les autres options.

Son expérience à l'hôpital Johns Hopkins, au début des essais d'immunothérapie, témoigne de cette conviction. La Dre Juergens se souvient d'avoir assisté aux premiers essais chez l'humain des inhibiteurs de PD-1 et de PDL-1, des immunothérapies révolutionnaires qui ont bouleversé le traitement du cancer. « J'ai vu des personnes dont la vie a été sauvée grâce à ces essais », se souvient-elle. Un patient atteint d'un cancer du poumon de stade IV fait partie des premières personnes à bien réagir à l'immunothérapie et a fini par vivre plus de dix ans après avoir participé à un essai.

Les patients atteints de cancer du poumon en particulier ont largement profité des essais cliniques qui ont introduit des traitements innovants, comme les traitements ciblés et les immunothérapies qui optimisent les taux de survie et la qualité de vie. La Dre Juergens précise que, sans les essais cliniques, nombre de ces avancées ne seraient pas possibles. « Chaque avancée dans le traitement du cancer du poumon, qu'il s'agisse de médicaments ciblés agissant sur des mutations génétiques ou d'immunothérapies, a commencé par un essai clinique », souligne-t-elle.



+ L'équité dans les essais cliniques : briser les barrières

Malgré ces succès, la Dre Juergens est parfaitement consciente des obstacles qui entravent l'accès de nombreux patients aux essais cliniques – des obstacles qui influent de manière disproportionnée sur les personnes issues de groupes mal servis. « Le cancer du poumon ne fait pas de discrimination, mais l'accès au traitement en fait souvent, fait-elle remarquer. « Les patients des zones rurales, les patients dont les ressources financières sont limitées et les populations autochtones sont souvent confrontés à des difficultés insurmontables pour participer aux essais, notamment lorsqu'ils doivent se déplacer vers de grands centres urbains, loin de leur domicile. »

« Si vos ressources financières sont limitées et que vous devez faire un trajet sur plusieurs heures pour vous rendre dans un centre de cancérologie, l'idée de participer à un essai clinique devient accablante », explique la Dre Juergens. Ces obstacles sont encore plus importants pour les patients atteints de cancer du poumon qui font souvent l'objet d'une stigmatisation en raison de l'association perçue entre le cancer du poumon et le tabagisme. Cela les dissuade davantage de se tourner vers des traitements expérimentaux.

Pour remédier à ces inégalités, la Dre Juergens lutte pour la décentralisation des essais cliniques. En d'autres termes, elle cherche à amener la recherche aux patients, plutôt que d'attendre qu'ils se rendent dans des centres urbains. Elle imagine un avenir où les essais fonctionneront selon un modèle en étoile, permettant aux patients de participer à partir de centres locaux, tandis que la gestion des données et des aspects réglementaires est centralisée. Selon elle, la pandémie de COVID-19 a propulsé ce changement en prouvant que les essais à distance peuvent être fructueux et sûrs. « Nous avons prouvé que les essais peuvent avoir lieu n'importe où et que les patients ne devraient pas choisir entre le traitement et la proximité avec leur domicile. »

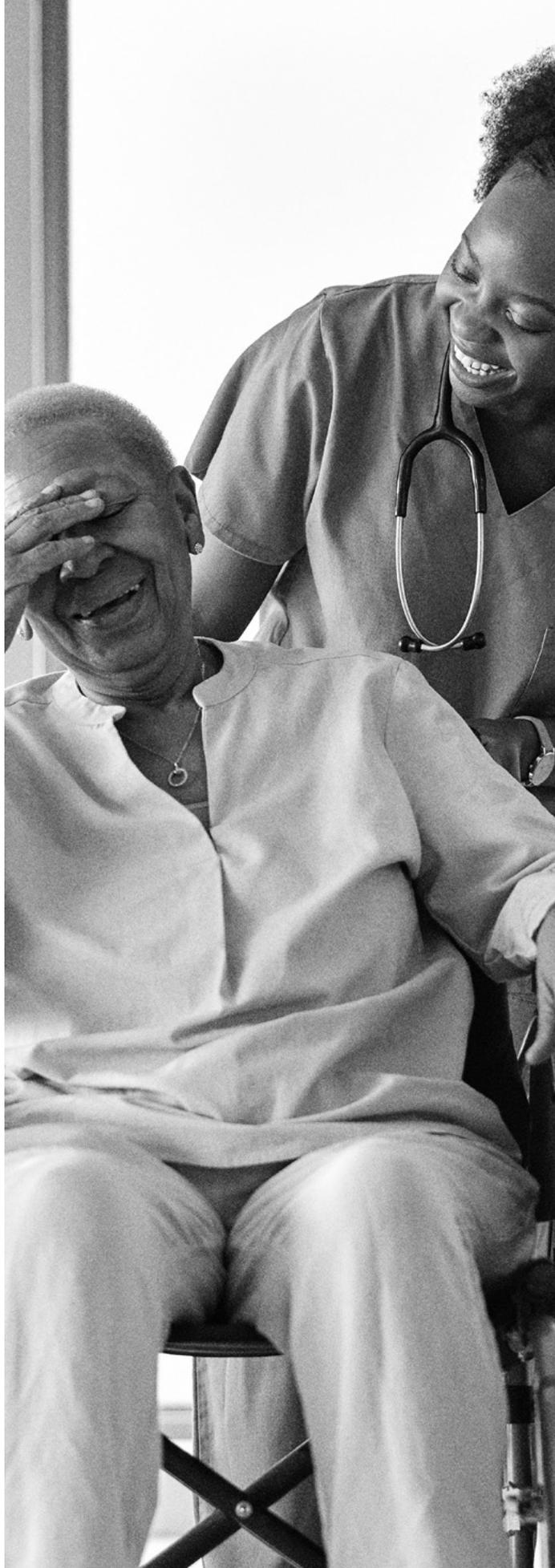
+ Transformer les essais cliniques pour tous les Canadiens et Canadiennes

La Dre Juergens est optimiste quant à l'avenir des essais cliniques au Canada. Des initiatives nationales, comme le Groupe canadien des essais sur le cancer (GCEC), visent déjà à étendre l'accès aux essais dans les régions mal servies, ce qui permettra aux patients partout au pays de bénéficier plus facilement de traitements expérimentaux. Cependant, elle pense que l'on peut faire davantage pour améliorer la participation, notamment en adoptant un modèle d'inclusion automatique dans le cadre duquel les patients sont automatiquement pris en compte pour les essais, à moins qu'ils ne refusent d'y participer. « À l'heure actuelle, c'est le patient qui doit choisir de participer, mais en changeant ce paradigme, nous pourrions assurer une plus grande participation et offrir davantage d'occasions aux personnes qui en ont besoin », suggère-t-elle.

+ Les essais cliniques : une bouée de sauvetage pour les patients atteints de cancer du poumon

Pour les patients atteints de cancer du poumon, la participation à des essais cliniques peut faire la différence entre la vie et la mort. Bon nombre des traitements les plus importants contre le cancer du poumon, notamment les traitements ciblant des mutations comme l'EGFR et le KRAS, ont été rendus possibles par les essais cliniques. Ces avancées bouleversent le traitement du cancer du poumon en permettant d'offrir des thérapies plus personnalisées, ayant moins d'effets secondaires que la chimiothérapie traditionnelle.

Pourtant, l'accès à ces traitements continue de poser problème, notamment pour les patients vivant en dehors des grandes zones métropolitaines. La Dre Juergens est



particulièrement préoccupée par les disparités dans la participation aux essais cliniques parmi les personnes confrontées à des difficultés financières ou géographiques. « Ce sont les patients qui pourraient bénéficier le plus de ces traitements de pointe qui sont souvent les moins susceptibles d'y participer », déplore-t-elle.

La Dre Juergens estime qu'une partie de la solution réside dans la sensibilisation et le démantèlement des mythes qui entourent les essais cliniques. « Beaucoup de gens pensent que les essais cliniques sont risqués ou qu'ils seront traités comme des cobayes », explique-t-elle. Toutefois, en réalité, les essais permettent souvent aux patients de recevoir les meilleurs soins possibles en leur donnant accès à de nouveaux traitements et en leur apportant un soutien et un suivi supplémentaires.

+ Un avenir d'équité et d'innovation

La Dre Juergens reste convaincue que les essais cliniques sont la clé de l'avenir des soins contre le cancer. Cependant, dans le but de réaliser pleinement le potentiel des essais, il est nécessaire d'aplanir les obstacles à la participation. « Il ne s'agit pas uniquement d'un enjeu scientifique, dit-elle. Il faut garantir que tout le monde a un accès égal à ces traitements qui sauvent des vies. »

Alors qu'elle continue de jouer les locomotives dans la recherche sur le cancer du poumon, la Dre Juergens espère que, grâce à la collaboration, à l'innovation et à un engagement en faveur de l'équité, l'avenir des essais cliniques sera davantage accessible et inclusif pour tous les patients, notamment pour ceux qui en ont le plus besoin.

« Les essais sont l'avenir », affirme-t-elle. Et grâce à sa vision d'un système plus équitable, cet avenir semble prometteur pour les patients atteints de cancer du poumon partout au Canada.



+ Une lueur d'espoir pour l'avenir : les récentes avancées dans la recherche sur le cancer du poumon.

UN ENTRETIEN AVEC LES DOCTEURS STEPHEN LAM ET GEOFFREY LIU

Dr Stephen Lam

Pneumologue - BC Cancer Agency
Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Dr Geoffrey Liu

Scientifique principal - Princess Margaret Cancer Centre
Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Les récentes percées révolutionnaires dans la recherche sur le cancer du poumon ont suscité un nouvel élan d'espoir chez les patients, avec de nombreux essais cliniques et projets de recherche qui émergeront dans les prochains mois. Le Dr Stephen Lam de BC Cancer Agency et le Dr Geoffrey Liu du Centre de cancérologie Princess Margaret, deux experts éminents dans ce domaine, ont consacré leur carrière à faire avancer la détection, le traitement et les soins du cancer du poumon. « Nous observons des changements importants dans la façon dont nous traitons le cancer du poumon, grâce aux progrès réalisés en biologie moléculaire, en immunologie, en imagerie, en développement de médicaments et en intelligence artificielle », déclare le Dr Lam. Leur travail révolutionne le paysage des soins du cancer du poumon, grâce aux avancées dans la détection précoce et les thérapies ciblées qui offrent un avenir plus prometteur aux patients.

+ Détection précoce du cancer du poumon : progrès en matière de dépistage

Les avancées récentes en matière de dépistage précoce et de détection du cancer du poumon ont considérablement amélioré les perspectives cliniques des patients. Le Dr Geoffrey Liu, qui dirige le programme de recherche sur le dépistage précoce au Centre de cancérologie Princess Margaret, s'efforce de réduire la mortalité en détectant le cancer du poumon à un stade précoce. À l'origine, le dépistage ciblait principalement les gros fumeurs. Cependant, le Dr Liu a constaté que les deux tiers des patients de son hôpital actuel ne seraient pas admissibles au dépistage en raison de leur consommation de

tabac insuffisante ou nulle. Le taux de personnes atteintes du cancer du poumon qui n'ont jamais fumé a augmenté au cours des dernières décennies. » Son équipe explore actuellement de nouvelles techniques de détection, telles que des analyses de sang et d'haleine, pour distinguer les non-fumeurs et les petits fumeurs qui ne sont pas détectés par les méthodes de dépistage traditionnelles.

Le Dr Lam souligne que les programmes de dépistage gagnent en importance pour prendre en compte des facteurs de risque environnementaux, comme la pollution de l'air, alors que les taux de tabagisme diminuent au Canada et dans d'autres pays occidentaux. « Nous sommes sur le point d'intégrer ces facteurs dans le dépistage », dit-il, soulignant la nécessité de détecter plus efficacement les populations à risque. Les Drs Lam et Liu soulignent tous deux le sujet de l'intelligence artificielle (IA) en matière de dépistage. Le Dr Lam s'explique : « Grâce à l'IA, nous sommes en mesure d'optimiser l'utilisation des tomodensitogrammes pour anticiper le risque de cancer pulmonaire et évaluer l'agressivité de la tumeur. » Le Dr Liu se range à cette opinion, notant que l'IA peut rationaliser le processus de dépistage, le rendant plus accessible et plus efficace pour un plus grand nombre de personnes.

+ Avancées en matière de traitement : médecine de précision et immunothérapie

Les Drs Liu et le Dr Lam sont également à l'avant-garde des développements révolutionnaires en matière de traitement, notamment les thérapies ciblées et l'immunothérapie, qui ont transformé les soins du cancer du poumon. Le Dr Liu

se remémore ses débuts en médecine, où les options de traitement étaient limitées. « Pendant les sept premières années de ma carrière, un seul nouveau traitement était disponible pour combattre le cancer du poumon. Il souligne le fait que de nouvelles thérapies sont constamment mises sur le marché tous les quelques mois, ce qui témoigne de l'innovation exponentielle de la dernière décennie.

La médecine de précision, qui adapte les traitements en fonction du profil moléculaire et génétique des tumeurs, constitue une des avancées les plus captivantes. Le Dr Lam décrit cette évolution comme un « bond de géant » dans le traitement du cancer du poumon, soulignant que les progrès en biologie moléculaire et en immunologie transforment la façon dont la maladie est traitée. Le Dr Liu souligne les récentes découvertes présentées dans le cadre de grands congrès, notamment les nouveaux traitements pour divers sous-types spécifiques, comme EGFR, ALK et ROS1, qui offrent une lueur d'espoir pour les patients canadiens.

L'immunothérapie a profondément transformé la manière de traiter certains types de cancer, en particulier pour les cancers du poumon non spécifiques, les taux de survie passant de 1-2 % à plus de 30 % pour certains patients. « L'immunothérapie change la façon dont nous traitons le cancer du poumon, affirme le Dr Lam. Les résultats sont stupéfiants. » Des données récentes laissent croire que « de nouvelles méthodes d'administration de ces immunothérapies, sous forme d'anticorps bispécifiques, pourraient révolutionner davantage les stratégies et améliorer les issues cliniques », déclare le Dr Liu.

+ S'attaquer aux disparités et élargir l'accès

Malgré les progrès réalisés, l'écart d'accès aux soins persiste. Le Dr Lam souligne que les facteurs socioéconomiques continuent de nuire à la détection et au traitement précoces des Canadiens, en particulier dans les régions mal servies. Des programmes sont mis de l'avant en Colombie-Britannique et en Ontario afin de rejoindre les populations rurales, les communautés autochtones et les patients à faible revenu. La cartographie géospatiale permet de déterminer les endroits où les patients font face à des obstacles d'accès aux soins. « Nous comblons ces lacunes peu à peu, mais il nous reste encore du pain sur la planche », déclare le Dr Lam.

Le Dr Liu s'attaque à une autre question urgente : la collecte de données tangibles afin de faciliter l'accès à de nouveaux traitements pour les sous-types rares de cancer du poumon. Grâce à son projet national, la Canadian Rare Molecular Alteration Basket-umbrella Real-world Observational Study (CARMA BROS), il recueille des données auprès de patients



atteints de mutations rares, ce qui contribue à faciliter l'approbation réglementaire et le financement des traitements. Il est convaincu que les preuves tirées du vécu des patients sont cruciales pour démontrer l'efficacité des thérapies dans ces situations. « En élargissant nos réseaux, nous pouvons combler les lacunes et nous assurer que tout le monde, quel que soit son lieu de résidence ou son niveau de revenu, a accès aux derniers traitements et outils de dépistage. » Un tel réseau national peut également mettre en évidence les inégalités dans l'accès aux médicaments sur le plan géographique.

+ L'avenir de la recherche sur le cancer du poumon : une note optimiste

Les Drs Liu et Lam sont optimistes quant à l'avenir des traitements du cancer du poumon. En effet, la médecine de précision, l'immunothérapie et l'intelligence artificielle sont sur le point de révolutionner encore davantage le domaine. Selon le Dr Liu, le cancer du poumon pourrait devenir une maladie chronique que les patients seront en mesure de prendre en charge. « À mes débuts, le cancer du poumon signifiait une condamnation à mort. Cependant, aujourd'hui, nous assistons à des progrès extraordinaires. » Le Dr Lam partage cet espoir, car les méthodes de détection précoce continuent de s'améliorer. « Les progrès que nous observons auront d'importantes conséquences sur les issues cliniques », conclut-il.

Face à ces obstacles, les deux experts sont résolus à aider chaque patient atteint d'un cancer du poumon à accéder aux soins dont il a besoin. « L'espoir s'accroît, s'exclame le Dr Liu. Nous avons accompli beaucoup et l'avenir s'annonce encore plus radieux. »



Voix d'espoir et de résilience

Témoignages de personnes ayant une expérience concrète





+ Défense des intérêts des proches aidants et des cliniciens : un effort collaboratif

UNE CONVERSATION AVEC TANYA BOSSY ET LE D^r KEVIN JAO

Tanya Bossy

Défenseuse des intérêts des proches aidants

D^r Kevin Jao

Oncologue interniste – Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
Coprésident, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Lorsque Mike Bossy, la légende de la LNH, a reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade IV en octobre 2021, une vague de choc a traversé le monde du hockey, qui a prouvé que la maladie ne se répercute pas uniquement sur le patient, mais aussi sur la vie de toutes les personnes dans son cercle.

Pour sa fille Tanya, il s'agissait d'un combat extrêmement personnel – un tourbillon d'espoir et de chagrin. Elle a dû assumer un nouveau rôle, passant de sa plus grande admiratrice à sa proche aidante. Aux côtés du Dr Kevin Jao, son oncologue à Montréal, Tanya a relevé les défis émotionnels et physiques liés à la prise en charge de son père, un rôle qu'elle n'aurait jamais imaginé devoir endosser. Leurs parcours croisés de proche aidante et de clinicien révèlent l'incidence profonde du cancer du poumon sur les familles, les proches aidants et l'équipe de soins de santé, soulignant l'importance de la défense des intérêts, du soutien et de la compassion dans le cadre des soins.

+ L'importance du soutien aux proches aidants et à la famille

Le pronostic était clair depuis le début : un cancer du poumon de stade IV, incurable. Cependant, comme de nombreuses familles confrontées à une nouvelle aussi dévastatrice, la famille de Mike Bossy s'est accrochée à l'espoir, tout en recherchant des options de traitement. « Le parcours a été rapide et éprouvant », se souvient Tanya, décrivant les six mois qui se sont écoulés entre le diagnostic et le décès de son père, en avril 2022. Il a d'abord subi une immunothérapie, mais lorsque son cancer a quand même évolué, il a dû subir une chimiothérapie qui a entraîné de graves effets secondaires et des complications. En février 2022, la famille a pris la décision déchirante de mettre fin au traitement et de se concentrer sur les soins de confort à domicile. « Mon père a lentement perdu toutes ses facultés, et nous avons dû déployer beaucoup d'efforts pour prendre soin de lui. Il n'était pas habitué à une telle situation, et nous non plus. C'était comme un tsunami », se souvient Tanya.

Le passage rapide du statut de fille de Mike Bossy à celui de proche aidante a été l'un des moments les plus difficiles pour Tanya sur le plan émotionnel. « La personne la plus forte de notre famille, une personnalité publique admirée par beaucoup, est devenue une personne qui avait besoin d'aide pour tout. Je n'étais pas prête à ce renversement des rôles. Cela m'a brisé le cœur de le voir perdre une si grande partie de lui-même. »

Pour Tanya, la prestation de soins ne se limite pas à la gestion des médicaments et à la coordination des traitements. Il s'agissait d'accompagner son père dans ses moments les plus vulnérables, de le voir devenir l'ombre de l'homme qu'elle avait connu toute sa vie. « J'étais constamment déchirée entre le soulagement de sa douleur physique et l'apaisement de ma propre douleur émotionnelle. J'ai ressenti beaucoup de colère, de culpabilité et d'impuissance. Parfois, la prestation de soins ne prenait pas la forme de l'amour, mais de la douleur », raconte Tanya. Malgré l'amour qu'elle portait à son père, la responsabilité écrasante de la prise en charge l'a consumée. Il lui restait peu d'espace pour traiter son propre chagrin ou prendre soin d'elle-même.

+ Trouver l'équilibre entre les soins personnels et la prestation de soins de santé

L'un des plus grands défis auxquels a fait face Tanya a été de trouver un équilibre entre les soins prodigués à son père et les soins qu'elle devait prodiguer à elle-même. « J'ai dépassé mes limites », admet-elle. « J'étais tellement concentrée sur les besoins de mon père que je n'ai pas pris un instant pour réfléchir à mes propres besoins. Et quand on ne respecte pas ses limites, on se fait rattraper. » L'expérience de Tanya met en évidence un problème commun aux proches aidants qui sacrifient souvent leur propre bien-être en raison d'un sentiment de culpabilité et de responsabilité. Son père, conscient de l'ampleur de la tâche, l'a encouragée à prendre des pauses. Pourtant, comme beaucoup de proches aidants, Tanya avait du mal à s'éloigner, hantée par le sentiment que son absence était une défaillance dans son devoir envers lui.

Face aux exigences écrasantes de la prise en charge, Tanya a trouvé une bouée de sauvetage au sein de l'équipe médicale de son père, notamment auprès du Dr Jao. « Le Dr Jao ne s'est pas contenté de s'occuper du traitement de mon père. Il a pris le temps de prendre de mes nouvelles et de celles de ma famille. Il a reconnu notre difficulté, et cela a fait toute la différence », raconte Tanya. Ce soutien émotionnel de la part du clinicien a réduit son sentiment de solitude dans son rôle de proche aidante.

+ Le rôle des cliniciens dans le soutien aux proches aidants

Pour le Dr Kevin Jao, le cancer du poumon est plus qu'un défi médical : il s'agit d'un défi humain. Son engagement à comprendre les séquelles émotionnelles et psychologiques laissées par le cancer sur les patients et leurs familles est au cœur de son approche des soins. Après sa formation au Centre d'oncologie Princess Margaret à Toronto, le Dr Jao a été confronté à l'incidence profonde des soins centrés sur le patient où le soutien émotionnel des patients et des proches aidants fait partie intégrante du parcours de traitement.

« Les proches aidants comme Tanya jouent un rôle essentiel dans les résultats des patients, explique le Dr Jao. Il ne s'agit pas uniquement du traitement médical, mais du soutien émotionnel que le patient reçoit à la maison – les soins sociaux, émotionnels et psychologiques qu'aucun médicament ne peut remplacer. » Il souligne que le soutien de la famille joue souvent un rôle crucial dans la façon dont les patients supportent le traitement. « Beaucoup de patients qui bénéficient d'un système de soutien de santé robuste s'en sortent mieux parce qu'ils n'affrontent pas ce parcours dans la solitude. »

Le Dr Jao est également conscient du lourd fardeau que portent les proches aidants et de l'importance de nouer des liens solides avec les patients et leurs familles. Il est convaincu de la nécessité de favoriser une communication ouverte et honnête permettant d'équilibrer l'espoir et la réalité. « C'est un équilibre délicat, explique le Dr Jao. Dans notre rôle de cliniciens, nous devons accorder aux familles l'occasion de poser des questions, de comprendre les informations et de prendre des décisions, même lorsque le temps est compté. Ce degré supplémentaire de compassion peut faire la différence dans leur expérience. »

+ L'avenir de la défense des intérêts des proches aidants et des cliniciens

Après le décès de son père, Tanya a canalisé son chagrin dans la défense des intérêts. Elle a ainsi maintenu l'héritage de Mike Bossy par son travail avec Cancer pulmonaire Canada. Elle a lancé le Fonds commémoratif Mike Bossy et est devenue une ardente défenseuse du dépistage du cancer du poumon et de la réduction des préjugés relatifs à la maladie. « Si mon père avait subi un dépistage plus tôt, il serait peut-être encore là aujourd'hui, affirme Tanya. Lorsque mon père est décédé, les gens voulaient savoir avant tout s'il fumait. Je pouvais leur répondre par oui ou par non, mais cela ne devrait pas avoir d'importance. Qu'une personne ait fumé ou pas, personne ne mérite de faire l'expérience du

cancer. Cette stigmatisation est puissante, et nous devons la briser. »

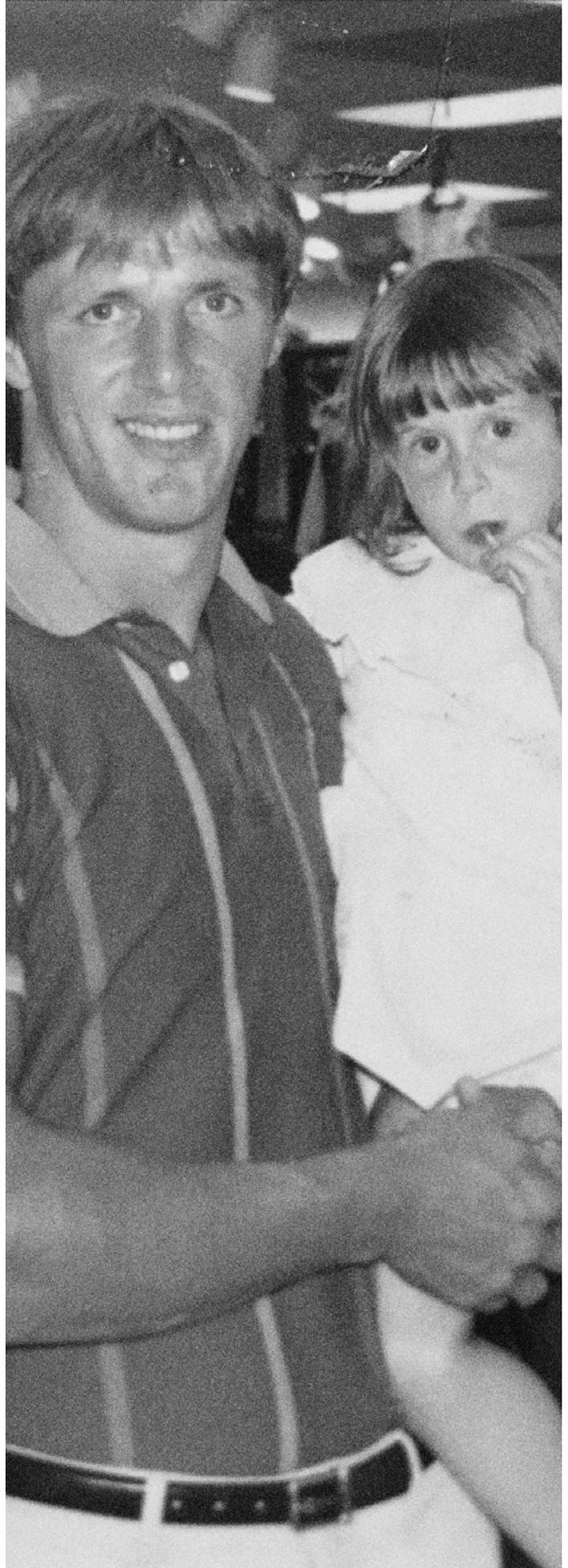
Le Dr Jao partage la passion de Tanya pour la défense des intérêts, notamment en ce qui concerne la lutte contre la stigmatisation du cancer du poumon et l'amélioration de l'accès au dépistage précoce. Son engagement auprès de Cancer pulmonaire Canada découle d'une volonté d'amplifier la voix des patients atteints de cancer du poumon et de leurs proches aidants. « La défense des droits n'est pas seulement une question de traitement. Il s'agit de donner aux patients et aux membres de leurs familles voix au chapitre, en reconnaissant que le diagnostic ne les définit pas. En tant que médecins, nous sommes tenus d'aider à raconter leur histoire et de lutter pour des soins optimisés », explique-t-il.

Tanya et le Dr Jao sont d'accord pour affirmer qu'il reste du pain sur la planche pour accompagner les proches aidants. « Nous devons déployer davantage d'efforts, en tant que système de soins de santé et en tant que société, affirme le Dr Jao. Les proches aidants sont essentiels dans le parcours d'un patient, et nous devons leur fournir les outils et le soutien nécessaires pour supporter ce poids. Il ne s'agit pas uniquement de la santé du patient, mais aussi de celle de sa famille. »

+ Une mission commune pour le changement

Face à une perte inimaginable, Tanya et le Dr Jao se sont tous deux imposés comme des acteurs du changement, redéfinissant la façon dont nous abordons les soins du cancer du poumon et le soutien aux proches aidants. Le parcours de Tanya en tant que proche aidante l'a incitée à s'exprimer afin que personne d'autre ne soit confronté à la même stigmatisation ou au même manque de ressources que son père. Le Dr Jao continue de lutter en faveur d'un système de soins de santé qui conçoit le patient comme une personne à part entière, entourée de ses proches qui ont également besoin de soins et de soutien.

Leur histoire commune nous rappelle que le cancer n'est pas un combat solitaire. Il s'agit d'un parcours commun aux patients, aux proches aidants et aux cliniciens, un effort de collaboration qui exige de la compassion, de l'endurance et un engagement profond en faveur de la défense des intérêts. Ensemble, Tanya et le Dr Jao s'efforcent de créer un avenir où personne ne devra parcourir ce chemin seul.





+ Le pouvoir du soutien

CONVERSATION AVEC BEV MOIR ET RON FOREMAN

Bev Moir

Défenseure des intérêts des patients

Ron Foreman

Défenseur des intérêts des proches aidants

L'aventure de Bev Moir et Ron Foreman a commencé il y a plus de 20 ans, unis par leur passion commune pour l'exercice physique. L'une de leurs premières aventures a été le marathon de Washington.

Depuis lors, ils ont mené une vie remarquable et réussi à concilier leurs ambitions professionnelles et leurs réalisations personnelles. Bev est passée d'une longue carrière dans le secteur des soins de santé à une carrière dans la gestion de patrimoine qui a duré 27 ans, tandis que Ron était propriétaire d'une entreprise prospère de développement Web. Tous deux ont pris leur retraite il n'y a pas si longtemps. Cependant, leur vie a pris un tournant soudain et inattendu en 2019 lorsque Bev a reçu un diagnostic de cancer du poumon à la suite d'un rhume persistant survenu après une croisière en Europe.

Le diagnostic de cancer du poumon de stade IV a été un choc pour Bev qui n'avait jamais fumé de sa vie et qui se considérait toujours en excellente santé. « Ils ne cherchaient pas à déceler un cancer du poumon », se souvient Bev, expliquant que ses symptômes de toux, de maux de gorge et de perte de poids progressive étaient d'abord considérés comme les séquelles d'un rhume persistant. « J'étais en bonne santé, toujours en forme, et je pensais vivre jusqu'à 100 ans. Lorsqu'ils ont découvert les tumeurs métastatiques dans mes poumons, tout le monde était incroyablement. »

Ron avait lui-même fait l'expérience d'un cancer. Il avait donc une vision plus pragmatique de l'imprévisibilité de la vie. « À partir d'un certain âge, on comprend que de mauvaises choses peuvent nous arriver, affirme-t-il. Mais j'étais encore choqué que Bev, une non-fumeuse, soit atteinte d'un cancer du poumon. »

Heureusement, d'autres tests de biomarqueurs ont révélé que Bev était porteuse de la mutation Exon 19 de l'EGFR qui peut être traitée et ciblée. Depuis février 2020, son traitement consiste en une thérapie ciblée qui a permis d'assurer une prise en charge remarquable de sa maladie pendant plus de cinq ans avec un minimum d'effets secondaires. Grâce aux ajustements apportés à son mode de vie, Bev continue de bénéficier d'une excellente qualité de vie. Elle réussit à s'exercer en jouant au tennis, au golf, en faisant de la marche rapide, en pratiquant le yoga, voire en terminant le demi-marathon d'Ottawa en mai 2024.

+ Le pouvoir du soutien

Pendant tout ce temps, Ron est resté un pilier inébranlable aux côtés de Bev. Leur relation s'est cimentée en relevant ensemble ce défi. « Nous avons toujours formé une bonne équipe », déclare Ron qui souligne que leur couple s'est solidifié au fur et à mesure qu'ils avançaient dans le traitement de Bev. Qu'il s'agisse de se rendre à des rendez-vous médicaux ou d'accomplir des tâches quotidiennes, Ron a assumé son rôle de proche aidant avec amour et dévouement. « Nous faisons tout ensemble. Faire face à cette situation nous a rendus plus forts. »

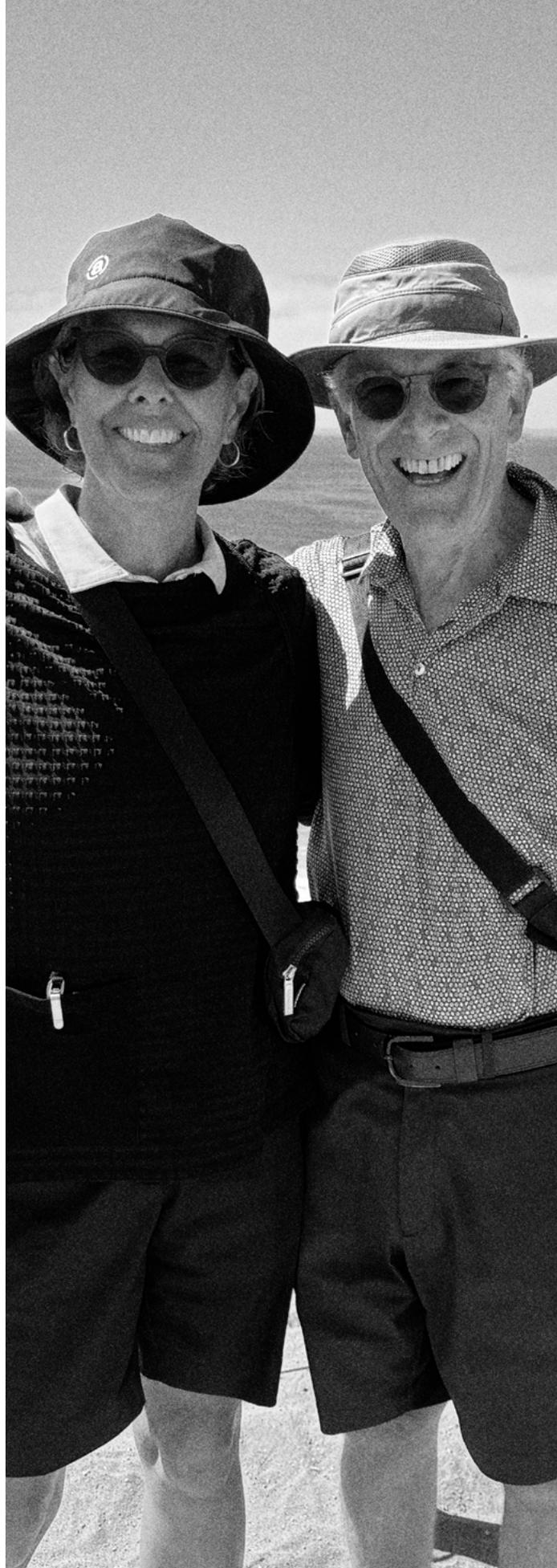
Pour Bev, le soutien de Ron est inestimable. « Je n'ai jamais l'impression de traverser cette épreuve seule, confie-t-elle. Tout change pour moi en sachant que Ron se trouve à mes côtés à chaque étape. » Cependant, Ron reste humble quant à son rôle. « Je ne m'occupe pas de bouteilles d'oxygène ou de matériel médical. Je vérifie si son ordinateur fonctionne pour qu'elle puisse continuer à défendre sa cause », dit-il avec le sourire en pensant à l'assistance technique qu'il offre à sa femme dans son travail de défenseure des intérêts des patients atteints du cancer du poumon.

Le temps précieux passé avec leurs deux petites-filles est également devenu très important pour Bev et Ron. « C'est un tel cadeau pour nous de passer du temps avec elles. De tels moments nous rappellent ce qui compte vraiment », déclare Ron, soulignant l'importance croissante de sa famille dans ce chapitre de leur vie.

Au-delà de leur relation, Bev et Ron ont tous deux trouvé une grande valeur dans les systèmes de soutien externes. Bev reste en contact avec les membres de ses groupes de tennis, de golf et de marche (Toronto Power Walking). En se joignant à des groupes d'hommes, Ron a trouvé une source de camaraderie et de nouvelles perspectives. Les groupes de soutien en ligne pour le cancer du poumon leur ont également offert un espace de communication sûr avec d'autres personnes. « Il est essentiel d'avoir un réseau de soutien solide, souligne Bev. S'ouvrir aux autres, trouver des personnes qui comprennent votre expérience et apprendre des leurs peuvent donner de l'espoir au moment où l'on en a le plus besoin. »

+ L'égalité des chances en soins du cancer du poumon : accès et sensibilisation

Selon Bev et Ron, leur parcours de défense des droits les a également exposés aux inégalités considérables en diagnostic et en traitement du cancer du poumon – ces inégalités les motivent à s'exprimer encore plus. Bev, ancienne





professionnelle des soins de santé et conseillère en gestion de patrimoine, s'est heurtée à une stigmatisation profondément ancrée : le cancer du poumon est souvent associé exclusivement au tabagisme, éclipsant les autres causes. « Les gens pensent que si une personne est atteinte d'un cancer du poumon, c'est parce qu'elle a fumé, explique Bev. Mais ce n'est pas le cas pour beaucoup d'entre nous, et il est important de briser cette stigmatisation. »

Cette stigmatisation retarde les diagnostics pour les non-fumeurs et se traduit par un sous-financement de la recherche et des options de traitement. Bev et Ron soulignent la nécessité d'une sensibilisation accrue du public et d'une plus grande égalité des chances d'accès aux soins de santé. C'est la raison pour laquelle ils plaident tous deux pour des programmes de dépistage exhaustifs qui ne se concentrent pas uniquement sur les personnes ayant des antécédents de tabagisme. « La détection précoce est essentielle, mais les directives existantes en matière de dépistage ne tiennent souvent pas compte des personnes comme moi, ou de celles qui ont des antécédents familiaux de cancer du poumon, précise Bev. Chaque personne devrait avoir accès à un diagnostic précoce, indépendamment de ses antécédents tabagiques. »

Le couple souligne également les obstacles à l'accès aux traitements avancés, comme celui que suit Bev. Celle-ci a profité d'un traitement ciblé, mais de nombreux patients atteints de cancer du poumon se heurtent à des obstacles – géographiques, financiers ou liés aux politiques de soins de santé – qui les empêchent de recevoir les soins dont ils ont besoin. « Il ne s'agit pas uniquement de la disponibilité des médicaments, ajoute Ron. Il faut aussi garantir que les patients peuvent réellement tirer avantage de ces traitements, indépendamment de leur lieu de résidence ou de leurs antécédents. »

Dans le cadre de leurs efforts de défense des intérêts, Bev et Ron sont déterminés à faire pression pour que les patients atteints de cancer du poumon aient un accès égal aux soins, aux tests et aux traitements.

+ Le cancer et la défense des intérêts : un « cadeau »

Lorsque Bev a fait part de son diagnostic à ses collègues, l'un de ses clients de longue date lui a dit : « Vous finirez par considérer le cancer comme un cadeau. » Elle a d'abord rejeté ce commentaire, mais aujourd'hui, elle y réfléchit de manière différente. « C'est vraiment un cadeau à bien des égards. Il a approfondi ma relation avec Ron, resserré mes relations avec ma famille, et m'a permis de revoir de vieux amis. Le temps est précieux et j'ai compris l'importance de chérir chaque instant. »

Depuis son diagnostic, Bev s'est exprimée en tant que défenseuse passionnée des intérêts des patients atteints du cancer du poumon. Grâce à son engagement auprès de Cancer pulmonaire Canada et de Right2Survive, et à sa participation à des congrès internationaux, Bev est déterminée à sensibiliser la population et à lutter contre la stigmatisation associée au cancer du poumon. « Je me sens responsable de peser dans la balance, qu'il s'agisse d'améliorer la qualité de vie des patients, de sensibiliser le public ou de plaider en faveur du financement, explique Bev. Au début, j'avais du mal à m'exprimer, mais aujourd'hui, mon objectif est d'exercer autant d'influence que possible, aussi longtemps que possible. »

Les efforts de Bev et Ron ne s'arrêtent pas là. Ensemble, ils organisent leur collecte de fonds annuelle « **Crush it with Bev** », au profit de l'hôpital Sunnybrook de Toronto. Ils collaborent également avec Cancer pulmonaire Canada pour organiser **Give A Breath** 5K à Toronto.

« Si nous devons résumer notre parcours en un mot, nous choisirons "*optimisme*", affirment-ils. Il nous reste beaucoup de vie à vivre, et nous allons la vivre, côte à côte, en faisant une différence considérable dans la vie des patients atteints de cancer du poumon et de leurs proches. »



+ Le pouvoir transformateur de la médecine de précision

Katie Hulan
Défenseure des droits des patients

En février 2021, à tout juste 33 ans, Katie Hulan ne s'attendait pas à recevoir un diagnostic de cancer du poumon. « J'avais toujours fait régulièrement de l'activité physique, de manger sainement, de m'occuper de mes proches et de mener une carrière épanouissante en marketing. Le cancer était le dernier de mes préoccupations. » Toutefois, un symptôme de toux légère s'est progressivement aggravé au fil des mois. Malgré de nombreuses consultations médicales, son état a été attribué à tort, à plusieurs reprises, à l'asthme ou aux allergies.

Près de cinq mois après sa première consultation du médecin, la véritable cause a été révélée : une tumeur dans son poumon droit avec quatre taches plus petites qui s'étaient propagées à son cerveau, et trois sur son foie. Le diagnostic : cancer du poumon de stade IV. « Le choc était total, se souvient-elle. J'ai ressenti une profonde tristesse et je ne savais même pas quoi faire ensuite. » Pourtant, même dans ses moments les plus obscurs, Katie a trouvé la force de persévérer et a transformé son combat contre le cancer en un parcours empreint d'inspiration.

À la suite de son diagnostic, Katie a à peine eu le temps d'accepter sa réalité que son équipe médicale à Toronto a rapidement mis en place une radiothérapie palliative pour soulager les symptômes et la préparer à d'autres traitements. Il n'y avait pas de temps à perdre, car la tumeur exerçait une pression sur ses voies respiratoires. Dans tout ce chaos, la médecine de précision a véritablement changé le cours de son traitement et ses perspectives.

+ Une nouvelle voie qui s'ouvre

L'initiation de Katie aux tests de biomarqueurs et à la médecine de précision – des traitements adaptés à la composition génétique d'un patient et aux caractéristiques particulières de sa maladie – a marqué un tournant. Son oncologue, la Dre Natasha Leighl du Princess Margaret Cancer Centre, a découvert que la tumeur de Katie exprimait une mutation ALK-positif, ce qui en fait une candidate à un traitement ciblé des protéines ou gènes mutés particuliers dans les cellules cancéreuses. Contrairement à la chimiothérapie traditionnelle qui s'attaque à l'ensemble



+ La question de l'égalité des chances et le pouvoir de la défense des intérêts

de l'organisme, le traitement ciblé est plus précis et s'accompagne souvent de moins d'effets secondaires.

« Lorsque j'ai entendu stade IV dans la chambre d'hôpital, j'ai pensé qu'il ne me restait que très peu de temps à vivre, explique Katie. Mais lorsque la Dre Leighl a découvert la mutation ALK et m'a parlé du traitement ciblé, j'ai complètement changé d'avis. Elle pensait que je pouvais vivre de nombreuses années avec cette pilule au lieu de quelques mois seulement. Cet espoir m'a transformé : j'ai pu commencer à me projeter dans le futur. »

L'incidence de la médecine de précision ne s'est pas limitée à la prolongation de la vie de Katie : elle a aussi vu sa qualité de vie se transformer. Contrairement à la chimiothérapie qui s'accompagne souvent d'effets secondaires débilitants, le traitement ciblé de Katie lui a permis de poursuivre sa vie d'avant. Pendant plus de trois ans, elle a bien supporté le traitement, malgré quelques difficultés à trouver le bon dosage pour atténuer les effets secondaires. Au cours de l'été 2024, elle est passée à un nouveau traitement qui a renforcé davantage son niveau d'énergie. Cette nouvelle stabilité a donné à Katie le courage de prendre des décisions audacieuses dans sa vie, notamment en déménageant de Toronto à Victoria, en Colombie-Britannique, huit mois seulement après son diagnostic.

+ Vivre pleinement, loin de l'hôpital

Pour Katie, l'un des plus grands cadeaux de la médecine de précision a été la possibilité de garder son indépendance et de poursuivre sa vie comme bon lui semble. « Cela a renforcé ma confiance en moi parce que ma vie m'a semblé si proche de la normale. J'ai pu travailler, poursuivre ma vie sociale et voyager sans devoir me rendre constamment à l'hôpital. Je n'aurais jamais imaginé que cela soit possible avec un diagnostic de stade IV. » Katie prévoit même un voyage en Italie, se réjouissant de pouvoir vivre à nouveau pleinement.

Malgré le succès de son traitement ciblé, Katie est parfaitement consciente que tous les patients n'ont pas le même accès à ces traitements. « Mon plus grand espoir est que nous continuions à faire progresser cette technologie, tout en veillant à ce qu'elle soit financée de manière équitable et qu'elle soit accessible à tous les Canadiens et Canadiennes, quel que soit leur lieu de résidence », affirme-t-elle. L'accès aux nouveaux traitements varie largement d'une province à l'autre. Par conséquent, de nombreux patients atteints de cancer du poumon sont privés des soins dont ils ont besoin. Katie espère sensibiliser le public à ces inégalités par défense des intérêts.

Inspirée par son propre parcours, Katie est devenue une défenseuse passionnée des droits des personnes atteintes du cancer du poumon et de la médecine de précision. En tant que membre de la coalition Right2Survive, elle est déterminée à changer le discours sur le cancer du poumon. « Une grande partie des progrès réalisés au sein de la communauté des patients atteints d'un cancer du point ALK-positif au Canada a été menée par les patients. Je veux y contribuer. De plus en plus de jeunes non-fumeurs comme moi reçoivent un diagnostic de cancer du poumon. Je me sens obligée de m'exprimer et d'aider à briser la stigmatisation. »

+ Reconnaissance et espoir pour l'avenir

En repensant à son parcours, Katie est envahie par une émotion irrésistible : la reconnaissance. « C'est fou que je sois là, pas seulement en train de survivre, mais en train de m'épanouir. J'espère que chaque personne aura la chance d'être en pleine santé. Je sais que c'est grâce à l'incroyable recherche sur les nouveaux traitements que je suis ici aujourd'hui. L'accès aux médicaments ne concerne pas uniquement la personne, mais toute la communauté qui l'entoure. »

Le parcours percutant de Katie nous rappelle l'incidence puissante de la médecine de précision sur la vie. Son travail de défense des droits contribue à garantir que davantage de patients puissent profiter de ces avancées.



Rapport annuel sur l'accès aux traitements du cancer du poumon au Canada



+ Accès aux traitements

Les tableaux suivants représentent un survol de la disponibilité actuelle des traitements contre le cancer du poumon au Canada*, illustrant la façon dont les thérapies évoluent dans le système, de l'approbation de Santé Canada à la couverture par le régime d'assurance-maladie provincial.

Les données font état du long processus que suivent de nombreux traitements avant d'être proposés aux personnes qui en ont besoin. Bien que les approbations par Santé Canada suivent souvent celles de la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis, la couverture provinciale essentielle pour garantir l'accès des patients aux traitements, peut prendre beaucoup plus de temps. Ce décalage crée des disparités où certaines provinces offrent des traitements plus récents et salvateurs beaucoup plus tôt que d'autres.

Les tableaux soulignent le besoin urgent d'écourter ces délais et de garantir que les traitements innovants contre le cancer du poumon sont proposés disponibles de manière équitable partout au Canada. L'accès rapide au traitement peut être une question de vie ou de mort, et chaque Canadien, peu importe où il réside, mérite les meilleurs soins possibles. Les données renforcent la nécessité de poursuivre les efforts de défense des intérêts pour accélérer l'approbation des médicaments et obtenir une couverture uniforme à l'échelle nationale, de façon que personne ne soit laissé pour compte.

** Les traitements comprennent ceux qui ont fait l'objet d'une demande de financement public au cours des cinq dernières années (2019 et après).*



Tableau 1 – État de recommandation des médicaments de l'Agence des médicaments du Canada

(au cours des cinq dernières années)

MÉDICAMENT : Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE REMBOURSEMENT DE L'AMC	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
allectinib (Alecensa ^{MD}) – adjuvant en ALK- positif +	Traitement adjuvant après résection tumorale chez les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK-positif de stade IB à IIIA.	18 avril 2024	27 juin 2024	Actuellement à l'étude	3
amivantamab (Rybrevant ^{MD})	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique présentant des mutations par insertion de l'Exon 20 du récepteur du facteur de croissance épidermique et dont la maladie a progressé pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci.	21 mai 2021	31 mars 2022	Recommandation définitive – 1er mars 2023 : remboursement sous conditions	1
amivantamab (Rybrevant ^{MD}) sans chimiothérapie +	En association avec le carboplatine et le pemetrexed pour le traitement de première intention des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique présentant des mutations par insertion de l'Exon 20 du récepteur du facteur de croissance épidermique.	1 mars 2024	28 juin 2024	Actuellement à l'étude	3
atézolizumab (Tecentriq ^{MD}) – CPPC	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA), en association avec une chimiothérapie à base de carboplatine et d'étoposide.	18 mars 2019	9 août 2019	Recommandation définitive – 30 septembre 2022 : remboursement sous conditions	3
atézolizumab (Tecentriq ^{MD}) – adjuvant	Traitement d'appoint après résection et chimiothérapie à base de carboplatine pour les patients atteints de CPNPC de stade II à IIIA dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1 sur $\geq 50\%$ des cellules tumorales.	15 octobre 2021	14 janvier 2022	Recommandation définitive – 30 septembre 2022 : remboursement sous conditions	3
atézolizumab et bévacizumab (Tecentriq ^{MD} et Avastin ^{MD})	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules non squameux métastatique, exprimant une mutation du gène EGFR et/ou ALK, et dont la maladie a progressé après un traitement avec des thérapies ciblées.	6 décembre 2018	24 mai 2019	Recommandation définitive – 3 juillet 2020 : non recommandé	3
bévacizumab (Mvasi ^{MD})	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avancé, métastatique ou récurrent non squameux et non résécable, en association avec un régime de chimiothérapie au carboplatine/paclitaxel.	14 septembre 2017	30 avril 2018	Recommandation définitive : Délivrance du dossier définitif sur les biosimilaires : 14 janvier 2019	1 + 3
bévacizumab (Zirabev ^{MD})	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avancé, métastatique ou récurrent non squameux et non résécable, en association avec un régime de chimiothérapie au carboplatine/paclitaxel.	27 juin 2019	14 juin 2019	28 mars 2019 : dossier clos; état de l'examen : annulé	3
cemiplimab (Libtayo ^{MD})	Monothérapie pour le traitement de première intention du CPNPC localement avancé exprimant PD-L1 (score de proportion tumorale [TPS] $\geq 50\%$) sans mutations EGFR, ALK ou ROS1	13 octobre 2021	2 juin 2022	Recommandation définitive – 2 juin 2022 : remboursement sous conditions	3

+ nouveau pour 2024
À jour au 1er octobre 2024

MÉDICAMENT : Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE REMBOURSEMENT DE L'AMC	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
cemiplimab (Libtayo^{MD}) avec chimiothérapie +	En association avec une chimiothérapie à base de platine pour le traitement de première intention chez les patients adultes atteints de CPNPC présentant des tumeurs localement avancées sans mutation EGFR, ALK ou ROS1 où les patients ne sont pas candidats à une résection chirurgicale ou à une chimioradiation définitive, ou un CPNPC métastatique.	8 novembre 2022	27 avril 2023	Recommandation définitive – 2 mai 2024 : remboursement sous conditions	3
crizotinib (Xalkori^{MD}) – ROS1	En monothérapie comme traitement de première intention chez les patients atteints d'un CPNPC avancé exprimant une mutation du gène ROS1	11 mars 2016	28 août 2017	Recommandation définitive – 23 mai 2019 : recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité et de la faisabilité de l'adoption (incidence budgétaire)	1 + 2
dabrafenib (Tafinlar^{MD}) et trametinib (Mekinist^{MD})	Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique exprimant une mutation V600 du gène BRAF et qui n'ont reçu aucun traitement anticancéreux préalable pour une maladie métastatique.	22 juin 2017	18 mai 2018	Recommandation définitive – 28 mai 2021 : remboursement sous conditions	2
Datopotamab deruxtecan « Dato-DXd » +	Conjugué anticorps-médicament pour les patients atteints d'un CPNPC localement avancé ou métastatique, qui sont traités par au moins une intention de traitement antérieure.	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
durvalumab (IMFINZI^{MD}) – CPNPC de stade III non résécable	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé et non résécable, dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiation à base de sel de platine.	16 février 2018	4 mai 2018	Recommandation définitive – 3 mai 2019 : remboursement sous conditions	3
durvalumab (Imfinzi^{MD}) – CNPC-SA	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA), en association avec une chimiothérapie à base d'étoposide et un adjuvant à base de carboplatine ou de cisplatine	30 mars 2020	21 septembre 2020	Recommandation définitive – 27 juillet 2021 : remboursement sous conditions	3
durvalumab (Imfinzi^{MD}) – CNPC-SL +	Traitement pour les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules à stade localisé dont la maladie n'a pas évolué après une chimioradiothérapie à base de platine.	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
durvalumab (Imfinzi^{MD}) – periajvant +	Traitement en association avec une chimiothérapie néoadjuvante, suivie de durvalumab en monothérapie après chirurgie, pour les patients atteints de CPNPC résécable et sans mutations EGFR ou ALK connues.	15 août 2024	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
durvalumab et tremelimumab (Imfinzi^{MD} et Imjudo^{MD}) +	Durvalumab in combination with tremelimumab and platinum-based chemotherapy is indicated for the first-line treatment of patients with metastatic NSCLC with no sensitizing EGFR or ALK mutations.	10 novembre 2022	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
entrectinib (Rozlytrek^{MD}) – ROS1	Le durvalumab en association avec le tremelimumab et une chimiothérapie à base de platine est indiqué pour le traitement de première intention des patients atteints de CPNPC métastatique sans mutations sensibilisantes de l'EGFR ou de l'ALK.	15 août 2019	6 mai 2020	Recommandation définitive – 27 janvier 2021 : remboursement sous conditions	1 + 2
entrectinib (Rozlytrek^{MD}) – NTRK	Traitement de première intention des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique exprimant une mutation du gène ROS1.	15 août 2019	10 février 2020	Recommandation définitive – 21 novembre 2022 : remboursement sous conditions	1 + 2

+ nouveau pour 2024
À jour au 1er octobre 2024

MÉDICAMENT : Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE REMBOURSEMENT DE L'AMC	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
larotrectinib (Vitrakvi ^{MD})	Traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de tumeurs solides présentant une fusion du gène récepteur à tyrosine kinase neurotrophique (NTRK), sans mutation de résistance acquise connue, qui sont métastatiques ou dont la résection chirurgicale est susceptible d'entraîner une morbidité grave, et qui n'ont pas d'options thérapeutiques satisfaisantes	26 novembre 2018	10 juillet 2019	Recommandation définitive – 13 septembre 2021 : remboursement sous conditions	1 + 2
lorlatinib (Lorbrena ^{MD}) (1re intention)	Traitement de première intention chez les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique)	3 mars 2021	7 juin 2021	Recommandation définitive – 17 mars 2022 : remboursement sous conditions	3
lorlatinib (Lorbrena ^{MD}) (2e intention)	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un CPNPC métastatique exprimant une mutation du gène ALK dont la maladie a évolué sous crizotinib et au moins un autre inhibiteur de l'ALK, ou des patients dont la maladie a évolué sous ceritinib ou alectinib	2 novembre 2018	22 février 2019	Recommandation définitive – 30 janvier 2020 : non remboursable	2
lurbinectedine (Zepzelca ^{MD})	Traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon à petites cellules (CPPC) de stade III ou métastatique qui ont progressé pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci.	15 juin 2020	29 septembre 2021	Recommandation définitive – 19 décembre 2022 : non remboursable	2
nivolumab (Opdivo ^{MD})	Traitement néoadjuvant des patients adultes atteints de CPNPC résécable (tumeurs ≥ 4cm ou ganglions atteints) lorsqu'il est utilisé en association avec une chimiothérapie à base de doublet de platine.	4 mars 2022	23 août 2022	Recommandation définitive – 18 avril 2023 : remboursement sous conditions	3
Nivolumab- Ipilimumab (Opdivo-Yervoy ^{MD})	Nivolumab, en association avec l'ipilimumab et 2 cycles de chimiothérapie à base de platine pour le traitement de première intention des patients atteints de CPNPC métastatique ou récidivant sans tumeurs exprimant une aberration du gène EGFR ou ALK.	26 mai 2020	6 août 2020	Recommandation définitive – 4 mars 2021 : remboursement sous conditions	3
nivolumab- ipilimumab (Opdivo-Yervoy ^{MD}) – MPM	OPDIVO, en association avec l'ipilimumab, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de mésothéliome pleural malin (MPM) non résécable qui n'ont pas reçu un traitement systémique antérieur.	2 octobre 2020	2 juin 2021	Recommandation définitive – 4 août 2021 : remboursement sous conditions	3
nivolumab (Opdivo ^{MD}) – périadjuvant +	Nivolumab néoadjuvant en association avec une chimiothérapie suivie de nivolumab adjuvant pour les patients atteints d'un CPNPC résécable de stade II-IIIb.	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) – 1re intention	Traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont les tumeurs présentent la délétion de l'exon 19 de l'EGFR ou la mutation L858R.	18 avril 2018	10 juillet 2018	Recommandation définitive – 4 janvier 2019 : remboursement sous conditions	3
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) – adjuvant	L'osimertinib est indiqué comme traitement adjuvant après résection tumorale chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade IB-IIIa dont les tumeurs présentent des délétions de l'exon 19 ou des mutations de substitution de l'exon 21 (L858R).	18 décembre 2020	3 janvier 2021	Recommandation définitive – 10 janvier 2022 : remboursement sous conditions	3
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) – tumeur non résécable de stade III +	Traitement des patients atteints d'un CPNPC exprimant la mutation de l'EGFR de stade III non résécable après chimioradiothérapie.	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3

+ nouveau pour 2024
À jour au 1er octobre 2024

MÉDICAMENT : Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE REMBOURSEMENT DE L'AMC	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) – sans chimiothérapie +	Traitement en association avec le pémétréxed et une chimiothérapie à base de platine pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique dont les tumeurs présentent des délétions de l'exon 19 ou des mutations de substitution de l'exon 21 (L858R).	16 février 2024	12 juillet 2024	Actuellement à l'étude	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) CPNPC non squameux	En association avec pemetrexed et la chimiothérapie à base de platine, traitement du CPNPC non malpighien métastatique chez les adultes n'ayant pas des tumeurs exprimant une aberration du gène EGFR ou ALK et n'ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable du CPNPC métastatique.	20 août 2018	13 mars 2019	Recommandation définitive – 31 mai 2019 : remboursement sous conditions	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) CPNPC squameux	Pour le traitement des patients atteints d'un CPNPC malpighien métastatique en association avec du carboplatine et du paclitaxel ou du nab-paclitaxel, chez les adultes n'ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable pour le CPNPC métastatique	2 novembre 2018	4 juillet 2019	Recommandation définitive – 3 janvier 2020 : remboursement sous conditions	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) – adjuvant pour stade 1-3A +	Monothérapie pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un CPNPC de stade IB, II ou IIIA ayant subi une résection complète et une chimiothérapie à base de platine.	27 janvier 2023	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) – MPM +	Traitement du mésothéliome pleural malin au stade avancé	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	2 + 3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) – périadjuvant +	Traitement des patients atteints du CPNPC résécable de stade II, IIIA ou IIIB, en association avec une chimiothérapie à base de platine comme traitement néoadjuvant, poursuivi comme agent unique de traitement adjuvant.	16 octobre 2023	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
pralsetinib (Gavreto ^{MD})	Traitement de première intention des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique présentant une fusion RET (réarrangement en cours de transfection) positive.	4 septembre 2020	21 juillet 2021	Recommandation définitive – 29 septembre 2022 : remboursement sous conditions	1 + 2
repotrectinib repotrectinib (Augtyro ^{MD}) +	CPNPC localement avancé ou métastatique exprimant une mutation du gène ROS1	15 novembre 2023	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	1 + 2
selpercatinib (Retevmo ^{MD})	Indiqué en monothérapie pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique positif avec fusion RET chez les patients adultes	8 mai 2020	15 juin 2021	Recommandation définitive – 16 mai 2022 : remboursement sous conditions	1 + 2
sotorasib (Lumakras ^{MD}) +	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique présentant une mutation du gène KRAS G12C et ayant reçu au moins un traitement systémique antérieur	28 mai 2021	10 septembre 2021	Recommandation définitive – 29 février 2024 : non remboursable	2 + 3
tarlatamab (Imdelltra ^{MD}) +	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé avec progression de la maladie pendant ou après au moins deux intentions de traitement antérieures, y compris une chimiothérapie à base de platine.	16 mai 2024	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	2
tepotinib (Tepmetko ^{MD})	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, non résécable ou métastatique, présentant des mutations conduisant au saut de l'exon 14 codant pour la transition mésenchymateuse-épithéliale (MET).	3 février 2021	27 mai 2021	Recommandation définitive – 24 août 2022 : non recommandé	2

+ nouveau pour 2024
À jour au 1er octobre 2024

Tableau 2 : Date de prise en charge du médicament par le régime provincial d'assurance-médicaments

Nom du médicament	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
alectinib (1re et 2e intentions)	1 mai 2019	1 mars 2019	11 févr. 2019	31 mai 2019	17 avr. 2019	1 févr. 2019	1 oct. 2019	16 mai 2019	8 oct. 2019	1 avr. 2022	19 févr. 2019
amivantamab	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
atézolizumab adjuvant	1 sept. 2023	5 juin 2023	1 juin 2023	6 juin 2023	5 juill. 2023	13 avr. 2023	27 juill. 2023	13 juill. 2023	4 juill. 2023	13 juin 2024	Non financé
atézolizumab (CPPC)	1 juin 2023	20 oct. 2022	1 mars 2023	1 mars 2023	10 mars 2023	13 avr. 2022	27 juill. 2023	19 avr. 2023	1 oct. 2024	13 juin 2024	Non financé
atézolizumab (2e intention CPNPC)	1 nov. 2019	7 oct. 2019	11 févr. 2019	13 févr. 2019	6 déc. 2019	1 févr. 2019	1 oct. 2020	30 oct. 2019	Non financé	12 déc. 2022	Non financé
brigatinib – ALK positif (1re intention)	1 juin 2022	18 févr. 2022	1 mars 2022	1 juin 2022	10 févr. 2022	2 févr. 2022	1 juill. 2022	29 avr. 2022	17 oct. 2022	26 sept. 2022	18 févr. 2022
cemiplimab (PD-L1 ≥ 50 %)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
cemiplimab (toute expression de PD-L1)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
crizotinib (ROS1)	1 juill. 2020	15 déc. 2020	1 juill. 2023	21 janv. 2021	4 déc. 2020	23 avr. 2020	1 janv. 2021	10 juill. 2020	1 mai 2020	23 janv. 2023	9 juill. 2021
dabrafenib et trametinib – BRAF V600	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
durvalumab – CPNPC de stade III non résécable	1 févr. 2020	10 avr. 2020	1 janv. 2020	11 déc. 2019	22 janv. 2020	2 oct. 2019	28 janv. 2020	20 mars 2020	14 mai 2020	1 sept. 2020	Non financé
durvalumab – CPPC-SA (1re intention)	1 oct. 2022	15 juin 2022	6 juill. 2022	20 juill. 2022	22 juill. 2022	6 juill. 2022	20 juill. 2022	3 août 2022	1 oct. 2022	3 avr. 2023	Non financé
entrectinib – ROS1	1 avr. 2022	21 janv. 2022	1 nov. 2021	25 nov. 2021	23 déc. 2021	18 août 2021	30 nov. 2021	14 oct. 2021	24 mai 2022	28 déc. 2022	27 oct. 2021
entrectinib – NTRK	1 sept. 2023	Non financé	1 mai 2023	24 août 2023	16 mai 2023	Non financé	1 oct. 2023	26 juin 2023	1 oct. 2023	4 juin 2024	19 mai 2023

Nom du médicament	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
larotrectinib	1 sept. 2023	16 févr. 2024	1 déc. 2022	1 avr. 2023	24 févr. 2023	Non financé	1 juill. 2023	23 mai 2023	30 août 2023	22 janv. 2024	23 janv. 2023
lorlatinib (1re intention)	1 mai 2024	1 août 2023	1 août 2023	21 déc. 2023	17 juill. 2023	6 juill. 2023	1 oct. 2023	28 sept. 2023	4 janv. 2024	27 nov. 2023	1 sept. 2023
lurbinectédine	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab néoadjuvant – CPNPC	1 févr. 2024	14 août 2023	1 oct. 2023	5 oct. 2023	13 sept. 2023	27 sept. 2023	1 oct. 2023	29 sept. 2023	Non financé	25 mars 2024	Non financé
nivolumab – MPM	1 mai 2022	1 avr. 2022	1 mai 2022	1 avr. 2022	7 juin 2022	2 mars 2022	1 août 2022	23 juin 2022	1 juin 2022	1 déc. 2022	Non financé
nivolumab - ipilimumab (Opdivo - Yervoy ^{MD}) CPNPC 1L	1 mai 2022	1 avr. 2022	1 mai 2022	1 avr. 2022	15 juin 2022	9 nov. 2022	1 août 2022	23 juin 2022	5 juin 2022	1 déc. 2022	Non financé
osimertinib – EGFR (1re intention)	1 janv. 2020	10 avr. 2020	1 mars 2020	2 avr. 2020	10 janv. 2020	18 déc. 2019	1 mai 2020	19 mars 2020	20 févr. 2020	14 févr. 2022	1 févr. 2020
osimertinib – adjuvant EGFR	1 févr. 2023	13 janv. 2023	1 févr. 2023	18 mai 2023	15 nov. 2022	9 nov. 2022	1 mars 2023	27 févr. 2023	1 sept. 2023	14 nov. 2023	1 janv. 2023
pembrolizumab CPNPC squameux	1 juin 2020	15 sept. 2020	1 mai 2020	30 avr. 2020	10 juin 2020	11 sept. 2019	1 mai 2020	16 juill. 2020	1 juin 2020	1 janv. 2022	Non financé
pembrolizumab CPNPC non squameux	1 juin 2020	15 sept. 2020	1 mai 2020	1 mai 2020	24 avr. 2020	8 avr. 2020	1 mai 2020	16 juill. 2020	1 juin 2020	1 janv. 2022	Non financé
pralsetinib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
selpercatinib	1 sept. 2023	14 août 2023	1 sept. 2023	24 août 2023	31 juill. 2023	25 mai 2023	1 nov. 2023	18 sept. 2023	11 déc. 2023	21 mai 2024	15 juin 2023
sotorasib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
tepotinib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	6 juill. 2023	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

À jour au 1er octobre 2024

Tableau 3 – Délai entre l’approbation par la FDA et la couverture provinciale

Les dates de la Food and Drug Administration (FDA) sont fournies à titre de référence pour démontrer le temps nécessaire à la couverture provinciale à partir de la première approbation en Amérique du Nord.

MÉDICAMENT NOM GÉNÉRIQUE	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
alectinib (1re intention)	6 nov. 2017	541	480	462	571	527	452	694	556	701	1,607	471
amivantamab	21 mai 2021	Non financé										
atézolizumab – adjuvant	15 oct. 2021	686	598	594	599	628	545	650	636	627	971	Non financé
atézolizumab – CPPC	18 mars 2019	1,536	1,312	1,444	1,444	1,453	1,122	1,592	1,493	2,024	1,914	Non financé
atézolizumab – CPNPC (2e intention)	18 oct. 2016	1,109	1,084	846	848	1,144	836	1,444	1,107	Non financé	2,246	Non financé
brigatinib – ALK positif (1re intention)	22 mai 2020	742	639	650	742	631	621	772	709	880	859	638
cemiplimab (PD-L1 ≥ 50 %)	22 févr. 2021	Non financé										
cemiplimab (toute expression de PD-L1)	8 nov. 2022	Non financé										
crizotinib – ROS1	11 mars 2016	1,573	1,740	2,668	Non financé	Non financé	2,596	1,757	1,582	1,512	2,509	1,946
dabrafenib et trametinib – BRAF V600F	22 juin 2017	Non financé										
durvalumab – CPNPC de stade III	16 févr. 2018	715	784	684	663	705	593	715	763	818	928	Non financé
durvalumab –CPPC-SA (1re intention)	30 mars 2020	915	807	828	842	844	828	842	856	915	1,099	Non financé
entrectinib – ROS1	5 mai 2020	696	626	545	569	597	470	574	527	749	967	541
entrectinib – NTRK	15 août 2019	1,478	Non financé	1,355	1,470	1,370	Non financé	1,508	1,411	1,508	1,755	1,373

MÉDICAMENT NOM GÉNÉRIQUE	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
larotrectinib	26 nov. 2018	1,740	1,908	1,466	1,587	1,551	Non financé	1,678	1,639	1,738	1,883	1,520
lorlatinib (1re intention)	3 mars 2021	1,155	881	882	1,023	867	856	942	939	1,037	999	912
lurbinectédine	15 juin 2020	Non financé										
nivolumab néoadjuvant – CPNPC	4 mars 2022	699	528	576	580	558	572	576	574	Non financé	752	Non financé
nivolumab- ipilimumab – MPM	2 oct. 2020	576	546	576	546	613	516	668	629	607	790	Non financé
nivolumab - ipilimumab (Opdivo - Yervoy ^{MD}) CPNPC 1L	26 mai 2020	705	675	705	675	750	898	797	758	740	Non financé	Non financé
osimertinib (1re intention)	18 avr. 2018	623	723	683	715	632	609	744	701	673	1,398	654
osimertinib – adjuvant EGFR	18 déc. 2020	775	756	775	881	697	691	803	801	987	1,061	744
pembrolizumab CPNPC squameux	30 oct. 2018	651	757	620	619	589	316	620	696	651	1,159	Non financé
pembrolizumab CPNPC non squameux	20 août 2018	651	757	620	620	613	597	620	696	651	1,230	Non financé
pralsetinib	4 sept. 2020	Non financé										
selpercatinib	8 mai 2020	1,211	1,193	1,211	1,203	1,179	1,112	1,272	1,228	1,312	1,474	1,134
sotorasib	28 mai 2021	Non financé										
tepotinib	3 févr. 2021	Non financé	883	Non financé								

À jour au 1er octobre 2024

REMERCIEMENTS

Cancer pulmonaire Canada tient à exprimer sa plus profonde gratitude aux bénévoles et aux défenseurs dévoués qui ont contribué à la rédaction de ce rapport.

Aux personnes qui ont une expérience vécue, nous vous remercions de nous avoir fait part de vos témoignages d'espoir et de résilience, qui continuent d'inspirer et d'élever la communauté des personnes atteintes d'un cancer du poumon. Merci également aux membres de notre conseil d'administration et de notre comité consultatif médical, qui ont su apporter leurs connaissances, leurs avis et leur appui inconditionnel.

Vos efforts collectifs ont rendu ce rapport possible, et nous vous exprimons toute notre gratitude pour votre engagement à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer du poumon.

Tanya Bossy

Défenseure des intérêts des proches aidants

D^r Christian Finley

Chirurgien thoracique – St. Joseph's Healthcare

Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Ron Foreman

Défenseur des intérêts des proches aidants

Katie Hulan

Défenseure des intérêts des patients

D^r Kevin Jao

Oncologue interniste – Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

Coprésidente, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste – Centre de cancérologie Juravinski

Membre du conseil d'administration de Cancer pulmonaire Canada

Coprésidente, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

D^r Stephen Lam

Pneumologue – BC Cancer Agency

Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Scott Lanaway

Défenseur des intérêts des proches aidants

Administrateur, Cancer pulmonaire Canada

D^r Geoffrey Liu

Scientifique principal – Princess Margaret Cancer Centre

Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Bev Moir

Défenseure des intérêts des patients

Elizabeth Moreau

Défenseure des intérêts des proches aidants

Administratrice, Cancer pulmonaire Canada

D^{re} Stephanie Snow

Cancérologue interniste, Centre des sciences de la santé QEII

Présidente, Cancer pulmonaire Canada

Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

D^r David Stewart

Cancérologue interniste – Hôpital d'Ottawa

Membre, Cancer pulmonaire Canada, Comité médical consultatif

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 872775119 RR0001

Cancer pulmonaire Canada est un organisme caritatif national qui se consacre uniquement au cancer du poumon. Il compte sur les dons pour offrir des programmes et services, comme ce rapport, aux personnes atteintes de cette maladie ainsi qu'à leurs familles.

Nous vous remercions de vos dons; un reçu fiscal est remis pour tout don de 20 \$ ou plus. Vous pouvez faire un don sur notre site Web, à l'adresse www.lungcancercanada.ca, ou en appelant le numéro inscrit au verso.

Ce rapport a été réalisé grâce à la généreuse contribution de AstraZeneca Canada, Bristol-Myers Squibb Canada, EMD Serono Canada, Gilead Canada, GSK Canada, Janssen Canada, Merck Canada, Novartis Canada, Pfizer Canada, Sanofi Canada, Takeda Canada, et Titan ONE.

© Cancer pulmonaire Canada, 2024.



**LUNG
CANCER
CANADA**

AWARENESS. SUPPORT. EDUCATION.

**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

133, rue Richmond O., bureau 208
Toronto (Ontario) M5H 2L3

416.785.3439 (Toronto)

1.888.445.4403 (Sans frais)

www.lungcancercanada.ca
info@lungcancercanada.ca

 @LungCan

 @LungCancer_Can

 @lungcancercanada

 @lungcancercanada