



DES TÉMOIGNAGES QUI NOUS UNISSENT. DES CHANGEMENTS QUI NOUS POUSSENT À AGIR.

Rapport sur les différents visages du cancer du poumon de 2025



**LUNG
CANCER
CANADA**

AWARENESS SUPPORT EDUCATION

**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER SOUTENIR ÉDIFIER

FACE AU CANCER DU POUMON, PERSONNE NE DEVRAIT SE SENTIR ISOLÉ.

Votre guide complet sur le cancer du poumon

est conçu pour aider les patients,
leurs êtres chers, les proches
aidants et les professionnels de la
santé à cheminer dans ce parcours.

+ Accédez au guide



LUNG
CANCER
CANADA

CANCER
PULMONAIRE
CANADA



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	2
Imaginer l'avenir : où en sommes-nous, où allons-nous?	3
À propos de Cancer Pulmonaire Canada	4
Qui nous sommes et comment nous prêtons notre concours	5
État du cancer du poumon au Canada	8
Infographies	9
Des témoignages qui nous unissent. Des changements qui nous poussent à agir.	10
Du diagnostic à la découverte	11
• Judy Hollingsworth • D ^r Brandon Sheffield	
Accès au traitement et innovation	15
• D ^r Paul Wheatley-Price • D ^{re} Lorraine Bell	
Vivre avec le cancer du poumon	20
• Angus Pratt • Aurica Runcan	
Le pouvoir du soutien	24
• Scott Lanaway • Bonnie Leung, M. In.-IP (F)	
Les nouvelles figures de la survie	29
• Winhan Wong • Arta & Dritero Shala	
Transformer l'espoir en action	33
• D ^{re} Alison Wallace	
Rapport annuel sur l'accès aux traitements du cancer du poumon au Canada	35
Tableau 1—État des recommandations portant sur les médicaments de l'AMC et de l'INESSS	36
Tableau 2—Date de la couverture provinciale des médicaments	41
Remerciements	43





INTRODUCTION

IMAGINER L'AVENIR : OÙ EN SOMMES-NOUS, OÙ ALLONS-NOUS?



Message de la D^{re} Rosalyn Juergens et de Shem Singh

Chez Cancer pulmonaire Canada, notre engagement repose sur une vérité fondamentale : le cancer du poumon n'est pas qu'un défi médical, c'est avant tout un défi humain. Derrière chaque statistique se trouve une personne, une famille, une histoire. Ces récits ne se contentent pas de nous informer : ils nous rassemblent, nous émeuvent et nous incitent à passer aux actes.

Le rapport *Les visages du cancer du poumon* de 2025 s'inscrit dans la continuité de 2024, une année marquée par l'urgence, la collaboration et des avancées majeures. Grâce aux sommets, aux groupes d'entraide, aux actions de mobilisation politique, aux services sociaux et à d'autres leviers, mais aussi grâce à un nouveau site Web dynamique et à la ressource incontournable *Votre guide complet sur le cancer du poumon*, nous avons renforcé la voix des personnes atteintes et des cliniciens qui les accompagnent. Nous avons plaidé pour un accès plus rapide à l'innovation, défendu des réformes de politiques centrées sur le patient et offert aux personnes concernées les outils nécessaires pour s'orienter dans leur parcours de soins.

Le rapport de cette année marque un tournant : on passe de la sensibilisation et de l'accès à l'action concrète et à la transformation. Qu'il s'agisse de la défense des droits à l'échelle nationale ou des soins prodigués au chevet du patient, la prise en charge du cancer du poumon au Canada évolue — mais pas assez vite. Trop de patients attendent encore. Trop de traitements sont retardés. Et trop de vies se perdent inutilement.

Voilà pourquoi, cette année plus que jamais, nous mettons l'accent sur l'accélération des progrès. Nous faisons entendre nos voix plus fort, nous agissons plus vite et nous bâtissons des coalitions plus solides. Par la recherche, les partenariats et la défense des droits des patients, nous poussons le système à faire mieux, car les personnes atteintes d'un cancer du poumon méritent mieux.

Les témoignages recueillis dans ce rapport sont puissants. Douloureux parfois, mais porteurs d'espoir. Ils reflètent la réalité d'aujourd'hui et ouvrent la voie de demain. Ensemble, construisons un avenir où la prise en charge du cancer du poumon sera rapide, équitable et menée par celles et ceux qui en ont la meilleure connaissance.

Nous vous remercions sincèrement de votre soutien indéfectible et votre engagement commun en faveur du changement.



D^{re} Rosalyn Juergens
Présidente
Cancer pulmonaire Canada



Shem Singh
Directeur général
Cancer pulmonaire Canada



**À PROPOS DE CANCER
PULMONAIRE CANADA**

À PROPOS DE CANCER PULMONAIRE CANADA

Qui nous sommes et comment nous prêtons notre concours

Chez Cancer pulmonaire Canada, nous n'avons qu'un seul objectif, que nous poursuivons avec détermination, urgence et compassion : combattre le cancer du poumon. Seul organisme de bienfaisance national au Canada consacré exclusivement à cette maladie, notre mission va bien au-delà de la santé pulmonaire en général. Nous voulons sauver des vies, faire avancer la science et nous assurer que personne ne soit confronté seul au cancer du poumon.

Le cancer du poumon est le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada et représente la principale cause de décès par cancer. Au-delà de ses effets sur la santé physique, il impose aussi un lourd fardeau émotionnel et financier aux familles et aux proches aidants.

Face à ce défi, Cancer pulmonaire Canada est présent pour accompagner les patients, offrir une information fiable et défendre avec force leurs droits. Nous veillons à ce que leur voix pèse dans les décisions touchant les soins de santé et l'accès aux traitements. Nous finançons la recherche afin de stimuler l'innovation, d'améliorer les résultats cliniques et de faire progresser les soins. Et nous luttons contre la stigmatisation en plaidant pour le changement – du dépistage précoce à de meilleures options thérapeutiques – afin de vaincre cette maladie.

Grâce à ces efforts, nous donnons une véritable voix à la communauté des patients atteints de cancer du poumon et faisons avancer les progrès que tous les Canadiens concernés méritent.

Pour en savoir plus, consultez :

cancerpulmonairecanada.ca

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 proches aidants, des professionnels de la santé et du grand public.



NOS ACTIONS

Programmes de soutien

Nous proposons une gamme de services offrant des conseils pratiques, un soutien émotionnel et des informations fiables aux personnes touchées par un cancer du poumon ainsi qu'à leurs proches aidants.

Programmes d'éducation et de sensibilisation

Par des campagnes nationales et des actions de sensibilisation locales, nous alertons la population sur les risques et les signes du cancer du poumon et sur l'importance cruciale du dépistage précoce, afin que chaque Canadien puisse prendre sa santé en main.

Défense des intérêts

Nous revendiquons un accès équitable au dépistage, aux tests et aux traitements du cancer du poumon, en influant sur les politiques et en combattant sans relâche les disparités qui touchent les patients partout au pays.

Conseil d'administration

Chez Cancer pulmonaire Canada, notre mission nous guide et nos dirigeants nous portent. Notre conseil d'administration réunit des visionnaires dont l'expertise et l'engagement nourrissent toutes nos actions. Grâce à eux, nous restons concentrés sur l'essentiel : sauver des vies, faire progresser la science et nous assurer que personne n'affronte seul le cancer du poumon.



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Chez Cancer pulmonaire Canada, notre mission nous guide et nos dirigeants nous portent. Notre conseil d'administration réunit des visionnaires dont l'expertise et l'engagement nourrissent toutes nos actions. Grâce à eux, nous restons concentrés sur l'essentiel : **sauver des vies, faire progresser la science et nous assurer que personne n'affronte seul le cancer du poumon.**

PRÉSIDENTE

D^{re} Rosalyn Juergens
Hamilton (Ontario)

PRÉSIDENTE SORTANTE

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

VICE-PRÉSIDENTE

Maria Amaral
Toronto (Ontario)

TRÉSORIER

Nicolas Delisle
Calgary (Alberta)

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

Emi Bossio
Calgary (Alberta)

MEMBRES :

D^{re} Cheryl Ho
Vancouver (Colombie-Britannique)

D^r Kevin Jao
Montréal (Québec)

Scott Lanaway
Toronto (Ontario)

Elizabeth Moreau
Ottawa (Ontario)

Shem Singh (membre d'office)
Toronto (Ontario)

COMITÉ CONSULTATIF MÉDICAL

Le comité consultatif médical de Cancer pulmonaire Canada est au cœur de notre mission. Composé de cliniciens et de chercheurs de renommée mondiale, il allie expertise, compassion et engagement total pour améliorer les issues cliniques des patients. Leurs conseils guident nos efforts de défense des intérêts, renforcent nos programmes éducatifs et nous ancrent fermement dans la science, les données probantes et les soins centrés sur le patient.

COPRÉSIDENTS :

D^r Kevin Jao

D^r Geoffrey Liu

D^r Quincy Chu

D^{re} Nathalie Daaboul

D^r David Dawe

D^{re} Michela Febbraro

D^r Christian Finley

D^{re} Anny Godin

D^{re} Anne Gonzalez

D^{re} Desiree Hao

D^{re} Cheryl Ho

D^r Patrick Hoang

D^{re} Diana Ionescu

D^{re} Rosalyn Juergens

D^r Shaqil Kassam

D^r Biniyam Kidane

D^{re} Catherine Labbé

D^r Stephen Lam

D^r Wan Lam

D^{re} Natasha Leighl

D^r Yuchen Li

D^{re} Dorothy Lo

D^{re} Barbara Melosky

D^r Nicholas Meti

D^r Abhenil Mittal

D^r Vishal Navani

D^{re} Sharon Ong

D^{re} Kirstin Perdrizet

D^{re} Callista Phillips

D^{re} Lacey Pitre

D^{re} Renelle Myers

D^r Jeffrey Rothenstein

D^r Randeep Sangha

D^r Brandon Sheffield

D^{re} Stephanie Snow

D^{re} Silvana Spadafora

D^r David Stewart

D^{re} Sara Taylor

D^r Simon Turner

D^r Yee Ung

D^r Mark Vincent

D^{re} Alison Wallace

D^r Paul Wheatley-Price

D^r Zhaolin Xu

D^r Sunil Yadav

D^r Jawaid Younus

MEMBRES :

D^r Mahmoud Abdelsalam

D^r Scott Adams

D^r Shantanu Banerji

D^{re} Carissa Beaulieu

D^r Normand Blais

D^{re} Nicole Bouchard

D^r Ron Burkes

D^{re} Parneet Cheema

D^{re} Susanna Cheng

D^{re} Negar Chooback



ÉTAT DU CANCER DU POUMON AU CANADA

ÉTAT DU CANCER DU POUMON AU CANADA

Le cancer du poumon demeure le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada et la principale cause de décès par cancer. Cette année, plus de 20 000 personnes mourront du cancer du poumon que des 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.



24 %

LE CANCER DU POUMON
EST RESPONSABLE D'UN DÉCÈS
PAR CANCER SUR QUATRE
(24 %) AU CANADA

CHAQUE ANNÉE, PLUS DE

20 000

PERSONNES MOURRONT DU
CANCER DU POUMON



70 %

DES CANCERS DU POUMON
SONT DIAGNOSTIQUÉS AUX
STADES III ET IV

CHAQUE ANNÉE, PLUS DE

32 000

CANADIENS REÇOIVENT UN
DIAGNOSTIC DE CANCER DU POUMON



**UN CANADIEN SUR 14 RECEVRA
UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU
POUMON AU COURS DE SA VIE**



**DES TÉMOIGNAGES QUI NOUS UNISSENT. DES
CHANGEMENTS QUI NOUS POUSSENT À AGIR.**



DU DIAGNOSTIC À LA DÉCOUVERTE



Une conversation avec Judy Hollingsworth

Le pouvoir du dépistage et de la détection précoce

Lorsque Judy Hollingsworth est entrée dans le cabinet de son médecin il y a plus de 14 ans, elle ne se doutait pas que sa vie était sur le point de changer. Son parcours a basculé non pas à cause d'un diagnostic brutal, mais grâce à une simple affiche sur le mur, annonçant une étude sur le dépistage précoce du cancer du poumon.

« J'ai failli ne pas appeler, j'avais peur de ce que j'allais apprendre. Mais je savais que je devais le faire », confie-t-elle.

M^{me} Hollingsworth avait de bonnes raisons de s'inquiéter. Ses deux parents sont morts d'un cancer du poumon : son père après une opération trop tardive, sa mère après une visite fortuite aux urgences qui a révélé un cancer déjà métastatique. Compte tenu de ses antécédents de tabagisme et de ses épisodes de pneumonie pendant son enfance, M^{me} Hollingsworth savait que le risque était réel.

Elle affirme : « Je ne crois pas avoir jamais eu des poumons en très bonne santé. Mais à l'époque, personne ne parlait vraiment de dépistage. »

Cette affiche a poussé M^{me} Hollingsworth à prendre part, en 2011, à une étude menée par le Dr Stephen Lam au BC Cancer, un centre spécialisé dans la détection précoce du cancer du poumon. Elle y subit régulièrement, tous les quelques mois, des examens et des tests, dont des analyses sanguines, des examens fonctionnels respiratoires et des bronchoscopies, afin de surveiller l'évolution de ses poumons. Les années ont passé, et ce n'est qu'en 2014 que les médecins ont remarqué de petits nodules. L'un d'eux a commencé à grossir et une opération chirurgicale a été planifiée.

Pour autant, le chemin n'a pas été facile. Des retards dans l'opération ont été causés par une pénurie de chirurgiens thoraciques, entraînant des mois d'incertitude et de stress. Toutefois, lorsque l'opération a enfin eu lieu, le cancer était encore au stade I : pas de chimiothérapie, pas de radiothérapie, et surtout, une précieuse seconde chance.



« Grâce à cette affiche, j'ai découvert ma maladie avant qu'elle ne devienne fatale, témoigne M^{me} Hollingsworth. Je n'avais aucun symptôme. Aucun. C'est ce qui est effrayant : le cancer du poumon est vraiment un tueur silencieux. »

Le dépistage lui a sauvé la vie, mais il ne devrait pas relever du hasard

L'histoire de M^{me} Hollingsworth est remarquable... mais demeure l'exception. Au Canada, la majorité des cancers pulmonaires sont encore découverts trop tard, lorsque les traitements sont limités et les chances de survie réduites.

« Beaucoup de gens ignorent même que le dépistage existe, poursuit-elle. Et quand ils le savent, ils ignorent comment y accéder. Pourquoi ai-je dû l'apprendre en voyant une simple affiche? Où est la sensibilisation? »

Aujourd'hui, M^{me} Hollingsworth continue de participer au programme et passe régulièrement ses tomodensitométries. « Comme il reste encore quelques taches, je dois revenir tous les six mois, explique-t-elle. Mais je suis suivie. Et c'est ce qui compte. »

Au-delà des examens : le besoin de soutien

Malgré la qualité des soins médicaux qu'elle a reçus, M^{me} Hollingsworth décrit son parcours comme profondément solitaire. Aucune ressource ou information sur les organismes d'aide ne lui ont été proposées, et elle a ressenti la stigmatisation associée au diagnostic de cancer du poumon.

« Personne ne m'a remis de dépliant. Personne ne m'a parlé de groupes de soutien, se souvient-elle. J'ai dû me tourner vers un groupe de soutien pour le cancer du sein, car c'était tout ce que j'avais pu trouver. »

Elle a ensuite découvert les groupes de soutien virtuels de Cancer pulmonaire Canada, une bouée de sauvetage dont elle estime que davantage de personnes devraient connaître l'existence. La stigmatisation, elle, pesait lourdement : « Oui, j'ai fumé. Mes parents aussi. Mais ce n'est pas tout. Le cancer du poumon a de multiples causes et personne ne mérite d'être jugé en raison de sa maladie. »

Un message aux décideurs : sensibiliser, c'est agir

M^{me} Hollingsworth sait exactement ce qu'elle attend des autorités de santé : « Sensibilisez la population. Financez le dépistage. Installez des panneaux d'information. Je fréquente les centres de cancérologie depuis des années et je n'avais jamais vu une seule affiche sur le dépistage du cancer du poumon. »

Pour elle, la solution est claire : un accès équitable et rapide au dépistage précoce. « J'ai eu de la chance, conclut-elle. Mais il ne devrait pas s'agir de chance. Tout le monde mérite la chance que j'ai eue. Je suis profondément reconnaissante au Dr Lam de m'avoir permis de participer à son étude, mais je ne sais pas où j'en serais aujourd'hui sans son aide. »

L'expérience de M^{me} Hollingsworth illustre parfaitement l'objectif de ce rapport : transformer des parcours individuels en actions collectives. Le dépistage précoce a changé sa vie et pourrait en faire autant pour des milliers d'autres si les systèmes étaient renforcés et si la sensibilisation devenait la norme.

« Une épreuve aussi terrible semble moins insurmontable lorsque l'on bénéficie des soins que j'ai reçus, confie-t-elle. Mais personne ne devrait avoir à compter sur le hasard. Nous pouvons faire mieux. Et cela commence par garantir que chacun se sente pris en charge et soutenu et puisse accéder au dépistage. »



« Je n'avais aucun symptôme. Aucun. C'est ce qui est effrayant : le cancer du poumon est vraiment un tueur silencieux. »

DU DIAGNOSTIC À LA DÉCOUVERTE



Une conversation avec le D^r Brandon Sheffield

Lever les barrières aux soins de précision

Dans l'univers complexe des soins contre le cancer du poumon, l'attention se porte souvent sur les visages que les patients rencontrent — oncologues, chirurgiens, radiologues. Mais en coulisses, bien avant le début du traitement, un autre acteur clé façonne discrètement le parcours des patients : l'anatomopathologiste.

« Les gens n'en ont pas toujours conscience, explique le D^r Brandon Sheffield, anatomopathologiste moléculaire au William Osler Health System, à Brampton (Ontario). Mais chaque étape du diagnostic du cancer du poumon, des choix de traitement à la survie, débute par ce que révèle le microscope. »

La pathologie : le catalyseur caché des soins contre le cancer

Les anatomopathologistes sont les premiers à confirmer la nature maligne d'une masse suspecte, à identifier le type de cancer et à détecter les mutations ou biomarqueurs connexes. Ces signatures moléculaires rendent la médecine de précision possible, en offrant aux patients des traitements ciblés, plus efficaces et moins toxiques que la chimiothérapie traditionnelle.

« Chaque cancer du poumon porte une empreinte biologique unique, explique le D^r Sheffield. Plus nous comprenons la génétique d'une tumeur, mieux nous pouvons adapter les traitements pour maximiser les chances de guérison des patients, leur offrant ainsi une vie plus longue et de meilleure qualité. »

Mais obtenir ces réponses dépend de la qualité de l'échantillon et de sa manipulation par des mains expertes. Si le tissu est trop petit, dégradé ou livré en retard, les tests essentiels deviennent impossibles, faisant perdre un temps précieux au patient.

« Le cancer du poumon évolue rapidement, explique le D^r Sheffield. Les retards ne causent pas seulement du stress, ils peuvent coûter des vies. Chaque jour compte. »



Écarts systémiques, accès inégal et coût de l'attente

Partout au Canada, l'accès rapide à des tests de biomarqueurs de qualité reste inégal, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur les patients, en fonction de leur lieu de résidence.

Le Dr Sheffield a récemment mené conjointement une étude nationale qui a révélé des disparités frappantes dans les délais d'exécution des tests moléculaires. Seuls 15 % des laboratoires ont obtenu des résultats dans l'intervalle recommandé de deux semaines. Près d'un tiers a pris plus d'un mois. « Cette variation peut tout changer pour un patient », affirme-t-il.

Dans certaines régions, les hôpitaux manquent d'infrastructure ou de personnel pour effectuer des tests avancés en interne, envoyer des échantillons à des laboratoires de recherche ou à l'extérieur de la province lorsque la charge de travail universitaire l'emporte sur le diagnostic des patients. « Nous avons reçu des échantillons en retard en raison de longues files d'attente, ou bien ce sont les mauvaises personnes qui les ont examinés. Il ne s'agit pas d'un échec de la science, mais de celui des systèmes. »

À l'Hôpital Civic de Brampton, le Dr Sheffield a contribué à raccourcir le délai d'exécution moyen des tests de biomarqueurs de 64 jours à seulement trois. À quoi est dû cet exploit? Il ne s'agit pas d'une question de nouvelle technologie, mais plutôt d'une prise en charge locale, d'une surveillance clinique attentive et d'une culture de l'urgence.

« Nous n'avons pas construit un nouveau laboratoire. Nous avons fait du cancer du poumon une priorité, souligne-t-il. Lorsque le système perçoit le patient derrière l'échantillon, les choses s'accélèrent. »

Innovation ciblée : quelles sont les prochaines étapes pour les outils de diagnostic ?

Si les améliorations systémiques sont cruciales, les nouvelles technologies révolutionnent également les possibilités dans le diagnostic du cancer du poumon :

- La pathologie numérique convertit les lames de tissu en images haute résolution qui peuvent être numérisées, transmises et analysées à l'aide de l'intelligence artificielle, ce qui accélère le diagnostic et en améliore la précision.
- Les biopsies liquides sont une solution de rechange non effractive, car elles permettent d'analyser l'ADN tumoral dans un prélèvement de sang, réduisant ainsi le besoin de répéter des biopsies tissulaires.
- Les essais à préservation tissulaire permettent de détecter plus de biomarqueurs en utilisant des échantillons plus petits, ce qui constitue une avancée majeure lorsque la quantité de tissu est limitée.

« Ces outils changent la donne, déclare le Dr Sheffield. Mais ils ne fonctionnent que si les personnes, les politiques et les flux de travail connexes sont prêts à les accompagner. La technologie n'est pas une solution miracle. Elle a besoin d'une colonne vertébrale clinique solide. »

Un appel à l'action : du laboratoire aux premières lignes

Le message du Dr Sheffield à ses collègues et au système dans son ensemble est clair.

« Les anatomopathologistes ne sont pas uniquement des techniciens de laboratoire. Nous sommes des médecins. Nous sommes responsables non seulement de détecter le cancer, mais aussi de nous assurer que le profil du patient est complet et que celui-ci est prêt à recevoir le bon traitement, ajoute-t-il. Nous devons assumer ce rôle et lutter contre les retards avec la même urgence que nos collègues cliniciens. »

Ce sens de la responsabilité collective est, selon lui, ce qui favorisera l'évolution des soins du cancer du poumon grâce à une meilleure coordination, à des normes communes et à un engagement unifié à offrir un accès équitable aux soins.

« J'ai vu ce qui se produit lorsque les gens se rallient autour d'un objectif commun. Nous ne traitons pas seulement des échantillons, nous changeons des vies. »

« L'excellence ne devrait pas être l'exception, mais la norme, partout. »

Le rôle de la défense des droits des patients : transformer les connaissances en actions concrètes

Le Dr Sheffield attribue une grande partie de l'élan des tests de biomarqueurs à des groupes comme Cancer pulmonaire Canada, qui ont fait pression sur les gouvernements et les systèmes de santé pour qu'ils reconnaissent le pouvoir du diagnostic sur la survie.

« Chaque fois que les militants se font entendre, leurs voix résonnent à l'intérieur du laboratoire, dit-il. Cela conduit à plus de ressources, à des directives plus claires et à des soins plus rapides. Mais il nous reste du pain sur la planche. »

Selon lui, à quoi ressemblerait le progrès?

« Aucun patient ne devrait être privé des soins personnalisés à cause de son lieu de résidence ou du temps que prennent les examens de laboratoire, conclut-il. L'excellence ne devrait pas être l'exception, mais la norme, partout. »

ACCÈS AU TRAITEMENT ET INNOVATION



Une conversation avec le Dr Paul Wheatley-Price

De la percée au goulot
d'étranglement : la promesse (et le
problème) du traitement du cancer
du poumon au Canada

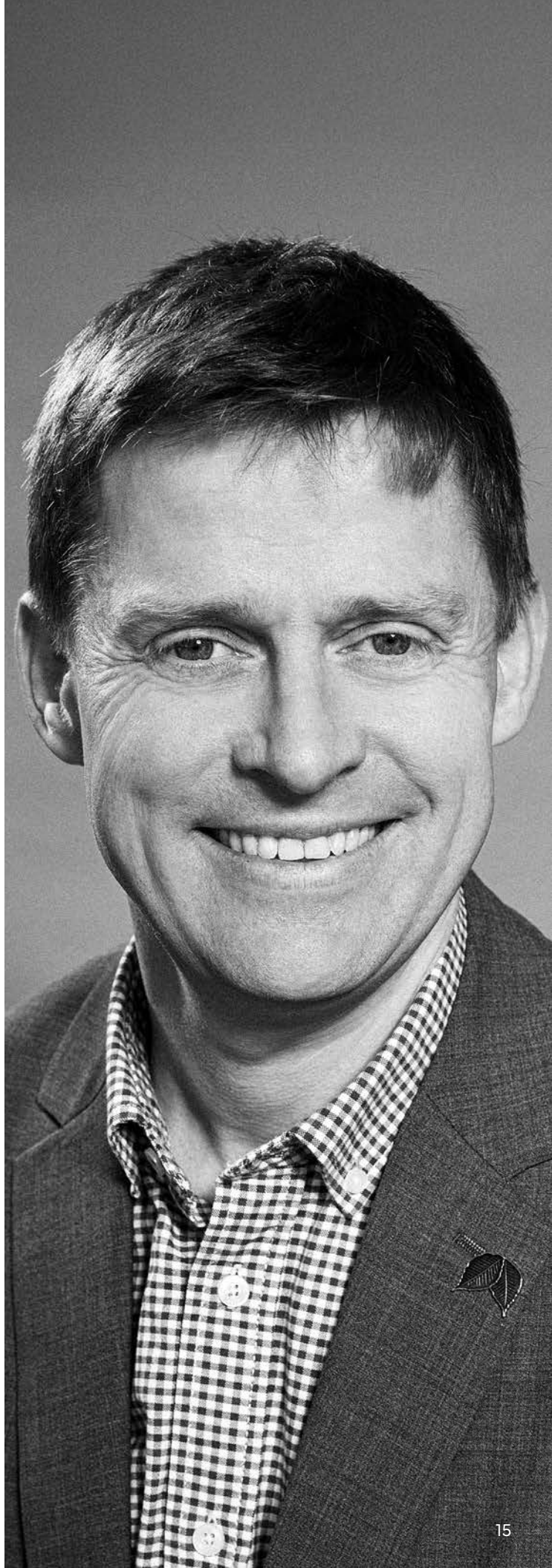
Le Dr Paul Wheatley-Price, oncologue interniste et ancien président de Cancer pulmonaire Canada, s'était trouvé pendant des décennies à l'intersection des soins aux patients et des politiques de santé. Il avait mesuré de près la puissance de la science de pointe — et découvert, en contraste brutal, combien la lenteur de sa mise en marché pouvait rendre les systèmes canadiens exaspérants. Selon lui, le paysage du traitement du cancer du poumon est un univers de contradictions : des avancées remarquables freinées par des obstacles évitables, parfois fatals.

« Nous avons de nombreuses raisons d'être fiers, affirme-t-il. Nous constatons que les taux de survie s'améliorent plus rapidement que pour tout autre cancer, grâce à des avancées, comme les traitements ciblés, l'immunothérapie et un accès plus vaste au dépistage. Mais le progrès n'a de poids que s'il atteint les personnes concernées. Et, actuellement, trop de patients sont laissés pour compte. »

La médecine de précision : une révolution jugulée par des limites

Le Dr Wheatley-Price attribue une grande part du gain de survie à la médecine de précision, une approche qui associe le traitement aux facteurs génétiques spécifiques au cancer du patient. Pour ces derniers, il peut s'agir d'années de vie plutôt que de quelques mois seulement. « Nous ne parlons plus d'un seul type de cancer du poumon. Il en existe des dizaines de sous-types. Et, pour beaucoup, nous avons des traitements non seulement efficaces, mais révolutionnaires », explique-t-il.

Mais ces traitements ne sont utiles que si les patients peuvent y accéder. « Même lorsque nous arrivons à déterminer la bonne mutation et que le traitement adapté existe, il n'est pas toujours possible de le proposer au patient. Les infrastructures de dépistage, les systèmes d'approbation des médicaments et les formulaires provinciaux canadiens peinent souvent à suivre le rythme rapide des avancées scientifiques. Et, pour le cancer du poumon, chaque instant compte. »



Un système qui retarde — et qui nie

Le cheminement du Canada de la découverte d'un traitement en laboratoire à sa mise au chevet du patient est compliqué, et souvent, douloureusement lent. « Premièrement, Santé Canada approuve le médicament. Deuxièmement, le médicament est envoyé à l'Agence des médicaments du Canada ou à l'INESSS (Québec) pour l'évaluation des technologies de la santé. Ensuite, les négociations sur la tarification du traitement démarrent, et ce n'est qu'à ce moment-là que les provinces peuvent décider de le financer ou pas, précise-t-il. Chaque étape peut devenir une impasse ou un retard que les patients ne peuvent tout simplement pas se permettre. »

Certains médicaments, comme le traitement d'association dabrafenib/trametinib, n'arrivent jamais au bout du processus. Pour d'autres (comme le tépotinib ou l'amivantamab), le résultat au bout d'années d'attente se limite à une simple différence dans la disponibilité selon la province. « Certains des patients qui résident au Québec, à cinq minutes de l'autre rive du fleuve, ne peuvent pas recevoir le médicament que je peux offrir à quelqu'un à Ottawa, et vice versa, dit-il. C'est un exercice de frustration et d'incompréhension pour tout médecin, et lourd de conséquences pour les patients. Nous sommes fiers du régime d'assurance-maladie universelle, mais, lorsqu'il s'agit de médicaments contre le cancer, votre code postal pèse dans la balance. »

**« Nous avons les outils.
Nous avons la science.
Ce qu'il nous faut, c'est
que le système rattrape
son retard, parce que
des vies sont en jeu. »**

Lorsque l'innovation ne parvient pas au patient

Les séquelles émotionnelles ne se limitent pas aux personnes atteintes d'un cancer du poumon; elles pèsent tout aussi sur les cliniciens. « Cela me brise le cœur, déplore le D^r Wheatley-Price. Je peux, en regardant un patient dans les yeux, savoir exactement de quel traitement il a besoin. Je sais qu'il existe. Mais quand je ne peux pas le lui proposer parce que les lourdeurs bureaucratiques sont bloquées quelque part, ce qui cause une sorte de préjudice moral. »

Le D^r Wheatley-Price souligne une cassure nette entre les possibilités médicales et les réalités systémiques. « La science fait son travail. Mais si nous n'améliorons pas le système qui l'encadre, nous gaspillons son potentiel, et ce retard coûte des vies. »

Des progrès réels et ce qui devrait être les prochaines étapes

Malgré ses frustrations, le D^r Wheatley-Price voit des raisons d'être optimiste. Les programmes de dépistage du cancer du poumon se développent, les tests moléculaires s'améliorent et les activités de défense des droits des patients gagnent du terrain.

« Nous avons fait des progrès incroyables, non seulement pour ce qui est des traitements, mais aussi dans la sensibilisation, les échanges sur les politiques et la mobilisation des survivants, déclare-t-il. Les personnes atteintes d'un cancer du poumon vivent maintenant assez longtemps pour devenir des défenseurs. C'est un énorme point d'inflexion culturel. »

Mais le D^r Wheatley-Price met en garde contre le risque de se laisser éblouir uniquement par la prochaine grande avancée. « Oui, les nouveaux traitements, comme les conjugués anticorps-médicament, sont prometteurs. Mais n'ignorons pas l'essentiel. Nous n'avons toujours pas un accès équitable aux traitements dont nous connaissons déjà l'efficacité. Assurons-nous de prodiguer des soins de qualité avant de franchir la prochaine frontière. »

Défense des droits des patients, égalité des chances et urgence

Pour le D^r Wheatley-Price, la défense des droits des patients est essentielle pour changer le système; et cela comprend la lutte contre la stigmatisation qui persiste encore face au cancer du poumon. « C'est une maladie toujours liée au tabagisme dans l'imaginaire du public, et cette stigmatisation a longtemps limité le soutien, le financement et la compassion du public », dit-il.

Bien que le nombre croissant de défenseurs des non-fumeurs contribue à changer les perceptions, le D^r Wheatley-Price met en garde contre la création de nouvelles divisions. « Toute personne atteinte d'un cancer du poumon mérite d'excellents soins, quelle que soit son exposition au tabac. Il ne s'agit pas de soigner uniquement des patients 'méritants', mais toutes les personnes atteintes d'un cancer du poumon. »

Il souligne également que des organismes comme Cancer pulmonaire Canada sont de puissants artisans du changement. « Nous avons vu des progrès grâce aux patients et aux cliniciens qui se soutiennent, font entendre leur voix et réclament mieux. Les résultats se font sentir, mais nous ne pouvons pas nous arrêter maintenant. Nous sommes dans le long terme. »

Son message aux décideurs est clair : « Nous ne demandons pas de miracles et nous comprenons les pressions actuelles sur le système de santé public. Nous demandons l'égalité des chances, l'uniformité et l'urgence. Nous avons les outils. Nous avons la science. Ce qu'il nous faut, c'est que le système rattrape son retard, parce que des vies sont en jeu. »

ACCÈS AU TRAITEMENT ET INNOVATION



Une conversation avec la D^{re} Lorraine Bell

De pédiatre à patiente : en première
ligne contre le cancer du poumon

Néphrologue pédiatrique au Centre universitaire de santé McGill à Montréal, la D^{re} Lorraine Bell a consacré sa carrière à soigner des enfants souffrant de maladies rénales graves. Loin d'imaginer qu'elle se retrouverait un jour du côté des patients, elle voit sa vie basculer subitement en mai 2020, alors que la première vague de COVID-19 déferle sur le pays.

« Aucun signe n'annonçait un cancer du poumon. C'est une douleur dorsale fulgurante et des symptômes neurologiques qui m'ont conduite aux urgences : faiblesse, perte de coordination des jambes, difficultés à marcher. Les examens d'imagerie révèlent alors une tumeur qui comprime une vertèbre et vient heurter la moelle épinière. Le diagnostic tombe : cancer du poumon métastatique », relate-t-elle. S'ensuit une chirurgie d'urgence pour réparer la lésion, mais même son expérience médicale ne l'avait pas préparée à l'ampleur de l'épreuve à venir.

Le verdict est sans appel : cancer du poumon non à petites cellules de stade IV, avec métastases dans les os, le thorax et la région abdominale. La D^{re} Bell devra attendre plusieurs semaines avant d'avoir accès à l'oncologie. Envahie de questions, elle se tourne vers la littérature médicale qui a guidé sa pratique pendant des années. « Tout ce que je lisais annonçait une probabilité de survie à un an à seulement 10 %. Je me suis dit : " C'est la fin. " »

Médecine de précision : entre espoirs et entraves

La lumière vient des tests moléculaires. Une seconde biopsie décèle une mutation rare — saut de l'exon 14 codant pour la transition mésenchymateuse-épithéliale (MET) — la rendant admissible à des traitements ciblés susceptibles de changer le cours de sa maladie.

« J'étais chanceuse! J'ai pu avoir accès à des tests génétiques moléculaires et à une équipe soignante qui a suivi cette piste malgré les difficultés initiales révélées lors de la biopsie », souligne-t-elle. Mise sous crizotinib, elle voit son état se stabiliser trois ans durant. Mais en 2023, des métastases cérébrales apparaissent. Son oncologue propose alors le tépotinib, plus efficace pour les lésions cérébrales, mais indisponible lors de son premier traitement, en 2020.



Ce nouvel espoir l'oblige pourtant à franchir un nouveau parcours d'obstacles

Se battre pour l'accès : « Le cancer n'était pas mon seul combat »

En raison des règles en vigueur au Québec, la demande de tépotinib par l'oncologue de la D^{re} Bell est refusée à quatre reprises par la RAMQ. L'organisme juge qu'elle a « échoué » à son traitement initial, alors que la limite du crizotinib réside dans son incapacité à franchir la barrière hématoencéphalique, non dans un échec thérapeutique.

Redoutant des conséquences fâcheuses, la D^{re} Bell prend le coût à sa charge pour s'offrir le tépotinib — 10 000 \$ chaque mois. « C'est terrifiant. J'ai puisé dans mon épargne-retraite juste pour rester en vie. C'était absurde : le bon médicament existait. J'avais la mutation. J'avais les preuves médicales. J'avais très bien réagi au tépotinib après l'avoir payé de ma poche. Il était accessible au Québec, mais seulement pour un groupe restreint de patients atteints d'un cancer du poumon, et le système m'a fait attendre. »

Elle interjette appel devant le tribunal provincial et, à force de détermination, obtient gain de cause. La RAMQ accepte de rembourser le coût du médicament. Pendant ce temps, la D^{re} Bell a subi des complications graves : maux de tête, œdèmes cérébraux et perte d'équilibre, ce qui a nécessité des opérations d'urgence pour enlever des tumeurs cérébrales qui ne cessaient de grossir.

« J'ai de la chance : mes connaissances médicales, mon entourage, ma capacité à défendre mes droits m'ont sauvée. Mais je pense aux patients qui doivent faire face à ces problèmes, seuls. »

Au cœur du système, mais toujours en marge

Malgré ses compétences médicales, la D^{re} Bell décrit une expérience qui l'a laissée vulnérable et isolée.

« Après l'opération de la colonne vertébrale, je ne pouvais plus marcher et j'ai été transférée entre plusieurs

hôpitaux sans aucune communication claire. Je n'ai pas vu mon oncologue pendant plusieurs jours. La COVID-19 a encore compliqué les choses : aucune visite autorisée, aucun soutien. Il faisait chaud, c'était difficile à supporter et j'avais très peur. »

Elle insiste sur l'importance cruciale de défendre ses propres intérêts pendant les soins. « Par moments, j'ai dû insister, que ce soit pour demander un transfert ou obtenir des rendez-vous d'imagerie en temps voulu. Si je n'avais pas pris les choses en main, je ne sais pas quand cela aurait eu lieu. »

« Le cancer du poumon ne regarde ni votre adresse ni votre passé. Chaque personne mérite une chance, pas seulement de survivre, mais de vivre. Nous avons la science. Il est temps de faire en sorte que nos systèmes permettent vraiment d'en bénéficier. »

Son conseil aux patients : « Ne jamais rester seul. Se faire accompagner. Faire entendre sa voix. Poser des questions. Tout noter. Le système est saturé : si vous ne défendez pas activement vos intérêts, tout peut s'enliser. »



Quand la recherche promet, l'accès déçoit

Aujourd'hui, la D^{re} Bell est toujours sous tépotinib; le traitement stabilise sa maladie. « Au début, j'avais huit métastases cérébrales. Six ont disparu en quatre semaines et deux autres ont été traitées par radiothérapie stéréotaxique (SRS). Voilà la force des thérapies ciblées.

Toutefois, la D^{re} Bell craint que, si la médecine de précision donne de l'espoir, l'accent mis sur les avancées scientifiques occulte parfois le besoin urgent de changement à l'échelle du système.

« On s'enthousiasme pour la prochaine grande découverte scientifique, mais on n'a toujours pas accès, de façon constante, aux traitements qui existent et qui fonctionnent déjà. Le défi n'est pas seulement la découverte, c'est d'y accéder. »

Vivre avec un cancer du poumon, et vivre pleinement

Aujourd'hui, cinq ans après le diagnostic, la D^{re} Bell contemple le chemin parcouru avec lucidité et gratitude. « Je suis toujours en vie, ce que je ne pensais pas possible. Je ne suis plus la même personne : j'ai quitté mon emploi, jonglé avec les séquelles et découvert une autre normalité. Mais j'ai acquis une nouvelle perspective de la vie et je suis extrêmement reconnaissante pour chaque jour qui m'est offert. »

Elle en est consciente : son réseau de soutien et son savoir médical ont fait la différence, mais cela ne doit pas décider de qui survit ou non.

« Je suis en vie parce qu'une personne a découvert une mutation, parce qu'une autre a inventé un médicament, parce que je me suis battue pour l'obtenir. Mais ce parcours ne devrait jamais être semé de tant d'obstacles. »

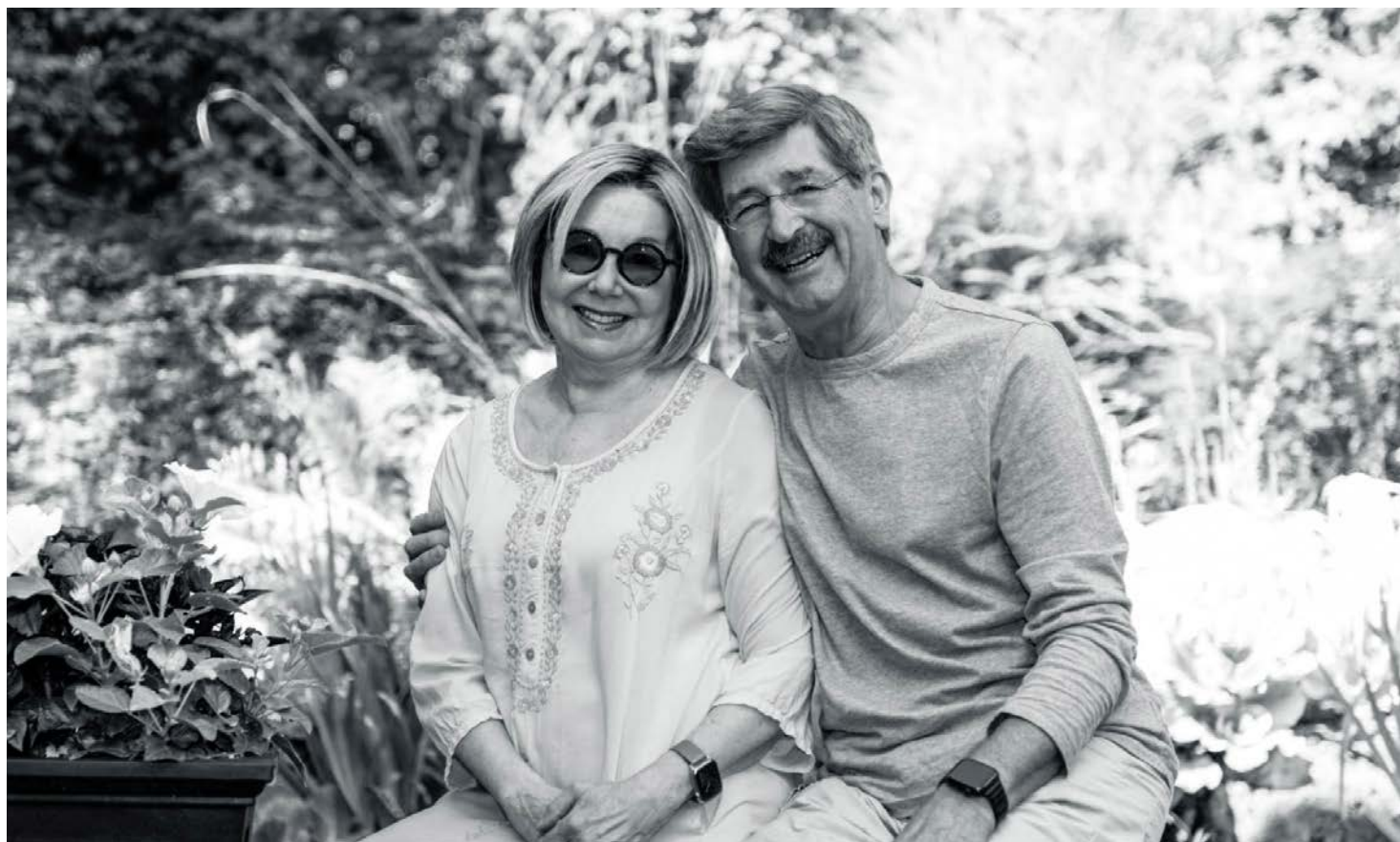
La D^{re} Bell passe également du temps à se préparer pour la suite, à s'informer sur les soins palliatifs et à planifier l'avenir. « Nous devrions tous parler davantage de sujets comme l'héritage, la dignité et la façon dont nous souhaitons vivre le temps qui nous reste. »

Un appel à l'action

Le témoignage de la D^{re} Bell est un hymne à la résilience, au courage, à l'espoir et à la détermination, mais il met aussi en lumière les défaillances du système. L'innovation n'a de sens que si l'accès est rapide, équitable, aligné sur les besoins des patients — et non pas freiné par la bureaucratie.

Son message aux décideurs politiques et aux dirigeants du secteur de la santé est clair :

« Le cancer du poumon ne regarde ni votre adresse ni votre passé. Chaque personne mérite une chance, pas seulement de survivre, mais de vivre. Nous avons la science. Il est temps de faire en sorte que nos systèmes permettent vraiment d'en bénéficier. »



VIVRE AVEC LE CANCER DU POUMON



Une conversation avec Angus Pratt

Reconstruire sa vie, un jour à la fois

Pour Angus Pratt, vivre avec un cancer du poumon ne signifie pas simplement tenir bon, mais apprendre à s'adapter, à s'engager pleinement et à réinventer le sens d'une vie riche malgré l'incertitude. Depuis son diagnostic en 2018, il a passé plus de sept ans à se frayer un chemin à travers traitements, rechutes et combats silencieux du quotidien, souvent invisibles sur un tomodensitogramme.

Autrefois lève-tôt adepte d'une routine rigoureuse, M. Pratt gère désormais son énergie avec plus de précaution. « Je fais toujours les mêmes choses, mais plus tard et plus lentement, confie-t-il avec un sourire. Il s'agit de préserver ses cuillères », explique-t-il, en référence à la célèbre 'théorie des cuillères', un concept largement utilisé par les personnes vivant avec une maladie chronique pour décrire la gestion de leur énergie au quotidien.

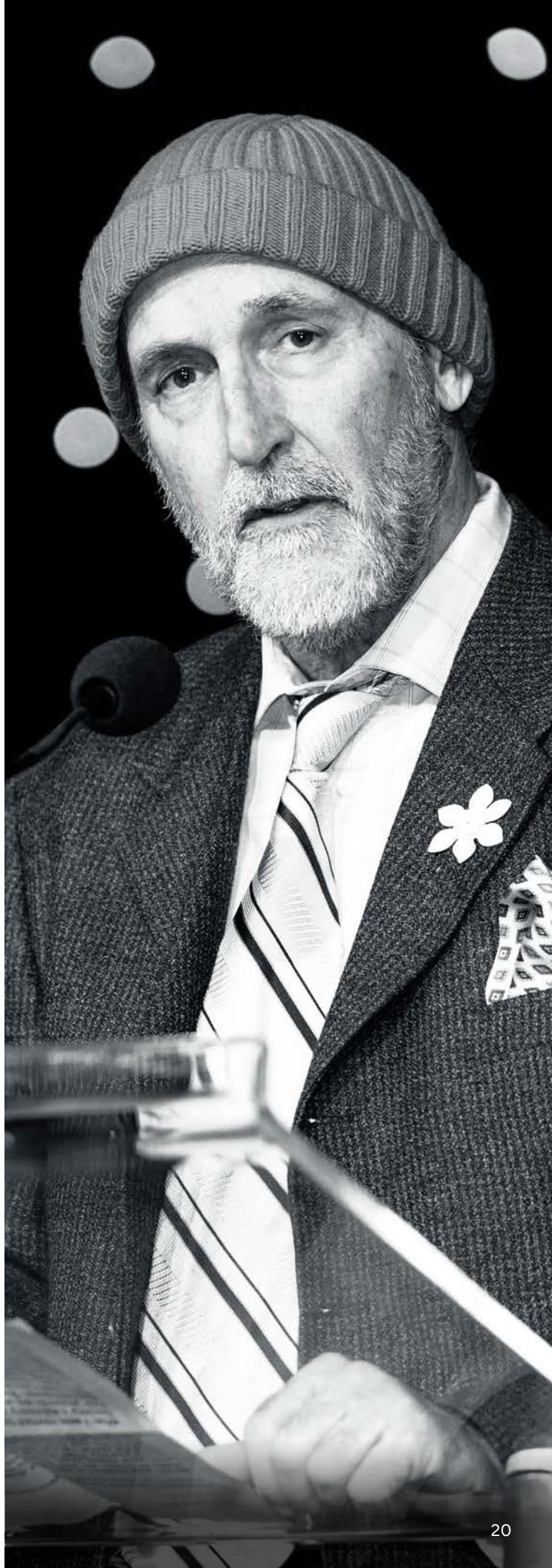
Pour M. Pratt, l'épreuve a été aussi bien physique qu'émotionnelle. La fatigue, compagne tenace, s'est accentuée avec la diminution de ses globules rouges et de sa capacité respiratoire. « Avant, l'activité physique allait de soi. Aujourd'hui, chaque effort doit être planifié et suivi d'un temps de récupération », confie-t-il.

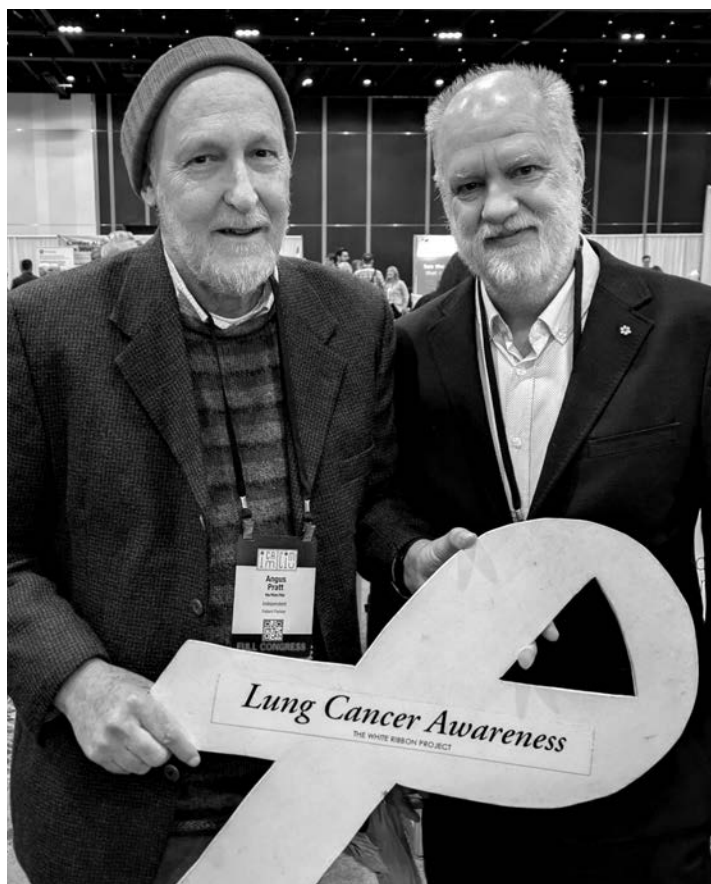
Un diagnostic qui a tout bouleversé

Les médecins ont découvert son cancer du poumon par hasard, pendant qu'il suivait un traitement pour un cancer mammaire masculin. « C'était irréel. Un cancer, c'était déjà beaucoup... et quatre semaines plus tard, j'apprenais que j'en avais un deuxième. »

Il se souvient encore avec précision du jour où le verdict est tombé : 10 % de chances de survie à cinq ans. Puis, une tomographie par émission de positons (TEP) a aggravé ce pronostic. « Ça m'a frappé de plein fouet. J'ai dû tout remettre à plat. »

Mais cette épreuve l'a aussi mobilisé. Après l'échec de ses premiers traitements – chimiothérapie, radiothérapie et immunothérapie – des analyses de biomarqueurs ont révélé une mutation de l'EGFR, ouvrant la porte à une thérapie ciblée. À l'époque, ce





médicament n'était pas remboursé par l'État. C'est à ce moment qu'il est passé du statut de patient à celui de militant.

Le poids émotionnel d'avoir « bonne allure »

M. Pratt parle sans détour des répercussions psychologiques liées à une maladie « invisible ». « Je n'ai pas l'air malade. Il n'y a aucun signe visible, comme une mastectomie ou une poche de stomie. Mais le fardeau émotionnel – l'anxiété liée aux examens, la fatigue, la peur – est réel et constant. »

Il évoque aussi le paradoxe de sa survie au cancer. « Quand vos proches disparaissent et que vous êtes toujours là, c'est bouleversant. On est traversé par un mélange de deuil, de culpabilité et de gratitude. »

La thérapie, la réflexion spirituelle et la sagesse ancestrale issues des 12 étapes l'aident à traverser cette épreuve. « À chaque jour suffit sa peine. Lâcher prise. Avant, cela me semblait cliché. Aujourd'hui, cela m'aide à garder les pieds sur terre. »

Ce qui fonctionne et ce qui reste à améliorer

M. Pratt reconnaît sans détour les points forts du système de santé canadien : accès aux traitements coûteux, certains progrès en matière de diagnostic précoce, et communauté engagée où les acteurs collaborent étroitement. Mais il garde aussi un regard

lucide sur les nombreuses failles à combler.

- Des retards persistants dans le diagnostic et la communication des résultats;
- Une communication morcelée entre les professionnels de santé;
- Un manque de continuité qui oblige les patients à répéter sans cesse leur anamnèse;
- Le fardeau émotionnel lié à des outils numériques mal gérés.

« J'ai lu des résultats d'examens en ligne qui m'ont terrifié, puis j'ai dû attendre six semaines pour qu'un oncologue m'en donne l'explication. Ce n'est pas normal », déplore-t-il.

Il plaide également pour une meilleure éducation et une plus grande cohérence en matière de tests de biomarqueurs, qu'il considère comme une porte d'entrée essentielle vers des soins personnalisés trop souvent retardés ou négligés

Redéfinir la survie et le rôle de la communauté

Le paysage du cancer du poumon est en pleine évolution, et M. Pratt joue un rôle actif dans la redéfinition de la survie dans cette nouvelle ère. « Il y a dix ans, on ne parlait même pas de survie à long terme relativement au cancer du poumon. Aujourd'hui, certains patients vivent cinq, dix ans, voire plus, après leur diagnostic. Mais les systèmes de soutien n'ont pas su suivre ce rythme. »

« À partir du moment où vous avez des poumons, vous pouvez développer un cancer du poumon. Écoutez l'expérience de ceux qui en souffrent et libérez-nous du poids de la culpabilité. »

Il estime que la survie doit s'accompagner d'un véritable soutien psychologique et d'une redéfinition des soins palliatifs, envisagés comme une ressource proactive plutôt que comme un simple accompagnement de fin de vie.

Il a également mis en place un solide réseau de soutien par les pairs, organisant régulièrement des appels Zoom pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon à l'échelle du Canada. « La communauté a été une bouée de sauvetage. C'est là que nous trouvons compréhension, interaction humaine et sens. »

Héritage, défense des droits et regard vers l'avenir

Pour M. Pratt, l'espoir a évolué. Ce qui, au départ, était l'espoir de gagner du temps est devenu celui de laisser une empreinte durable. « Je veux améliorer les choses pour la personne qui viendra après moi, afin qu'elle n'ait pas à mener le même combat que moi. »

Il joue un rôle de premier plan dans les campagnes menées par des groupes de défense des droits des patients au Canada et s'exprime haut et fort au sein de comités consultatifs sur la recherche, afin que la voix des patients reste au cœur des décisions médicales et des orientations politiques.

- Son conseil aux personnes qui viennent de recevoir un diagnostic est clair :
- Passez un test de biomarqueurs et renseignez-vous sur les options de traitement
- Entourez-vous d'une équipe soignante solidaire et d'un médecin attentif à vos besoins.
- Entrez en contact avec d'autres personnes qui ont vécu la même expérience.
- Continuez à avancer, trouvez une raison d'espérer chaque jour.

Et pour les décideurs, son message est simple, mais puissant :

« À partir du moment où vous avez des poumons, vous pouvez développer un cancer du poumon. Écoutez l'expérience de ceux qui en souffrent et libérez-nous du poids de la culpabilité. »



VIVRE AVEC LE CANCER DU POUMON



Une conversation avec Aurica Runcan

S'exprimer. Être vue.

Pour Aurica Runcan, vivre avec un cancer du poumon dépasse le simple parcours médical : c'est un acte de ténacité constant. Fière mère et grand-mère résidant à Hamilton, en Ontario, M^{me} Runcan mène une vie pleine de détermination et de sens. Sourde de naissance, elle a surmonté de nombreuses difficultés, mais rien ne l'avait préparée à affronter un cancer du poumon dans un système de santé qui peine souvent à communiquer avec des personnes dans sa situation.

En 2012, elle a reçu un diagnostic de cancer du sein, qu'elle a vaincu. Dix ans plus tard, en 2022, une tache détectée sur son poumon droit lors d'un examen ordinaire a mené à une biopsie confirmant un cancer du poumon. S'en est suivie une série de tomodensitogrammes, d'examens et de rendez-vous, tous conduits dans une langue et selon des procédures qui lui étaient étrangères.

« Au début, je n'arrivais pas à y croire, se souvient-elle. Tout allait si vite. Mais rien n'était facile, ni les rendez-vous, ni les conversations. Je devais me battre pour comprendre ce qui se passait. »

Quand le système ne parle pas votre langue

Dès le diagnostic, la communication a été l'un des principaux obstacles. Les interprètes n'étaient pas toujours disponibles. Les outils visuels faisaient défaut. Les informations écrites claires et accessibles étaient rares. Dans la plupart des cas, M^{me} Runcan devait faire appel à son fils pour interpréter en temps réel des échanges médicaux à la fois complexes et chargés émotionnellement, un fardeau lourd à porter pour eux deux.

« Il n'est pas interprète professionnel et certaines nuances lui échappaient, explique-t-elle. Imaginez qu'on vous annonce un cancer sans que vous puissiez vraiment saisir ce que cela implique. »

Ces difficultés ne se limitaient pas aux oncologues. Des pharmacies aux laboratoires, de nombreux aspects du quotidien étaient compliqués par des systèmes peu adaptés aux réalités des personnes malentendantes. Certains membres du personnel élevaient la voix plutôt que de fournir l'information par écrit, tandis que d'autres évitaient tout contact visuel.

« C'est votre vie, votre santé, et pourtant, vous vous sentez spectatrice, affirme-t-elle. Ce n'est pas une question d'audition, mais de compréhension. »



Ce dont M^{me} Runcan avait réellement besoin était simple : un interprète professionnel, une communication visuelle claire et des résumés écrits qu'elle pouvait consulter à son rythme. Ce ne sont pas des privilèges, mais des nécessités.

Vivre avec le cancer, pas seulement le surmonter

Le traitement a débuté par une radiothérapie, suivie d'une chimiothérapie, puis d'une brève immunothérapie.

Cependant, les effets secondaires ont été si lourds qu'elle a dû interrompre le traitement au bout de six mois, ces derniers ayant des répercussions sur sa santé. Depuis, elle est suivie de près tous les trois mois. Son cancer est stable depuis plus d'un an, ce dont elle est très reconnaissante.

Mais la stabilité ne signifie pas pour autant que tout est facile : son quotidien a été bouleversé. Elle se fatigue plus facilement, prend davantage de précautions dans des tâches auparavant naturelles et vit avec la crainte constante d'une récurrence.

« Ce n'est pas seulement le traitement. C'est tout ce qui suit : la manière dont vous mangez, dont vous dormez, dont vous vivez au quotidien. C'est transformateur. »

Pourtant, M^{me} Runcan s'accroche aux petits rituels qui lui apportent du réconfort : cuisiner, faire le ménage, marcher quand elle le peut et prendre soin de son espace. Ces gestes lui permettent de rester ancrée, non seulement en tant que patiente, mais aussi en tant que personne.

« C'est ainsi que je me sens moi-même, précise-t-elle. C'est ainsi que je sais que je suis toujours là. »



Le contact avec les autres a néanmoins transformé son expérience. Grâce à Cancer pulmonaire Canada, elle a découvert une communauté accueillante, qui lui a offert un espace pour s'exprimer et l'a aidée à sortir de l'obscurité.

« Savoir que je n'étais pas seule a tout changé. Parler avec d'autres personnes m'a permis de me sentir comprise et m'a donné la force nécessaire. »

M^{me} Runcan a pu compter sur le soutien de multiples sources : les membres de sa famille, la communauté des malentendants, son conseiller des Services canadiens de l'ouïe, ainsi que sa propre détermination. Pourtant, elle souhaite que le système de santé reconnaisse que les soins de santé mentale – en particulier ceux adaptés sur les plans culturel et linguistique – sont tout aussi essentiels que les examens médicaux et les traitements.

L'art du plaidoyer et la puissance d'être là

M^{me} Runcan ne se considère pas comme une militante au sens classique du terme. Cependant, en faisant part de son histoire, en plaidant pour de meilleurs moyens de communication et en participant à des groupes de soutien communautaires, elle contribue à faire évoluer les pratiques.

« J'ai dû m'exprimer bien plus que je ne l'aurais jamais imaginé. J'ai dû demander, parfois supplier, pour obtenir des services qui devraient être accessibles à tous. »

Son expérience rappelle avec force que l'égalité des chances commence par l'inclusion. Si les patients ne peuvent ni accéder à leurs soins ni les comprendre, ils ne sont pas seulement désavantagés : ils se mettent en danger.

Un message pour le système et pour l'avenir

Lorsqu'on lui demande ce qu'elle dirait aux décideurs en santé au Canada, M^{me} Runcan est catégorique : « Les gens comme moi – les personnes malentendantes, immigrantes, ou celles qui ne maîtrisent pas la langue du système – nous faisons face au cancer, nous aussi. » Nous méritons des soins adaptés à nos besoins. »

Et aux personnes qui viennent de commencer leur combat contre le cancer du poumon, elle offre un mot de sagesse tranquille, forgé par l'épreuve :

« Vivez au jour le jour. Affirmez-vous. N'ayez pas peur de demander de l'aide. Et sachez que, malgré le cancer, il y a encore de bons jours à venir. »

« C'est votre vie, votre santé, et pourtant, vous vous sentez spectatrice, affirme-t-elle. Ce n'est pas une question d'audition, mais de compréhension. »

La santé mentale dans les marges

Les séquelles émotionnelles laissées par le cancer du poumon ont été particulièrement profondes pour M^{me} Runcan.

Après son diagnostic, elle a traversé une période de profonde dépression, exacerbée par le manque de services de santé mentale accessibles aux personnes malentendantes. L'isolement était intense.

« Je pleurais tous les jours. J'avais des pensées suicidaires. Je ne savais pas vers qui me tourner. Même trouver un groupe d'entraide accessible semblait impossible. »

LE POUVOIR DE L'ACCOMPAGNEMENT



Une conversation avec Scott Lanaway

De fils à défenseur des droits des patients : mon parcours avec le cancer du poumon

Lorsque le téléphone de Scott Lanaway a sonné en 2006, il ne s'attendait pas à vivre un moment qui bouleverserait sa vie. À l'autre bout du fil, sa mère lui annonçait une nouvelle dévastatrice : elle avait reçu un diagnostic de cancer du poumon à petites cellules. Elle n'avait, alors, que 56 ans.

« Ce cancer a surgi de nulle part, se souvient Scott. Elle s'était rendue chez le médecin pour une tout autre raison; et soudain, on lui a annoncé qu'elle n'avait peut-être que trois mois à vivre. »

Le monde de M. Lanaway s'est effondré en un instant. Le choc était immédiat – et surréaliste. « Sur le plan émotionnel, je n'arrivais pas à digérer la nouvelle. Mon cerveau est passé en mode résolution de problèmes : « Que faire, maintenant? Mais au fond de moi, il y avait l'incrédulité. Vous continuez à espérer qu'il y a eu une erreur de diagnostic. »

À l'époque, il n'y avait pas de téléphones intelligents, pas d'informations facilement accessibles et très peu de conseils. « Elle avait confiance en son médecin. La possibilité de solliciter un deuxième avis n'avait pas vraiment été discutée. Elle n'avait pas posé de questions – ce n'était pas dans ses habitudes, a-t-il déclaré. Mais j'éprouvais ce besoin irrésistible d'agir, de me renseigner, de l'aider par tous les moyens possibles. »

Assumer le rôle d'aidant

En tant qu'aidant, M. Lanaway a dû se frayer un chemin dans une dynamique familiale complexe pour devenir une présence constante. Il conduisait de Toronto à Newmarket chaque fois qu'il le pouvait, apportant du café et des baguels, parfois rien que pour s'asseoir tranquillement à côté d'elle.

« Le processus du système de santé est le suivant : dans l'ordre, le diagnostic, les rendez-vous, le plan de chimiothérapie, les médicaments. C'est une machine qui se met en place. Mais en tant que famille, nous étions encore sous le choc émotionnel, essayant juste de nous en sortir. »

Il apprit rapidement que l'aidance ne consistait pas toujours à faire ou à réparer des choses, mais à assurer une présence. « Ce dont elle avait le plus besoin, ce n'était ni conseils ni réponses, mais de la normalité. C'était quelqu'un avec qui lire le journal, boire du thé, se sentir elle-même pendant 30 minutes. »



Le poids invisible du proche aidant

Derrière ces gestes du quotidien se cachait un lourd fardeau émotionnel. Pas de feuille de route, pas de liste de ressources, pas de reconnaissance du tribut à payer. « Personne ne m'a jamais dit : 'Voici comment prendre soin de vous. Voici de l'aide.' Je devais me retrouver seul. C'était un passage solitaire dans lequel on se sent submergé. »

Il a tenté de préserver un certain équilibre à travers le travail et quelques sorties, mais même ces instants restaient empreints de tension. « Annoncer aux gens que votre mère a un cancer en phase terminale jette un froid dans la pièce. Personne ne sait comment réagir. »

Mais le vent a tourné lorsqu'il s'est mis en contact avec une personne qui avait perdu un parent à cause d'un cancer.

« Tout a changé. Rien n'a été réparé, mais je me suis senti vu. C'était puissant. »

La force face à la peur

Diane, la mère de M. Lanaway, a subi 45 cycles de chimiothérapie et de radiation cérébrale. « C'était une gladiatrice absolue, reconnaît-il. Elle et ma sœur portaient des chemises avec l'inscription 'Dure à cuire', et c'est exactement ce qu'elle était. »

Mais la force de caractère n'efface pas la peur. « Elle était terrifiée à l'idée de mourir. Certaines nuits, elle se réveillait en criant. Et le plus dur est de voir souffrir une personne que vous aimez, sachant que vous ne pouvez rien faire pour la soulager. »

« Les proches aidants sont la bouée de sauvetage invisible des soins contre le cancer, mais nous sommes souvent relégués au second plan. Cela doit changer. »

Diane a vécu 15 mois après son diagnostic, soit une année complète de plus que le pronostic initial. Une image reste gravée dans la mémoire de M. Lanaway : celle de sa mère, assise dans sa cuisine alors qu'elle préparait du thé, la lumière du jour éclairant sa tête rasée. « Je m'étais dit : 'Elle est toujours là'. Mais je savais aussi que je la perdrais bientôt. Ce moment résonne encore aussi net qu'une alarme, tant d'années plus tard. »

Transformer le deuil en défense des droits des patients

Après le décès de sa mère, M. Lanaway a transformé

sa mémoire en quelque chose de plus grand. En 2023, il s'est joint au conseil d'administration de Cancer pulmonaire Canada, le seul organisme de bienfaisance national consacré uniquement au cancer du poumon, apportant son expérience aux discussions à l'échelle nationale sur les soins, les politiques et le soutien.

« Les proches aidants sont la bouée de sauvetage invisible des soins contre le cancer, mais nous sommes souvent relégués au second plan. Cela doit changer, dit-il. Ne pas soutenir les proches aidants, c'est omettre de soutenir les patients eux-mêmes. »

Il croit que l'expérience vécue doit faire partie du processus décisionnel, de la stratégie – pas seulement servir de témoignage. « Chaque expérience du cancer du poumon varie selon votre lieu de résidence, votre entourage et le fonctionnement du système de santé. La seule façon de combler ces écarts est d'écouter avec attention et d'agir en conséquence. »

Héritage, réflexion et nouveau type d'espoir

Au cours de cette dernière année, ajoute M. Lanaway, sa mère lui a enseigné les leçons les plus profondes : sur la présence, la résilience et ce qui compte vraiment. « Une tasse de thé. Une promenade. Un rire. Ces moments ont toute leur importance. »

Son sens aigu de l'humour apportait une légèreté inattendue. « Par moments, des rires fusaient au milieu de moments de peur et de douleur. C'était notre façon de rester humains, de survivre ensemble. »

Surtout, il a appris qu'on ne change pas simplement parce qu'on est en train de mourir. « Nous espérons une fin grandiose, mais la plupart du temps, on meurt comme on a vécu — complexes, imparfaits et magnifiquement inachevés. »

Aujourd'hui, M. Lanaway voit des raisons d'espérer. « Grâce à Cancer pulmonaire Canada, j'ai rencontré des personnes vivant pleinement avec un cancer du poumon de stade IV, une réalité impensable il y a 15 ans. La détection précoce et de meilleurs traitements plus efficaces font la différence. »

Aux personnes qui viennent d'entamer ce parcours

Son message aux proches aidants, aux familles et aux patients est simple, mais puissant :

« Vous n'êtes pas seuls. Il existe une communauté qui comprend ce que vous vivez. Communiquez avec elle. Sollicitez son aide. Trouvez les personnes qu'il vous faut. Parce qu'elles sont là. Et parce qu'elle se soucie de votre bien-être. »



LE POUVOIR DE L'ACCOMPAGNEMENT



Une conversation avec Bonnie Leung

Au cœur du système : les soins
infirmiers pour le cancer du poumon

Le parcours de Bonnie Leung en soins infirmiers spécialisés dans le cancer du poumon n'était pas écrit d'avance.

Elle a commencé sa carrière en soins intensifs, puis en rhumatologie, sans jamais envisager de se tourner vers l'oncologie. Mais, en 2013, le diagnostic de carcinome thymique — un cancer rare du thymus — posé chez sa mère a bouleversé sa trajectoire et orienté son cheminement professionnel.

En tant que proche aidante et étudiante infirmière praticienne, M^{me} Leung a dû composer avec les réalités des soins contre le cancer : apprivoiser le jargon médical, se repérer dans les arcanes d'un système de santé fragmenté et gérer les peurs, les incertitudes et les attentes. Inspirée par l'équipe soignante de sa mère au BC Cancer, elle a alors mesuré l'effet concret que le personnel infirmier peut avoir, notamment auprès des patients issus des communautés plurielles.

Forte de ses compétences en langue chinoise et de son expérience, M^{me} Leung s'est jointe à l'équipe d'oncologie thoracique de BC Cancer, à Vancouver, trouvant ainsi sa véritable vocation. « Cette révélation est née du hasard — tout s'est parfaitement aligné », confie-t-elle avec réflexion.

Encadrée par des experts comme les D^{rs} Cheryl Ho et Janessa Laskin, elle a vite compris qu'elle avait trouvé sa place. « J'ai constaté à quel point les soins pouvaient être efficaces et je voulais en faire la norme, pas l'exception. L'oncologie pulmonaire évolue rapidement, c'est ce qui me permet de tenir. »

Plus qu'une infirmière

Les infirmières et infirmiers comme M^{me} Leung sont le cœur et l'âme du monde souvent fragmenté des soins contre le cancer, le fil conducteur qui soutient les patients, des premiers symptômes au suivi à long terme.

« Souvent, les patients doivent absorber beaucoup d'informations au moment le plus vulnérable de leur vie, explique-t-elle. Ils savent qu'ils peuvent poser n'importe quelle question au personnel infirmier, même les questions 'difficiles' ou celles qu'ils perçoivent comme 'stupides', et que nous les écouterons sans porter de jugement. Nous apprenons ensemble, côte à côte. »





Elle se montre particulièrement enthousiaste à l'égard des infirmières-pivots qui prodiguent un soutien crucial aux patients et aux proches aidants en attente du premier rendez-vous avec l'équipe soignante. Le fait qu'une même personne puisse répondre à leurs questions et à leurs préoccupations atténue leurs craintes, raccourcit le temps d'attente et permet de proposer rapidement les bons soins aux patients.

« Le cancer ne commence pas le jour où l'on entre en clinique d'oncologie, souligne M^{me} Leung. Il commence dès l'apparition de symptômes persistants ou lorsque tombent les résultats anormaux des examens. Cette période d'attente est particulièrement éprouvante, et personne ne devrait avoir à la traverser seul. »

Tout au long du traitement, le personnel infirmier reste une présence constante, administrant les soins, gérant les effets secondaires et soutenant patients et proches sur les plans émotionnel, pratique et spirituel. « Le système ne pourrait tout simplement pas fonctionner sans cette équipe.

Le poids émotionnel

Les liens profonds que le personnel infirmier en oncologie tisse avec les patients sont puissants, bien qu'exigeants sur le plan émotionnel. M^{me} Leung souligne l'importance de l'autogestion.

« L'oncologie requiert une incroyable persistance dans l'adversité. Vous devez prendre soin aussi bien des autres que de vous-même. Cet équilibre est difficile à trouver. »

Son équipe aménage des espaces consacrés aux séances-bilans et offre des instants de réconfort pour composer avec le deuil et le stress. « Nous continuons à avancer, mais nous avons besoin de temps pour faire une pause et exprimer nos sentiments. » L'humour, la camaraderie et même les gâteaux aident. « Parfois, ce sont des petites attentions qui nous permettent d'aller au bout des journées difficiles. »

Placer l'égalité des chances au centre de chaque étape des soins

L'approche de M^{me} Leung en tant qu'infirmière est ancrée dans l'égalité des chances, c'est-à-dire considérer la personne dans sa globalité, au-delà du simple diagnostic. Elle prend en compte les réalités sociales, émotionnelles et pratiques qui influent sur la capacité de chaque patient à accéder aux traitements et à les supporter.

À la tête d'un projet pilote de dépistage gériatrique à BC Cancer, M^{me} Leung évalue la fragilité, la mobilité et les risques sociaux chez les personnes âgées atteintes d'un cancer du poumon afin d'adapter les soins durables. Coordonner les soutiens à domicile, simplifier les traitements médicamenteux ou organiser la Popote roulante n'est pas un travail superflu : il est essentiel.

« Le cancer ne se produit pas en vase clos. Vous ne pouvez pas traiter la maladie si la personne manque de nourriture, d'abri ou de soutien. »

Pourtant, des obstacles systémiques persistent : les personnes ayant des moyens financiers réduits sont racisées et font face à des obstacles au traitement causés par l'insécurité du logement, sans rapport avec leur état de santé. M^{me} Leung a dû prendre des décisions déchirantes, tentant de trouver un équilibre entre les pratiques cliniques exemplaires et les réalités sociales du patient.

« Tous les jours, nous entendons parler des failles, mais nous n'avons pas toujours eu les outils nécessaires pour agir au niveau systémique. Ce réseau peut changer la donne. »

« Parfois, nous hésitons à proposer un traitement systémique à un patient qui n'a pas un logement sûr et qui ne peut pas accéder aux ordonnances ou aux soins pour les effets indésirables liés au traitement. Il ne s'agit pas d'un échec clinique, mais d'un échec social. »

Elle s'inquiète également des disparités dans les essais cliniques, où les patients âgés, les non-anglophones ou ceux aux cas complexes sont souvent exclus, ce qui rend les directives de soins peu représentatives de la réalité de la population.

La véritable égalité des chances consiste à réinventer

chaque étape, de la détection précoce à la survie, vue du prisme des laissés pour compte. Il s'agit de prodiguer des soins adaptés aux réalités culturelles des patients autochtones, de l'amélioration de l'accès des patients en région rurale et de la lutte contre la stigmatisation et les préjugés sur qui « mérite » des soins.

« Les soins infirmiers nous permettent de voir la situation dans son ensemble. Et à ce stade, il devient impossible d'ignorer les inégalités. »

Construire un réseau pour impulser le changement

Pour relever ces défis, M^{me} Leung a intégré le Réseau des infirmières et infirmiers du cancer du poumon de Cancer pulmonaire Canada, une communauté d'infirmières et d'infirmiers en oncologie de partout au Canada et spécialisés dans l'oncologie pulmonaire. Elle encourage ses collègues de partout au pays à s'y joindre également.

Ce réseau vise à favoriser la collaboration, l'échange des ressources, l'épanouissement professionnel et le soutien émotionnel. « Il existe des réseaux solides pour les oncologues, mais le personnel infirmier responsable des patients atteints de cancer du poumon n'a pas de communauté particulière. Il est temps d'en créer une. »

Ce réseau offrira également aux infirmières et infirmiers engagés les outils et la formation nécessaires pour intégrer les récits des patients dans l'élaboration des politiques.

« Tous les jours, nous entendons parler des failles, mais nous n'avons pas toujours eu les outils nécessaires pour agir au niveau systémique. Ce réseau peut changer la donne. »

Envisager l'avenir avec espoir

Malgré les difficultés, M^{me} Leung est optimiste quant à l'avenir. Des avancées, comme les nouveaux traitements systémiques périopératoires, le dépistage amélioré et le diagnostic plus précoce améliorent les issues cliniques.

Elle plaide aussi pour un dialogue élargi sur la survie, abordant notamment les enjeux de fertilité, d'intimité et de qualité de vie, surtout pour les patients plus jeunes et ceux qui vivent plus longtemps avec une maladie avancée.

« Un patient plus âgé m'a posé des questions sur l'intimité, et je n'avais aucune ressource à lui proposer. C'est impensable! » Le Réseau des infirmières et infirmiers du cancer du poumon peut combler ces écarts. »

Des mots d'encouragement

Conseils de M^{me} Leung aux nouveaux infirmiers et infirmières en oncologie :

« Vous ne saurez pas tout, et ce n'est pas grave. Ce qui compte, c'est de montrer du cœur et une volonté d'apprendre. »

Aux patients et à leurs familles :

« Faites appel à vos pairs. Posez des questions. Exprimez-vous quand quelque chose ne va pas. Votre voix porte plus que vous ne le pensez. »

Aux membres du système de santé :

« Continuez à écouter. Continuez à vous engager pour des soins inclusifs, empreints de compassion et adaptés aux besoins spécifiques de nos patients. »



ACCÈS AU TRAITEMENT ET INNOVATION



Une conversation avec Winhan Wong

Il n'y a pas de ligne d'arrivée : vivre
avec un cancer du poumon, et vivre
pleinement

À 42 ans, Winhan Wong menait une vie active et remplie : mari aimant et père de deux enfants d'âge scolaire, il ne se doutait pas qu'un coup de tonnerre allait bouleverser son quotidien. « La veille de mon diagnostic, j'avais passé deux heures sur la glace à jouer au hockey, raconte-t-il. Mon seul souci était une toux tenace avant un vol. Je pensais qu'une simple dose de médicament suffirait à régler ça. » Mais le verdict est tombé : un cancer du poumon au stade IV.

« Quand mon médecin m'a fait entrer dans son bureau en demandant à ma fille d'attendre dehors, j'ai immédiatement compris que la situation était grave. Je l'avais emmenée en pensant qu'il s'agissait juste d'une simple toux », explique-t-il. L'annonce a secoué son entourage, d'autant plus que Winhan ne correspondait pas du tout au profil type d'un patient atteint du cancer pulmonaire.

« Beaucoup pensent que seuls les fumeurs sont à risque. Même le premier urgentiste est parti du principe que je fumais. Mais je n'ai jamais touché une cigarette de ma vie. J'ai ressenti le besoin de le prouver. La réalité, c'est que n'importe qui peut être atteint ».

Se retrouver dans un système complexe

Le cancer de Winhan était ALK-positif, ce qui a ouvert la porte à un traitement ciblé révolutionnaire : un comprimé oral quotidien qui a transformé sa vie. Mais l'accès à ce médicament n'a pas été une mince affaire.

« On m'a dit que le médicament était approuvé un vendredi... et refusé le lundi suivant. Le coût à ma charge? Plus de 10 000 \$ ». »

Par sa ténacité, la défense de ses intérêts et l'appui de son oncologue, Winhan a finalement obtenu le crizotinib. « Le plus dur a été la diarrhée, mais je n'ai jamais manqué ni le travail ni les activités de mes enfants. Cette normalité, je la savoure chaque jour. »

Après quatre ans, les traitements ont changé, tout comme les difficultés d'accès aux médicaments. Grâce au Programme de médicaments Trillium, il a été pris en charge et a continué à vivre pleinement sa vie.



Les traitements ultérieurs ont posé des difficultés persistantes pour accéder à des médicaments non financés par l'État, notamment le brigatinib, qui a donné des effets positifs brefs avant la progression de la maladie. Par un heureux concours de circonstances, les essais cliniques sur les médicaments de nouvelle génération lui ont redonné espoir, offrant un traitement efficace avec des effets secondaires minimes.

« L'accès reste fragile. Le stress de potentielles factures reste toujours dans un coin de ma tête. »

Un combat au long cours

Près de neuf ans après le diagnostic, Winhan repousse les limites. Mais la survie, dit-il, est loin de ressembler à ce que l'on pense.

« On s'imagine sonner une cloche, célébrer et dire 'c'est fini'. Mais il n'y a pas de véritable ligne d'arrivée. On apprend à vivre avec l'incertitude. »

Tous les deux mois, les tomodensitogrammes rythment sa vie. « On espère de bons résultats, mais on sait que le cancer reviendra, on ne sait juste pas quand. Cette angoisse influence tout. »

Cette incertitude a bouleversé ses priorités. « Je profite plus de mes enfants, nos voyages en tête-à-tête sont précieux. J'apprends à goûter au plaisir de l'instant présent. »

Pour protéger sa mère de l'inquiétude, Winhan ne lui a pas révélé son diagnostic. « Elle habite à deux pas, mais après huit ans et demi, elle ne le sait toujours pas. »

Sur le plan professionnel, son honnêteté lui a malheureusement coûté des clients, reflétant la persistance de la stigmatisation. « On croit encore que quelqu'un avec un cancer est forcément faible. Franchement, je pourrais courir plus vite que beaucoup d'entre eux. Le problème, c'est cette étiquette qui me colle. »

Briser le stéréotype

« En tant que jeune homme asiatique non-fumeur, je ne suis pas le profil classique d'un cancéreux du

poumon, souligne Winhan. J'ai entendu dire que l'ALK-positif touche souvent les jeunes Asiatiques, mais j'ai rencontré des patients de tout âge et origine. Ce cancer ne fait pas de discrimination. »

Cette vérité nourrit son engagement : faire tomber les préjugés pour mieux informer.

Espoir et solidarité

Un soutien précieux dès le début est venu de Cancer pulmonaire Canada, qui l'a mis en contact avec Anne Marie Cerato, une militante passionnée, et le groupe ALK-positif sur Facebook. « Ce groupe a été une bouée. Je rencontre souvent de nouveaux membres en personne pour leur rappeler qu'ils ne sont pas seuls. Anne Marie est partie depuis, mais son héritage d'entraide vit à travers nous. »

Malgré l'espoir scientifique, il dénonce la lenteur d'accès aux traitements. « Ces médicaments existent, ils fonctionnent, mais on tarde trop à les obtenir. Sans eux, j'aurais dû recourir à la chimiothérapie et ma qualité de vie aurait été bien différente. Peut-être que j'aurais dû arrêter de travailler. »

Il pointe aussi les coûts invisibles. « Le système se concentre sur le prix des médicaments, mais ignore le coût de mes absences du travail et les conséquences pour ma famille. »

Message de Winhan au public

« À ceux et celles qui viennent de recevoir un diagnostic : c'est terrifiant, je le sais. Mais il y a un chemin à emprunter. Vous n'êtes pas seuls. Posez des questions. Laissez les autres vous aider. Faites vos propres recherches. Défendez vos intérêts. Les oncologues ne sont pas tous des experts dans votre type de cancer du poumon, alors n'hésitez pas à demander un deuxième avis. Votre vie en dépend! »

« Le cancer du poumon ne fait pas de distinction d'âge, d'origine ethnique ou de mode de vie. Avec le bon traitement, vous pouvez continuer à croquer la vie à pleines dents pendant de nombreuses années. »



LES NOUVELLES FIGURES DE LA SURVIE



Une conversation avec Arta et Dritero Shala

Unir nos forces pour affronter le
cancer du poumon

La vie d'Arta et de Dritero Shala était paisible et remplie de joies simples : une famille très unie, une fille brillante à l'université et des carrières épanouissantes. Installés au Canada depuis vingt-cinq ans après avoir fui la guerre au Kosovo, ils pensaient avoir laissé derrière eux les difficultés les plus dures. Mais en décembre 2024, tout a basculé.

C'est pendant les vacances d'hiver, lorsque leur fille est rentrée à la maison, que l'état de santé de M. Shala a commencé à se dégrader. « Au début, ce n'était qu'une toux sèche, se souvient M^{me} Shala. Nous pensions à un simple rhume et espérions que ça passerait. »

Mais la toux s'est rapidement aggravée. « Le 12 décembre, il m'a dit : "Je n'arrive pas à croire à quel point j'ai du mal à respirer." C'est là que j'ai compris que quelque chose clochait. »

Après avoir consulté son médecin de famille, M. Shala s'est vu refuser l'accès à deux cliniques d'imagerie médicale qui affichaient complet. C'est finalement une troisième qui l'a pris en charge et posé un diagnostic de pneumonie. Des antibiotiques lui ont été prescrits. Mais dimanche soir, ses doigts ont viré au bleu. Alarmée, M^{me} Shala a appelé une ambulance qui l'a conduit d'urgence à l'hôpital.

Le lendemain, il était admis en soins intensifs, intubé et placé sous ventilation mécanique, car ses poumons et la membrane entourant son cœur étaient envahis de liquide. « On se serait cru dans un feuilleton télévisé, c'était surréaliste et terrifiant. Je me demandais si c'était un adieu. »

Puis vint la découverte accablante : des cellules cancéreuses se trouvaient dans le liquide drainé. « Notre monde s'est effondré, confie M^{me} Shala. Je faisais les cent pas dans les couloirs de l'hôpital, incapable de parler. Je n'avais jamais imaginé une telle chose. »

Malgré le choc, M. Shala a fait preuve d'un courage exceptionnel. « Il nous a regardés et a promis : "Nous allons vaincre cette maladie. Je suis entouré des meilleures personnes qui soient." Cette force m'a donné de l'espoir. »



Un diagnostic qui défiait toutes les hypothèses

À 52 ans, M. Shala était en bonne santé, actif, n'avait jamais fumé et buvait rarement. Ce diagnostic devenait d'autant plus difficile à accepter pour les membres de sa famille et ses amis.

« Les gens pensent encore que le cancer du poumon ne touche que les fumeurs, explique M^{me} Shala. Nous étions sous le choc. Son bilan sanguin de routine quatre mois plus tôt était normal. Mon propre père est mort d'un cancer du poumon, mais il avait fumé toute sa vie. Pour Dritero, c'était différent. »

L'oncologue leur annonça un cancer du poumon de stade IV, associé à une mutation RET – une anomalie génétique rare, plus fréquente chez les non-fumeurs. Pourtant, il y avait malgré tout une lueur d'espoir : un traitement ciblé existait.

Le choc des 19 000 dollars et le système qui les a pris au piège

L'espoir a vite buté contre la dure réalité : leur pharmacie leur a annoncé que le traitement ciblé coûtait 19 000 dollars par mois et que leur assurance ne le couvrait pas.

« Je pensais que c'était par an, confie M^{me} Shala. Mais par mois? Je me suis effondrée. Que faire? Vendre notre maison? Et même ainsi, cela ne permettrait de couvrir que quelques années de traitement. C'était terrifiant. »

Pendant plusieurs jours, elle a caché la nouvelle à son mari. « Je ne dormais pas, a-t-elle déclaré. Il sentait que quelque chose clochait. »

Heureusement, l'équipe de la pharmacie oncologique d'Ottawa est intervenue avec un coordinateur de remboursement, qui lui a permis d'obtenir une aide financière, un programme de transition et un accès accéléré au traitement.

« Nous avons eu une chance incroyable, a déclaré M^{me} Shala. Mais qu'en est-il des personnes qui n'ont pas de proche aidant? Qui ne maîtrisent pas la langue ou ne connaissent pas le système? Gérer tout cela tout en étant confronté au cancer est accablant. »

Le fardeau des proches aidants : « Vous êtes une source d'espoir pour tout le monde, sauf vous-même »

En tant qu'aidante naturelle, M^{me} Shala a dû gérer la logistique et les émotions de son mari, de leur fille et de tout leur entourage.

« Impossible de s'effondrer, affirme-t-elle. Il faut tenir bon, au travail, à la maison, à l'hôpital. J'étais une source d'espoir pour tout le monde, sauf moi-même. »

Elle décrit le poids invisible de cette charge : « On s'attend que vous soyez un pilier, un organisateur, une source de réconfort, alors que votre âme est brisée. Pleurer sous la douche était mon seul exutoire. »

Le soutien de son cercle a été essentiel. Des amis préparaient des repas, déblayaient la neige et invitaient M. Shala chez eux sans pression aucune. Leur belle-sœur les accompagnait dans les dédales du système de santé, tandis que la mère de M^{me} Shala, âgée de 86 ans, prenait en charge les tâches ménagères, permettant ainsi à sa fille de garder son emploi.

Mais le chagrin émotionnel persistait. « Ce n'est pas seulement la peur, c'est aussi le deuil de la vie que nous avons : la liberté de faire des projets spontanés, de voyager, de rendre visite à notre fille sans devoir caler chaque moment sur nos rendez-vous chez les médecins. »

Vivre avec un cancer du poumon, et vivre pleinement

Aujourd'hui, M. Shala va bien. Sa tumeur a rétréci grâce au traitement ciblé; il a repris son travail à temps plein et sa vie sociale hebdomadaire. Mais l'angoisse liée aux examens et aux tomodensitogrammes reste omniprésente.

« J'y pense constamment, avoue-t-il. Mais je ne laisse pas cela m'arrêter. Ma famille, mes amis et mon équipe de travail me donnent la force de continuer. »

Leur fille, aujourd'hui en deuxième année d'université, a développé une grande résilience. « Au début, elle a eu du mal à accepter la situation, elle était en colère et effrayée. Même si nous avons d'abord essayé de la protéger de la dure réalité, nous avons rapidement compris que nous devions être honnêtes avec elle, même au sujet du diagnostic, du pronostic, du testament et de la procuration. Elle s'en est sortie avec une grande élégance. »

Regarder vers l'avenir : espoir et militantisme

« La thérapie ciblée a sauvé la vie de mon mari, a déclaré M^{me} Shala. Pourtant, nous avons failli ne pas y avoir accès. Personne ne devrait avoir à choisir entre un traitement et la ruine financière. »

Elle milite pour un meilleur accès aux traitements, une communication plus claire et des dossiers médicaux centralisés, à l'image du système unifié du Danemark. « Nous ne devrions pas avoir à courir après des documents administratifs alors que notre vie va à vau-l'eau. »

Aux nouveaux arrivants, aux proches aidants et aux familles qui entament ce parcours, leur message est clair :

« Ne baissez pas les bras! Croyez en vous, a déclaré M. Shala. Restez disciplinés. Soyez ingénieux. Partagez votre histoire, vous ne savez jamais qui parcourt le même chemin. »

« Et aux proches aidants, a ajouté M^{me} Shala, prenez soin de vous. Apportez de l'eau à votre propre moulin. Tendez la main. Demandez de l'aide. Vous n'êtes pas seuls. »

TRANSFORMER L'ESPOIR EN ACTION



Une conversation avec la D^{re} Alison Wallace

Le temps presse : l'égalité des chances en soins contre le cancer du poumon

Pour la D^{re} Alison Wallace, chirurgienne thoracique établie à Halifax, en Nouvelle-Écosse, l'oncologie pulmonaire dépasse la simple spécialité : c'est une véritable vocation. Elle prend en charge des patients à l'échelle de la province et à l'Île-du-Prince-Édouard, où les cas de cancer du poumon sont renvoyés vers une équipe spécialisée composée de cinq chirurgiens uniquement. En dehors de la salle d'opération, la D^{re} Wallace est professeure agrégée à l'Université Dalhousie, chercheuse de renommée nationale et défenseure infatigable de l'égalité des chances en accès aux soins contre le cancer du poumon, en particulier pour les populations rurales et défavorisées.

« Mon ambition est d'améliorer les issues cliniques pour tous, explique-t-elle, mais, pour y parvenir, nous devons aplanir les obstacles auxquels font face les personnes qui vivent loin des centres urbains ou qui sont confrontées à des désavantages systémiques. »

Son double rôle de chirurgienne de première ligne et de chercheuse lui donne une perspective unique pour mettre le doigt sur les lacunes qui influent sur les issues cliniques. Comme 60 % de la population néo-écossaise vit en zone rurale, la D^{re} Wallace est témoin des lourds trajets que doivent effectuer certains patients pour se faire diagnostiquer ou recevoir des soins.

« Il n'est pas rare que des patients doivent parcourir trois, quatre, voire cinq heures, plusieurs fois simplement pour passer des examens, ce qui peut retarder le traitement, voire amener certaines personnes à abandonner complètement. C'est un énorme fardeau à supporter et c'est profondément injuste. »

Un fléau régional

L'intérêt de la D^{re} Wallace pour l'égalité des chances découle autant des données que des réalités vécues. Le Canada atlantique enregistre un taux de cancer du poumon environ 30 % supérieur à la moyenne nationale et affiche la plus forte proportion de diagnostics à un stade avancé (stade IV).

Elle a relevé une tendance préoccupante qu'elle appelle le « syndrome du cancer du Canada atlantique » : des patients présentant plusieurs cancers primaires liés à une diversité génétique limitée (effet fondateur) et à des expositions environnementales, comme le radon et l'arsenic.



« Une maison sur trois en Nouvelle-Écosse présente des niveaux de radon supérieurs à la limite recommandée par Santé Canada, précise la D^{re} Wallace. En combinaison avec d'autres facteurs environnementaux, il s'agit d'un tableau préoccupant. Comparativement à Vancouver, ma ville natale, les écarts en matière de prévention et de promotion de la santé sont criants. Les déterminants sociaux de la santé influent sur la situation ici. »

Des soins inégaux

Au-delà des facteurs biologiques de la maladie, la D^{re} Wallace souligne les obstacles logistiques :

« Un bilan complet du cancer du poumon nécessite plusieurs examens, tels que des tomodensitogrammes, des tomographies par émission de positons, des biopsies et des tests de la fonction pulmonaire, souvent réalisés dans différents centres. Pour les patients vivant en milieu rural, c'est synonyme de déplacements épuisants et de frais supplémentaires, ce qui crée des inégalités en matière de soins. »

Les disparités sont encore plus frappantes dans les communautés autochtones :

« Malgré une population autochtone importante, très peu de personnes se présentent dans nos cliniques. Nous savons que le cancer du poumon touche ces communautés de manière disproportionnée. Cette absence est donc révélatrice d'un système défaillant.

Initiatives de recherche axées sur l'égalité des chances

La D^{re} Wallace dirige deux projets clés visant à réduire les disparités en matière de soins :

1. Étude POWR :

Après avoir analysé près de 10 000 opérations de cancer du poumon à l'échelle nationale, cette étude a montré que les femmes reçoivent leur diagnostic plus tôt et affichent de meilleures issues après l'opération. Ces observations encouragent le développement de parcours de soins adaptés au sexe, de manière à optimiser les traitements

2. Programme BREATHE WELL :

Il s'agit d'une initiative de préadaptation axée sur la nutrition, le sevrage tabagique, l'activité physique et le bien-être mental, adaptée aux besoins des patients « là où ils sont ». Le programme intègre également la culture des communautés autochtones, en s'appuyant sur la collaboration avec des partenaires locaux, afin de favoriser l'engagement et d'améliorer les résultats.

Les retours initiaux sont prometteurs : moins de complications et une meilleure préparation à la chirurgie.

Engagement en faveur d'un changement profond

La D^{re} Wallace insiste : « La recherche seule ne suffit pas. Il nous faut des réformes urgentes à tous les niveaux du système, du dépistage au diagnostic, en passant par la réduction des délais de traitement. J'ai vu des patients à

New York qui ont pu réaliser un bilan complet pour un cancer du poumon et commencer un traitement en moins d'une semaine. Au Canada, il faut parfois de mois, déplore-t-elle. Certaines personnes peuvent mourir pendant ce temps. »

« Nous devons proposer des mécanismes de dépistage plus large, des diagnostics plus rapides et un soutien ciblé aux communautés qui en ont le plus besoin. Personne ne devrait avoir à lutter à la fois contre le cancer et contre le système. »

Elle milite en faveur de critères de dépistage assouplis, qui tiennent compte des nouveaux profils de risque de cancer du poumon au-delà de l'âge et des antécédents de tabagisme, notamment avec l'augmentation des diagnostics chez les non-fumeurs.

Elle souligne les inefficacités dans l'allocation des ressources :

« Les créneaux pour les TEP sont limités et partagés avec d'autres cancers, comme le cancer de la prostate, qui ont des niveaux d'urgence différents. Les patients atteints d'un cancer du poumon doivent être prioritaires, car leur maladie met immédiatement leur vie en danger. »

Elle réclame également de meilleures infrastructures pour financer les déplacements, des soins adaptés aux réalités culturelles et la centralisation des dossiers médicaux, afin que les patients n'aient pas à se débattre contre un système fragmenté tout en luttant contre le cancer.

Les facteurs de risque environnementaux, tels que le radon et le vapotage, figurent également parmi ses priorités.

Un appel clair à l'action

Le message de la D^{re} Wallace aux décideurs politiques est sans équivoque : « L'égalité des chances en oncologie pulmonaire exige urgence et action. Nous devons proposer des mécanismes de dépistage plus large, des diagnostics plus rapides et un soutien ciblé aux communautés qui en ont le plus besoin. Personne ne devrait avoir à lutter à la fois contre le cancer et contre le système. Traiter le cancer du poumon avec le sérieux qu'il mérite, c'est donner à chaque Canadien et Canadienne une chance réelle. »



2024 World Conference on Lung Cancer

SEPTEMBER 7-10, 2024 | SAN DIEGO, CA USA



**RAPPORT ANNUEL SUR L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS
DU CANCER DU POUMON AU CANADA**

RAPPORT ANNUEL SUR L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DU CANCER DU POUMON AU CANADA

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 de 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.

TABLEAU 1 :
État des recommandations portant sur les médicaments de l'AMC et de l'INESSS

Médicament: Nom générique (médicament d'origine)	Indication	Date D'Approbation Par Santé Canada	État de Remboursement de L'AMC (Disponibilité Dans Toutes les Provinces Sauf au Québec)	État de Remboursement de l'INESSS (Disponible Uniquement au Québec)	Données de Phase Utilisées
alectinib (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 (CPNPC) ALK-positif de stade IB à IIIA.	27 juin 2024	30 oct. 2024 – remboursement sous réserve de conditions	2 juil. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	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 (CHRYSLIS).	30 mars 2022	20 oct. 2023 – remboursement sous réserve de conditions	25 mai 2023 – non remboursé	1

TABLEAU 1 : (Continué)

Médicament: Nom générique (médicament d'origine)	Indication	Date D'Approbation Par Santé Canada	État de Remboursement de L'AMC (Disponibilité Dans Toutes les Provinces Sauf au Québec)	État de Remboursement de l'INESSS (Disponible Uniquement au Québec)	Données de Phase Utilisées
amivantamab (Rybrevant^{MD}) avec 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.	28 juin 2024	29 janv. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	5 févr. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	3
amivantamab (Rybrevant^{MD}) (2e intention)	En association avec le carboplatine et le pémétrexed dans le traitement des patients atteints d'un CPNPC localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique, porteurs de la mutation de délétion de l'exon 19 ou de la mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (gène EGFR), dont la maladie a progressé sous ou après traitement par osimertinib (MARIPOSA-2).	13 janvier 2025	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
amivantamab et lazertinib (Lazcluze^{MD} & Rybrevant^{MD})	Le lazertinib, en association avec l'amivantamab, est indiqué comme traitement de première intention chez les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique, porteurs de la mutation de délétion de l'exon 19 ou de la mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (MARIPOSA).	6 mars 2025	21 juil. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	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. ** La formule sous-cutanée (SC) de l'atezolizumab est également approuvée pour cette indication.**	8 août 2019	1 ^{er} sept. 2022 – remboursement sous réserve de conditions	5 févr. 2025 – remboursement sous réserve de 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 ≥ 50 % des cellules tumorales. ** La formule sous-cutanée (SC) de l'atezolizumab est également approuvée pour cette indication.**	14 janvier 2022	1 ^{er} sept. 2022 – remboursement sous réserve de conditions	13 avril 2023 – remboursement sous réserve de conditions	3

● Nouveau pour 2025

*À jour au 1 novembre 2025

TABLEAU 1 : (Continué)

Médicament: Nom générique (médicament d'origine)	Indication	Date D'Approbation Par Santé Canada	État de Remboursement de L'AMC (Disponibilité Dans Toutes les Provinces Sauf au Québec)	État de Remboursement de l'INESSS (Disponible Uniquement au Québec)	Données de Phase Utilisées
atezoliumab (Tecentriq^{MD}) – 1re intention pour CPNPC avec expression élevée de PD-L1	Indiqué en monothérapie pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique dont les tumeurs présentent une expression élevée de PD-L1 (PD-L1 marquée sur ≥ 50 % des cellules tumorales ou sur ≥ 10 % des cellules immunitaires infiltrant la tumeur), comme déterminé par un test validé, et ne présentant pas d'altérations génomiques des gènes EGFR ou ALK. (IMscin001, IMscin002, IMpower110)	1 ^{er} mars 2021	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	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.	24 mai 2019	3 juil. 2020 – remboursement sous réserve de conditions	Non remboursé	3
cemiplimab (Libtayo^{MD})	Monothérapie pour le traitement de première intention du CPNPC localement avancé exprimant PD-L1 (score de proportion tumorale [TPS] ≥ 50 %) sans mutations EGFR, ALK ou ROS1	2 juin 2022	2 juin 2022 – remboursement sous réserve de conditions	14 août 2025 – remboursement sous réserve de conditions	3
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.	27 avril 2023	2 mai 2024 – remboursement sous réserve de conditions	14 août 2025 – remboursement sous réserve de conditions	3
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.	18 mai 2018	28 mai 2021 – remboursement sous réserve de conditions	27 mai 2021 – non remboursé	2
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	21 septembre 2020	27 juil. 2021 – remboursement sous réserve de conditions	6 juil. 2023 – non remboursé	3

● Nouveau pour 2025

*À jour au 1 novembre 2025

TABLEAU 1 : (Continué)

Médicament: Nom générique (médicament d'origine)	Indication	Date D'Approbation Par Santé Canada	État de Remboursement de L'AMC (Disponibilité Dans Toutes les Provinces Sauf au Québec)	État de Remboursement de l'INESSS (Disponible Uniquement au Québec)	Données de Phase Utilisées
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 (ADRIATIC).	8 avril 2025	27 août 2025 – remboursement sous réserve de conditions	14 août 2025 – remboursement sous réserve de conditions	3
durvalumab (Imfinzi^{MD}) – périadjuvant	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 (AEGEAN).	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	3
durvalumab et tremelimumab (Imfinzi^{MD} et Imjudo^{MD})	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 (POSEIDON).	10 avril 2025	17 juin 2025 – remboursement sous réserve de conditions	2 juil. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	3
entrectinib (Rozlytrek^{MD}) – ROS1	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.	5 mai 2020	27 janv. 2021 – remboursement sous réserve de conditions	18 août 2021 – remboursement sous réserve de conditions	1 et 2
entrectinib (Rozlytrek^{MD}) – NTRK	Traitement des patients adultes atteints de tumeurs solides extracrâniennes localement avancées ou métastatiques non résécables, y compris les métastases cérébrales, présentant une fusion du gène récepteur tyrosine kinase neurotrophique (NTRK) sans mutation de résistance acquise connue, et sans options de traitement satisfaisantes.	10 février 2020	21 nov. 2022 – remboursement sous réserve de conditions	14 déc. 2022 – non remboursé	1 et 2
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	10 juillet 2019	13 sept. 2021 – remboursement sous réserve de conditions	7 juil. 2021 – non remboursé	1 et 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)	7 juin 2021	17 mars 2022 – remboursement sous réserve de conditions	6 juil. 2023 – remboursement sous réserve de conditions	3

● Nouveau pour 2025

*À jour au 1 novembre 2025

TABLEAU 1 : (Continué)

Médicament: Nom générique (médicament d'origine)	Indication	Date D'Approbation Par Santé Canada	État de Remboursement de L'AMC (Disponibilité Dans Toutes les Provinces Sauf au Québec)	État de Remboursement de l'INESSS (Disponible Uniquement au Québec)	Données de Phase Utilisées
lurbinectedine (Zepzelca^{MD})	Traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon à petites cellules (CPNPC) de stade III ou métastatique qui ont progressé pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci.	29 septembre 2021	Actuellement à l'étude	16 août 2023 - non remboursé	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.	23 août 2022	18 avr. 2023 – remboursement sous réserve de conditions	27 sept. 2023 – remboursement sous réserve de 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.	6 août 2020	4 mars 2021 – remboursement sous réserve de conditions	9 nov. 2022 – remboursement sous réserve de 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 juin 2021	4 avr. 2021 – remboursement sous réserve de conditions	2 mars 2022 – remboursement sous réserve de 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-IIIIB (CheckMate 77T).	24 août 2022	Actuellement à l'étude	Actuellement à l'étude	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).	3 janvier 2021	10 janv. 2022 – remboursement sous réserve de conditions	9 nov. 2022 – remboursement sous réserve de 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 (LAURA).	22 mai 2025	15 sept. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	Actuellement à l'étude	3

● Nouveau pour 2025

*À jour au 1 novembre 2025

TABLEAU 1 : (Continué)

Médicament: Nom générique (médicament d'origine)	Indication	Date D'Approbation Par Santé Canada	État de Remboursement de L'AMC (Disponibilité Dans Toutes les Provinces Sauf au Québec)	État de Remboursement de l'INESSS (Disponible Uniquement au Québec)	Données de Phase Utilisées
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) – avec 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 (L858R) de l'exon 21 (FLAURA2).	12 juillet 2024	3 oct. 2024 – remboursement sous réserve de conditions	Actuellement à l'étude	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) – adjuvant pour stade I-IIIa	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 (KEYNOTE 091)	19 avril 2023	30 janv. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	10 avril 2025 – non remboursé	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) – MPM	En association avec le pémétréxed et une chimiothérapie à base de platine, pour le traitement de première intention des patients adultes atteints d'un mésothéliome pleural malin (MPM) avancé non résécable ou métastatique (IND227).	22 avril 2025	21 juil. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	14 août 2025 – remboursement sous réserve de conditions	2 et 3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) – périopératoire pour stade II-IIIb	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 (KEYNOTE 671).	11 février 2025	4 avr. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	22 mai 2025 – non remboursé	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.	21 juillet 2021	29 sept. 2022 – remboursement sous réserve de conditions	25 mai 2023 – remboursement sous réserve de conditions	1 et 2
repotrectinib (Augtyro ^{MD})	CPNPC localement avancé ou métastatique exprimant une mutation du gène ROS1	7 mai 2025	N'a pas encore été déposé	N'a pas encore été déposé	1 et 2

● Nouveau pour 2025

*À jour au 1 novembre 2025

TABLEAU 1 : (Continué)

Médicament: Nom générique (médicament d'origine)	Indication	Date D'Approbation Par Santé Canada	État de Remboursement de L'AMC (Disponibilité Dans Toutes les Provinces Sauf au Québec)	État de Remboursement de l'INESSS (Disponible Uniquement au Québec)	Données de Phase Utilisées
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	15 juin 2021	16 mai 2022 – remboursement sous réserve de conditions	25 mai 2023 – remboursement sous réserve de conditions	1 et 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	10 septembre 2021	29 févr. 2024 – non remboursé	6 mars 2024 – remboursement sous réserve de conditions	2 et 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.	11 septembre 2024	28 févr. 2025 – remboursement sous réserve de conditions	22 mai 2025 - non remboursé	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 mésoenchymateuse-épithéliale (MET).	27 mai 2021	24 août 2022 – non remboursé	6 juil. 2023 – remboursement sous réserve de conditions	2

● Nouveau pour 2025

*À jour au 1 novembre 2025

TABLEAU 2 :

Date de la couverture provinciale des médicaments
(au cours des 5 dernières années)

Nom du médicament	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
alectinib – adjuvant	Non financé	27 août 2025	1 ^{er} août 2025	Non financé	23 septembre 2025	2 juillet 2025	1 ^{er} août 2025	Non financé	Non financé	Non financé	20 mai 2025
amivantamab – EGFR (exon 20)	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 ^{er} septembre 2023	5 juin 2023	1 ^{er} juin 2023	6 juin 2023	5 juin 2023	13 avril 2023	27 juillet 2023	13 juillet 2023	4 juillet 2023	13 juin 2024	Non financé
atézolizumab (CPPC)	1 ^{er} juin 2023	20 octobre 2022	1 ^{er} mars 2023	21 février 2023	10 mars 2023	13 avril 2022	27 juillet 2023	19 avril 2023	1 ^{er} octobre 2024	13 juin 2024	Non financé
atezolizumab – formule sous-cutanée (SC)	1 ^{er} juillet 2025	Non financé	1 ^{er} avril 2025	1 ^{er} mai 2025	30 avril 2025	5 février 2025	1 ^{er} janvier 2025	21 mars 2025	Non financé	19 mai 2025	Non financé
brigatinib – ALK positif (1^{re} intention)	1 ^{er} juin 2022	18 février 2022	1 ^{er} mars 2022	1 ^{er} juin 2022	10 février 2022	2 février 2022	1 ^{er} juillet 2022	29 avril 2022	17 octobre 2022	26 septembre 2022	18 février 2022
cemiplimab (PD-L1 ≥ 50 %)	1 ^{er} août 2025	Non financé	1 ^{er} juin 2025	Non financé	7 mai 2025	13 août 2025	9 juillet 2025	Non financé	1 ^{er} avril 2025	Non financé	Non financé
cemiplimab (Libtayo^{MD}) avec chimiothérapie	1 ^{er} août 2025	27 août 2025	1 ^{er} juin 2025	Non financé	7 mai 2025	13 août 2025	9 juillet 2025	Non financé	1 ^{er} avril 2025	Non financé	Non financé
crizotinib (ROS1)	1 ^{er} juillet 2020	15 décembre 2020	1 ^{er} juillet 2023	21 janvier 2021	4 décembre 2020	23 avril 2020	1 ^{er} janvier 2021	10 juillet 2020	1 ^{er} mai 2020	23 janvier 2023	9 juillet 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 – CPPC-SA (1^{re} intention)	1 ^{er} octobre 2022	15 juin 2022	6 juillet 2022	20 juillet 2022	22 juillet 2022	6 juillet 2022	20 juillet 2022	3 août 2022	1 ^{er} octobre 2022	3 avril 2023	Non financé
entrectinib – ROS1	1 ^{er} avril 2022	21 janvier 2022	1 ^{er} novembre 2021	25 novembre 2021	23 décembre 2021	18 août 2021	30 novembre 2021	14 octobre 2021	24 mai 2022	28 décembre 2022	27 octobre 2021
entrectinib – NTRK	1 ^{er} septembre 2023	1 ^{er} avril 2024	1 ^{er} mai 2023	24 août 2023	16 mai 2023	Non financé	1 ^{er} octobre 2023	26 juin 2023	1 ^{er} octobre 2023	4 juin 2024	19 mai 2023
larotrectinib	1 ^{er} septembre 2023	16 février 2024	1 ^{er} décembre 2022	1 ^{er} avril 2023	24 février 2023	14 décembre 2022	1 ^{er} juillet 2023	23 mai 2023	30 août 2023	22 janvier 2024	23 janvier 2023
lorlatinib (1^{re} intention)	1 ^{er} mai 2024	1 ^{er} août 2023	1 ^{er} août 2023	21 décembre 2023	17 juillet 2023	6 juillet 2023	1 ^{er} octobre 2023	28 septembre 2023	4 janvier 2024	27 novembre 2023	1 ^{er} septembre 2023
lurbinectédine	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

*À jour au 1 novembre 2025

TABLEAU 2 : (Continué)

Date de la couverture provinciale des médicaments (au cours des 5 dernières années)

Nom du médicament	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
nivolumab néoadjuvant – CPNPC	1 ^{er} février 2024	14 août 2023	1 ^{er} octobre 2023	5 octobre 2023	13 septembre 2023	27 septembre 2023	1 ^{er} octobre 2023	29 septembre 2023	1 ^{er} mai 2024	25 mars 2024	Non financé
nivolumab – MPM	1 ^{er} mars 2022	1 ^{er} avril 2022	1 ^{er} mars 2022	1 ^{er} avril 2022	7 juin 2022	2 mars 2022	1 ^{er} août 2022	23 juin 2022	1 ^{er} juin 2022	1 ^{er} décembre 2022	Non financé
nivolumab – ipilimumab – CPNPC (1^{re} intention)	1 ^{er} mars 2022	1 ^{er} avril 2022	1 ^{er} mars 2022	1 ^{er} avril 2022	15 juin 2022	9 novembre 2022	1 ^{er} août 2022	23 juin 2022	5 juin 2022	1 ^{er} décembre 2022	Non financé
osimertinib – EGFR (1^{re} intention)	1 ^{er} janvier 2020	10 avril 2020	1 ^{er} mars 2020	2 avril 2020	10 janvier 2020	18 décembre 2019	1 ^{er} mai 2020	19 mars 2020	20 février 2020	14 février 2022	1 ^{er} février 2020
osimertinib – EGFR (adjuvant)	1 ^{er} février 2023	13 janvier 2023	1 ^{er} février 2023	18 mai 2023	15 novembre 2022	9 novembre 2022	1 ^{er} mars 2023	27 février 2023	1 ^{er} septembre 2025	14 novembre 2023	1 ^{er} janvier 2023
osimertinib avec chimiothérapie	1 ^{er} septembre 2025	Non financé	1 ^{er} mars 2025	1 ^{er} avril 2025	4 juillet 2025	Non financé	1 ^{er} mars 2025	26 mai 2025	30 mai 2025	Non financé	16 avril 2025
pembrolizumab (adjuvant)	Non financé	Non financé	1 ^{er} juin 2025	Non financé	20 juin 2025	Non financé	1 ^{er} juin 2025	1 ^{er} octobre 2025	1 ^{er} août 2025	Non financé	Non financé
pembrolizumab (périopératoire)	Non financé	Non financé	1 ^{er} août 2025	Non financé	23 juin 2025	Non financé	1 ^{er} juin 2025	1 ^{er} octobre 2025	1 ^{er} août 2025	Non financé	Non financé
pembrolizumab – MPM	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	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 ^{er} septembre 2023	14 août 2023	1 ^{er} septembre 2023	24 août 2023	31 juillet 2023	25 mai 2023	1 ^{er} novembre 2023	18 septembre 2023	11 décembre 2023	21 mai 2024	15 juin 2023
sotorasib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	6 mars 2024	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
tarlatamab	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 juillet 2023	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

*À jour au 1 novembre 2025



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.

D^{re} Lorraine Bell

Défenseure des intérêts des patients

Judy Hollingsworth

Défenseure des intérêts des patients

Scott Lanaway

Défenseur des intérêts des proches aidants

Administrateur, Cancer pulmonaire Canada

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste

Présidente, Cancer pulmonaire Canada

Bonnie Leung, M. In.-IP (F)

Clinicienne scientifique et infirmière praticienne en oncologie

Membre, Réseau des infirmières et infirmiers du cancer du poumon

Angus Pratt

Défenseur des intérêts des patients

Aurica Runcan

Défenseure des intérêts des patients

Arta & Dritero Shala

Défenseurs des intérêts des patients et des proches aidants

D^r Brandon Sheffield

Anatomopathologiste

Membre, comité médical consultatif, Cancer pulmonaire Canada

D^{re} Alison Wallace

Chirurgienne thoracique

Membre, comité médical consultatif, Cancer pulmonaire Canada

D^r Paul Wheatley-Price

Cancérologue interniste

Membre, comité médical consultatif, Cancer pulmonaire Canada

Winhan Wong

Défenseur des intérêts des patients

SOUTENIR NOTRE TRAVAIL

Cancer pulmonaire Canada est l'unique organisme de bienfaisance national du Canada à s'investir exclusivement dans le cancer du poumon. Tout ce que nous accomplissons, y compris ce rapport, est rendu possible grâce à la générosité de donateurs comme vous.

Votre soutien nous permet de proposer des programmes essentiels, de diffuser des informations fiables et de porter haut la voix des personnes touchées par le cancer du poumon et de leurs proches. Chaque don change des vies.

Des reçus fiscaux sont établis pour les dons de 20 \$ ou plus. Pour faire un don, veuillez consulter cancerpulmonairecanada.ca ou composer le numéro indiqué au verso de cette publication.



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

Ce rapport a pu être réalisé grâce au généreux soutien d'Amgen Canada, d'AstraZeneca Canada, de Bristol-Myers Squibb Canada, d'EMD Serono Canada, de Janssen Canada, de Merck Canada, de Pfizer Canada, de Regeneron Pharmaceuticals Canada, de Roche Canada et de Titan ONE.

MERCI!



**LUNG
CANCER
CANADA**

**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

AWARENESS. SUPPORT. EDUCATION.

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUIQUER.

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

416.785.3439 (Toronto)
1.888.445.4403 (numéro gratuit)

cancerpulmonairecanada.ca
info@lungcancercanada.ca



@LungCan



@LungCancer_Can



@lungcancercanada



@lungcancercanada



CHAUSSEZ VOS SOULIERS

POUR ACCOMPAGNER UNE PERSONNE
ATTEINTE DU CANCER DU POUMON

**Aidez-nous à faire avancer la recherche,
la sensibilisation et la compassion qui
sauvent des vies.**

Pour en savoir plus : www.giveabreath.ca

**Inscrivez cette date à votre agenda :
6 juin 2026.**



**GIVE A
BREATH
5K**



**LUNG
CANCER
CANADA**

**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

AWARENESS. SUPPORT. EDUCATION.

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDIFIER.

Merci pour votre soutien continu.



**LUNG
CANCER
CANADA**

AWARENESS SUPPORT EDUCATION

**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER SOUTENIR ÉDIFIER

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

416.785.3439 (Toronto)
1.888.445.4403 (numéro gratuit)

© Cancer pulmonaire Canada, 2025.

 @LungCan

 @LungCancer_Can

 @lungcancercanada

 @lungcancercanada