

RAPPORT DE 2019



CANCER
PULMONAIRE
CANADA



LES VISAGES DU CANCER DU POUUMON

L'ACCÈS, CLÉ DE #L'ESPOIRRÉALISÉ

RAPPORT SUR LES VISAGES DU CANCER DU POUMON

NOVEMBRE 2019

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|---------|
| AVANT-PROPOS PAR ANNE MARIE CERATO | Page 2 |
| #EspoirRéalisé — l'accès est crucial | |
| INTRODUCTION | Page 3 |
| #EspoirRéalisé — progrès, mais beaucoup reste à faire | |
| 1. L'ÉVOLUTION DU PARADIGME DU CANCER DU POUMON AU CANADA | Page 5 |
| #19EstMieuxQue17 — faits saillants des statistiques de 2019 sur le cancer du poumon | |
| 2. LA RÉALITÉ DE L'ACCÈS AU CANADA | Page 8 |
| #AccèsAuCanada | |
| #DépistageEssentiel — le dépistage du cancer du poumon sauve des vies et économise de l'argent | |
| #PourraitÊtreLeCancer — obtenir un diagnostic | |
| #EssaisMoléculaires | |
| #PrendreSoinDuCanadaRural — accès au cancer du poumon dans les régions éloignées du Canada | |
| 3. QUI PAIE POUR LE CANCER? | Page 21 |
| #EspoirEnFinancement — le profil du financement des médicaments au Canada | |
| 4. CONCLUSION | Page 34 |
| #EspoirDansAvenir | |
| 5. QUI SOMMES-NOUS? | Page 36 |
| #CPC — Cancer pulmonaire Canada | |

L'ACCÈS EST CRUCIAL — #ESPOIRRÉALISÉ

AVANT-PROPOS

Il y a un peu plus d'une décennie, à 30 ans, j'étais une enseignante dans une école primaire à Toronto et ma vie était bien remplie et épanouie. Il est certain que je me sentais plus fatiguée que d'habitude, mais j'ai mis cela sur le compte du surmenage. Soudainement, j'ai remarqué une petite bosse sur ma clavicule. Peu de temps après, j'ai consulté mon médecin de famille, qui m'a fait passer une radiographie pulmonaire après m'avoir examinée. La radiographie a révélé une ombre. Une tomodensitométrie m'a forcée à subir une biopsie, ce qui a mené à un diagnostic dévastateur : adénocarcinome pulmonaire de stade III!

Comme n'importe qui le serait, j'étais stupéfaite. Cancer du poumon? Comment était-ce possible? Je n'avais jamais fumé de ma vie, et comme beaucoup de gens, je pensais à tort que seuls les fumeurs pouvaient développer un cancer du poumon. Bien sûr, je sais maintenant que ce n'est pas vrai. Comme je le dis souvent : « Si vous avez des poumons, vous pouvez avoir un cancer du poumon. » Dans mon cas, on a prescrit le traitement habituel – radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie. Deux ans plus tard, mon cancer s'est transformé en un cancer bronchopulmonaire non à petites cellules de stade IV exprimant le gène ALK. Mon état, qui avait été désastreux auparavant, était maintenant en phase terminale. Cependant, j'ai eu la chance d'être admissible à un essai clinique d'un traitement ciblant spécifiquement la mutation ALK. J'y ai participé pendant cinq ans, puis j'ai pris part à un deuxième essai clinique d'un autre médicament auquel je participe toujours. Pendant tout ce temps, j'ai pu continuer de mener une assez bonne vie. J'ai rencontré un homme merveilleux et je l'ai épousé, et nous avons même acheté une maison.

Il est rare de survivre à un cancer du poumon pendant 10 ans. Je me considère souvent comme une licorne. Cependant, pour qu'il y ait plus de licornes comme moi,

beaucoup de choses cruciales doivent se produire : nouveaux médicaments; nouvelles façons d'améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement; nouvelles stratégies de prestation et de financement des soins. Mais, aussi, l'accès est indispensable. La chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie sont entièrement financées dans les provinces canadiennes, mais pour des mutations plus rares comme la mienne, le coût des médicaments peut être prohibitif et ne pas être entièrement couvert par les régimes privés ou publics. De plus, alors que je vis dans la plus grande ville du Canada, de nombreuses personnes au pays, sans égard au type de cancer du poumon dont elles sont atteintes, vivent dans des régions rurales ou dans des localités beaucoup plus petites, et leur accès au dépistage, au diagnostic et aux soins est beaucoup plus difficile.

Quels sont mes souhaits pour l'accès et le traitement à l'avenir? Meilleures connaissances de ce qui peut causer la maladie. Dépistage et diagnostic précoces. Changements fondamentaux au fonctionnement de nos systèmes de soins de santé, notamment l'amélioration de l'accès aux soins de proximité, le financement complet des médicaments anticancéreux pris à la maison, l'élimination de la disparité entre les petits et les grands centres de cancérologie. Amélioration de la coopération entre les gouvernements et les sociétés pharmaceutiques afin de réduire le coût des nouveaux médicaments novateurs.

Le suivant *Rapport de 2019 sur les visages du cancer du poumon* examine en détail bon nombre de ces questions afin d'offrir plus d'exemples de l'espoir réalisé et de ce que nous devons faire pour améliorer les différents aspects de l'accès aux soins et au traitement du cancer du poumon. Les licornes comme moi n'ont pas besoin d'être rares.

— Anne Marie Cerato



Anne Marie Cerato

Anne Marie Cerato, D^{re} Rosalyn
Juergens et professeur
Raymond Laflamme

Photo courtoisie de Neal Burstyn (NTB Creative)



INTRODUCTION

PROGRÈS, MAIS IL RESTE ENCORE BEAUCOUP À FAIRE

#ESPOIRRÉALISÉ

Le cancer du poumon est le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada et la principale cause de décès par cancer.

Au cours des dernières années, les progrès en matière de traitement ont aidé Anne Marie Cerato à atteindre son objectif de fêter 10 ans de survie, tandis que les progrès en matière de dépistage ont aidé des patients comme Debi Lascelle, dont le témoignage est présenté plus loin dans ce rapport et figurait déjà dans l'édition de 2017 du rapport *Les visages du cancer du poumon*. Ces progrès ont relevé le taux de survie à cinq ans du cancer le plus meurtrier au Canada de 17 pour cent à 19 pour cent, comme l'indique le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer de 2019* de la Société canadienne du cancer¹. Malgré des résultats éprouvés comme ceux de Debi et de solides données probantes issues de la recherche, le dépistage n'est pas universel au Canada. Comme on le verra plus loin dans ce rapport dans le témoignage d'Andrew McPhedran et de Rachel, sa fille, les familles utilisent des campagnes GoFundMe pour payer leurs traitements anticancéreux. Dans certaines provinces, la population n'a même pas accès aux tests diagnostiques, aux différentes formes de traitement, voire aux programmes d'accompagnement. L'accès n'est pas universel et égal partout au Canada, mais l'accès aux services et aux traitements est un élément clé de la lutte contre le cancer du poumon dans le pays et de l'augmentation des taux de survie, d'autant plus que près de 50 % des cas de cancer du poumon sont diagnostiqués à un stade avancé².

L'accès est compliqué par la vaste superficie et la diversité culturelle du Canada, ainsi que par la façon dont le système de soins de santé canadien est structuré. Ces soins sont prodigués dans le cadre d'un partenariat entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Santé Canada, un organisme fédéral, approuve les médicaments, mais les provinces supervisent l'inscription et l'administration des soins de santé. La situation est complexe, surtout en cette ère de nouvelles techniques chirurgicales et de nouveaux traitements, et notre système de santé a eu du mal à suivre la cadence des traitements modernes. Les patients atteints du cancer du poumon sont encore plus désavantagés que les patients atteints d'autres cancers, puisque le cancer du poumon représente actuellement 26 % de tous les décès par cancer, mais ne reçoit que moins de 7 % du financement de la recherche³. Des solutions s'imposent. L'accès est essentiel à l'EspoirRéalisé. Dans le rapport *Les visages du cancer du poumon de 2019*, le comité médical consultatif de Cancer pulmonaire Canada suit le parcours des patients et examine l'accès, les inégalités d'accès et les obstacles, et présente des exemples de pratiques exemplaires de partout au pays. Le comité examine les facteurs qui influent sur l'évolution de l'état de santé du patient et formule des suggestions pour accélérer l'amélioration de l'accès afin que tous les Canadiens vivant avec le cancer du poumon aient une chance égale d'accéder à l'EspoirRéalisé.

CES PROGRÈS ONT RELEVÉ LE TAUX DE SURVIE À CINQ ANS DU CANCER LE PLUS MEURTRIER AU CANADA DE 17 POUR CENT À 19 POUR CENT.

MaryAnn Bradley



PARTIE 1

L'ÉVOLUTION DU PARADIGME DU CANCER DU POUMON AU CANADA

FAITS SAILLANTS DES STATISTIQUES DE 2019 SUR LE CANCER DU POUMON — #19ESTMIEUXQUE17

Chaque année, la Société canadienne du cancer (SCC) produit un rapport qui met à jour les statistiques sur la fréquence, la mortalité et la capacité de survie au cancer au Canada. Il décompose également des facteurs, comme l'âge, le sexe et l'emplacement géographique. Dans le rapport de 2019 de la SCC, comme dans les années précédentes, la principale cause de décès par cancer au Canada demeure le cancer du poumon⁴.

Les statistiques du tableau 1 ci-dessous dressent le portrait du cancer du poumon au Canada en 2019. Ces statistiques et les différences provinciales (tableau 2) constituent le point de départ de notre examen.

Voici d'autres faits saillants du rapport de 2019 sur le cancer du poumon de la SCC :

- Le taux de survie à cinq ans estimé pour le cancer du poumon en 2019 est de 19 pour cent, soit une augmentation de 2 pour cent par rapport aux statistiques précédentes.
- Le taux de survie à cinq ans au cancer du poumon est de 22 % chez les femmes et de 15 % chez les hommes, alors que le taux de survie à 10 ans est de 16 % chez les femmes et de 11 % chez les hommes en 2019.
- Les taux de fréquence les plus élevés du cancer du poumon chez les hommes et les femmes du Canada se trouvent en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard (voir tableau 2).
- Chez les hommes, les taux de mortalité par cancer du poumon sont les plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, tandis que chez les femmes, ils sont les plus faibles en Ontario et les plus élevés au Québec (voir tableau 2).

Tableau 1 : Statistiques canadiennes sur le cancer du poumon 2019⁵

| Statistiques canadiennes sur le cancer du poumon 2019 | |
|--|---|
| Nombre de décès par cancer du poumon | 1 sur 4 |
| Canadiens recevant un diagnostic du cancer du poumon dans leur vie | 1 sur 15 |
| Nombre de Canadiens qui décèdent du cancer du poumon dans leur vie | 1 sur 17 |
| Cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes | sein 25 %, poumon 14 % |
| Taux de mortalité par cancer chez les Canadiennes | poumon 26 %, sein 13 %, colorectal 11 % |
| Cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiens | prostate 20 %, poumon 13 % |
| Taux de mortalité par cancer chez les Canadiens | poumon 25 %, colorectal 12 %, prostate 10 % |

Les différences régionales en matière de fréquence et de mortalité peuvent nous aider à cerner les besoins. Les taux globaux de fréquence et de mortalité du cancer du poumon sont plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique qu'en Ontario et en Colombie-Britannique. De nombreuses raisons sous-tendent ces différences entre les provinces, notamment les différences dans les facteurs de risque. Par exemple, le Québec a des taux de tabagisme plus élevés, alors que de nombreuses personnes dans le Canada atlantique ont un régime alimentaire plus pauvre et des revenus plus faibles⁶. Les pratiques diagnostiques et les méthodes de collecte de données peuvent également varier d'une province à l'autre.

Cependant, un des aspects cruciaux est la disponibilité et l'éloignement des services de santé. Lorsque nous passerons en revue la disponibilité des services de santé plus loin dans ce rapport, il est important de tenir compte de son incidence sur les issues cliniques. Les taux de survie au cancer du poumon, ainsi que les statistiques sur la fréquence et la mortalité, permettent d'évaluer les progrès réalisés dans le traitement et la prise en charge de cette maladie dévastatrice. Ils indiquent également où il reste encore beaucoup à faire.

Tableau 2 : Taux de fréquence et de mortalité du cancer du poumon selon le sexe et la province canadienne*7

| PROVINCE | HOMMES | | FEMMES | |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | FRÉQUENCE | MORTALITÉ | FRÉQUENCE | MORTALITÉ |
| Alberta | 60,1 | 45 | 58 | 41 |
| Colombie-Britannique | 54,4 | 42,9 | 53,4 | 39,1 |
| Manitoba | 70 | 49,9 | 63 | 46,3 |
| Nouveau-Brunswick | 87,3 | 73,3 | 71,4 | 46,7 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 79,8 | 75,5 | 62,5 | 44,6 |
| Nouvelle-Écosse | 86,7 | 69,9 | 76 | 54,4 |
| Ontario | 67,5 | 47,9 | 59,6 | 36,3 |
| Île-du-Prince-Édouard | 90,9 | 72,5 | 66 | 46,4 |
| Québec** | | 71,5 | | 54,6 |
| Saskatchewan | 67,4 | 52,8 | 63,3 | 45,2 |

*Les taux estimatifs sont pour 100 000 habitants. Toutes les estimations sont tirées des *Statistiques canadiennes sur le cancer* de 2019, qui sont accessibles sur cancer.ca/statistiques. Des détails supplémentaires sur les sources de données et les méthodes utilisées pour obtenir ces estimations sont présentés à l'annexe II de cette publication. Le nombre de cas de cancer qui devraient être diagnostiqués en 2019 est prévu d'après les données jusqu'en 2015. Le nombre de décès par cancer en 2019 est prévu d'après les données jusqu'en 2015.

**Les estimations de la fréquence au Québec ne sont pas incluses parce qu'une méthode de projection différente a été utilisée pour le Québec par rapport aux autres provinces, ce qui signifie que les estimations ne sont pas comparables.

Kim MacIntosh



PARTIE 2

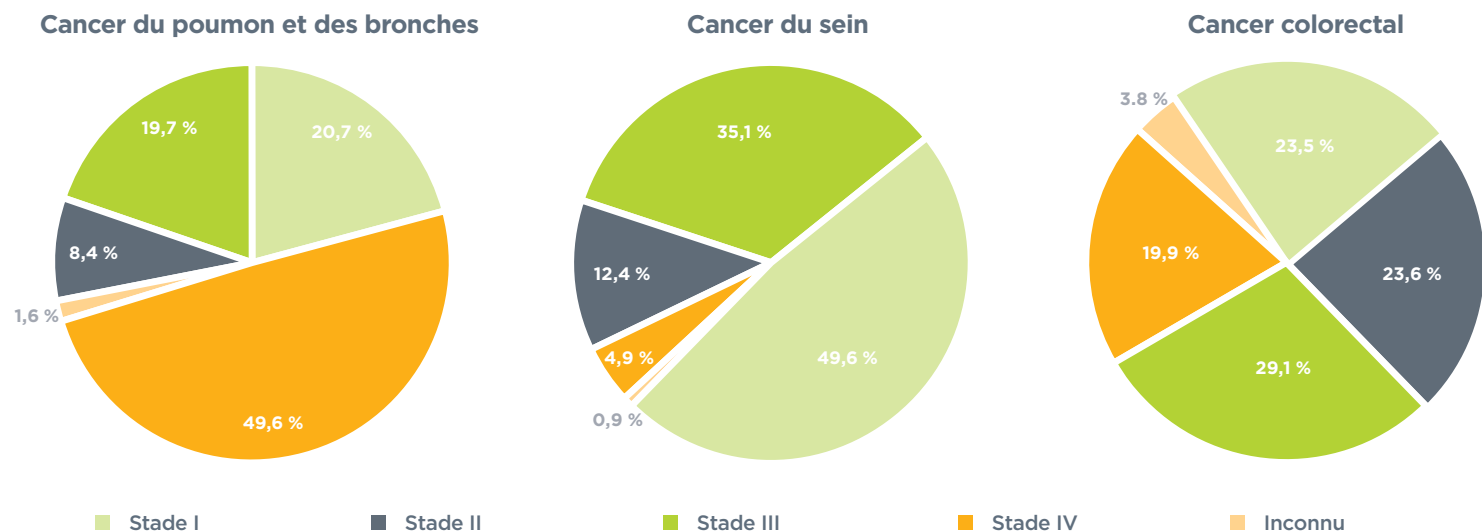
LA RÉALITÉ DE L'ACCÈS AU CANADA

#ACCÈSAUCANADA

Un diagnostic de cancer du poumon entraîne un patient et sa famille dans un tourbillon auquel personne ne peut se préparer. Inévitablement, les patients se demandent : « Quelles sont mes chances? » ou « Vais-je survivre? »

Actuellement, pour la majorité des Canadiens recevant un diagnostic de cancer du poumon, une réponse positive à ces questions est handicapée par un diagnostic tardif. Près de 50 pour cent des cancers du poumon sont diagnostiqués au stade IV, un stade incurable. En comparaison, un peu moins de 5 pour cent des cas de cancer du sein et 20 pour cent des cas de cancer colorectal sont diagnostiqués au stade IV (voir la figure 1 ci-dessous).

Figure 1 — Taux de cancers du poumon et des bronches, du sein et colorectal diagnostiqués aux différents stades⁸



Analyse par : Division de l'analyse de la santé Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada

* Exclut les cas diagnostiqués au Québec. † Comprend les personnes âgées de 18 à 79 ans.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON SAUVE DES VIES ET ÉCONOMISE DE L'ARGENT — **#DÉPISTAGEESSENTIEL**

Un diagnostic précoce est essentiel pour améliorer la survie et le dépistage devient donc essentiel. Contrairement aux programmes de dépistage relatifs aux autres cancers, les lignes directrices actuelles sur le dépistage du cancer du poumon ne ciblent que les personnes les plus à risque. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande actuellement le dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose (TDFD) chez les adultes de 55 à 74 ans ayant au moins 30 ans d'antécédents tabagiques et qui fument encore ou ont cessé de fumer il y a moins de 15 ans⁹. On recommande un dépistage pendant trois années de suite. Les preuves sont solides. L'essai NELSON belgo-hollandais de suivi sur 10 ans a révélé une réduction significative de 25 pour cent de la mortalité par cancer du poumon chez les hommes et jusqu'à 61 pour cent chez les femmes comparativement aux personnes qui n'ont pas subi de dépistage¹⁰. Lors du Congrès international du cancer du poumon tenu cette année, le chercheur canadien Stephan Lam a présenté des données montrant que le modèle de dépistage canadien a permis de déceler plus de cancers que le modèle utilisé aux États-Unis.

Le dépistage du cancer du poumon permet non seulement de sauver des vies, mais aussi d'économiser de l'argent pour le système de soins de santé. Selon des recherches menées par la D^{re} Sonya Cressman, médecin canadienne, le coût moyen par personne du traitement du cancer du poumon par chirurgie curative était de 33 344 \$ sur deux ans, considérablement inférieur au coût moyen par personne de 47 792 \$ pour traiter le cancer du poumon de stade avancé par la chimiothérapie, la radiothérapie ou le traitement symptomatique seulement. L'écart se creuse davantage si des thérapies ciblées ou des immunothérapies sont employées¹¹.

Pourtant, comme le montre le tableau 3 ci-dessous, aucune province canadienne n'a adopté un programme public de dépistage du cancer du poumon. En fait, de nombreuses provinces n'ont même pas de programme pilote. Les données sont claires : le manque d'accès aux programmes de dépistage du cancer du poumon continuera de se dresser comme un obstacle au diagnostic précoce. À mesure que le coût des traitements contre le cancer augmente, la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du poumon à l'échelle du pays devient responsable du point de vue tant moral que financier¹².

Les programmes de cessation tabagique vont de pair avec les programmes de dépistage. Certains programmes d'accompagnement et cliniques de cessation tabagique tabac ainsi que les thérapies de remplacement de la nicotine sont offerts, mais sont limités dans certaines provinces canadiennes (voir le tableau 3).

Le counseling et les thérapies de cessation tabagique peuvent être intégrés efficacement aux programmes de dépistage, et l'infrastructure doit devenir plus répandue dans toutes les provinces et tous les territoires, que ce soit au moyen de programmes municipaux de santé publique ou d'initiatives provinciales.

Présenté au Congrès international du cancer du poumon, à Toronto, l'automne dernier, l'essai NELSON belgo-néerlandais est un essai aléatoire contrôlé démographique ayant comparé le dépistage par tomodensitométrie à l'absence de dépistage chez des fumeurs de 50 ans à 74 ans qui ont fumé au moins 15 cigarettes par jour pendant 25 ans ou plus, ou au moins 10 cigarettes par jour pendant 30 ans ou plus, et qui ont fumé au cours des dix années précédentes. Entre 2004 et 2006, l'étude a recruté 15 822 participants. Le dépistage par tomodensitométrie a fait l'objet d'un examen de référence et de trois autres examens supplémentaires à des intervalles de 1 an, de 2 ans et de 2,5 ans. L'analyse de suivi après 10 ans a montré une réduction significative de 26 pour cent de la mortalité par cancer du poumon chez les hommes et jusqu'à 61 pour cent chez les femmes par rapport au groupe n'ayant subi aucun dépistage.

Vu que deux grands essais mondiaux aléatoires à grande échelle ont démontré une réduction significative de la mortalité, nous disposons maintenant de données probantes à l'appui de la mise en œuvre d'un dépistage du cancer du poumon, qui sauve la vie d'innombrables personnes.

Les nouveaux projets de recherche sont très importants dans le domaine du cancer du poumon. Bien qu'il s'agisse de la maladie la plus meurtrière au Canada, le cancer du poumon est l'un des cancers qui reçoit le moins de fonds pour la recherche comparativement aux autres cancers.

CANCER PULMONAIRE CANADA ESTIME QUE

Toutes les provinces et tous les territoires doivent adopter des programmes de dépistage uniformes. Les programmes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus sont très répandus, mais pour le cancer du poumon, il est nécessaire de mettre en place des programmes complets de dépistage par tomodensitométrie à faible dose pour certaines populations, qui devraient être liés à des services de désaccoutumance du tabac. Il faut créer les infrastructures nécessaires pour offrir aux patients des tests de dépistage positif et des services de diagnostic et de suivi appropriés.

DEBI LASCELLE

Témoignage

Le profil de Debi a figuré dans le rapport *Les visages du cancer du poumon* de 2017. Aujourd'hui âgée de 62 ans, Debi a reçu son premier diagnostic de cancer du poumon il y a neuf ans.

En 2010, elle a vu une annonce dans un journal concernant une étude sur des fumeurs actuels ou anciens, mais n'a pas présenté de demande, gardant la coupure de presse pendant quelques mois. Après avoir communiqué avec l'Hôpital général d'Ottawa, qui participait à l'Étude pancanadienne sur la détection précoce du cancer du poumon dans huit villes du pays, elle s'est qualifiée et a pu y participer.

Après qu'une tomographie axiale thoracique a révélé une lésion dans son poumon droit, une biopsie a été effectuée et le diagnostic était un cancer du poumon au stade IA. Elle a subi une tomographie par émission de positons et une IRM, lesquels ont éliminé la possibilité d'autres lésions cancéreuses dans son corps. Le jour de la Saint-Valentin de 2011, elle a subi une lobectomie pour réséquer un adénocarcinome de 13 millimètres dans son poumon droit.

Debi n'a plus de cancer depuis huit ans, ne prend aucun médicament et dit qu'elle continue à faire du yoga et à s'entraîner autant, voire plus, qu'avant son diagnostic. « Bien sûr, admet-elle rapidement, je ne compte pas escalader le Kilimandjaro. » Malgré tout, elle insiste (et notre comité médical consultatif est d'accord avec elle) que sans l'accès au dépistage précoce, elle ne serait probablement pas en vie aujourd'hui. L'étude à laquelle Debi a participé, ainsi que d'autres études de dépistage, ont montré que si le cancer du poumon est découvert suffisamment tôt, 70 pour cent des patients peuvent recevoir leur diagnostic au stade I ou II.

Lorsqu'on lui demande ce qu'elle aimerait voir pour l'avenir du traitement du

cancer du poumon, elle répond : « J'espère que chaque province et territoire canadien adoptera un programme organisé et régulier de dépistage précoce. Nous le faisons pour le cancer du sein et du côlon, alors pourquoi pas pour le cancer du poumon? De plus, le dépistage précoce, la détection et le traitement du cancer du poumon permettent d'économiser de l'argent à long terme. »

Ancienne sténographe à la cour provinciale, Debi est maintenant à la retraite et vit avec John, son mari, avec qui elle est mariée depuis presque 30 ans. Après tout ce qu'elle a vécu, qu'a-t-elle à dire sur son expérience globale du système de santé? Elle réfléchit un instant à cette question, puis affirme : « Ça a été très positif depuis le début. J'ai beaucoup d'espoir pour l'avenir et je remercie sincèrement tous ceux qui travaillent si fort pour les patients atteints du cancer du poumon. »



« J'espère que chaque province et territoire canadien adoptera un programme organisé et régulier de dépistage précoce. Nous le faisons pour le cancer du sein et du côlon, alors pourquoi pas pour le cancer du poumon? De plus, le dépistage précoce, la détection et le traitement du cancer du poumon permettent d'économiser de l'argent à long terme. »

-Debi Lascelle

OBTENIR UN DIAGNOSTIC #POURRAITÊTRELECANCER

Debi Lascelle a reçu son diagnostic et son traitement dans le cadre d'une étude. Cependant, comme pour tous les patients qui font l'objet d'un examen pour un cancer du poumon, il y a beaucoup d'anxiété dans « l'attente » d'autres examens d'imagerie, tests et biopsies, et ensuite « l'attente » des résultats. Les niveaux d'anxiété sont en corrélation avec « l'attente » et augmentent à mesure que les temps d'attente augmentent. Les programmes d'évaluation diagnostique rapide (PER) ou programmes d'évaluation diagnostique (PED) peuvent simplifier le processus de diagnostic, aider à informer les patients et fournir un soutien. Ils aident à normaliser la façon dont les tests – par exemple, les biopsies et les imageries diagnostiques – sont effectués, ce qui donne des résultats plus clairs et plus complets. Fait important pour les patients, le PER/PED agit comme un guide qui les aide à se retrouver dans le système et à réduire « l'attente ». Par exemple, 59 pour cent des personnes soupçonnées d'avoir un cancer du poumon ou du thorax qui ont fait l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un PER ou d'un PED pulmonaire ou thoracique en Ontario ont reçu un diagnostic dans les 28 jours suivant une recommandation de leur médecin de premier recours ou d'autres professionnels de la santé. Cette proportion se rapproche de l'objectif de 65 pour cent fixé par Action Cancer Ontario¹³. Pourtant, malgré l'efficacité prouvée, les PER/PED se font rares dans certaines provinces, comme la Colombie-Britannique et le Québec.

CANCER PULMONAIRE CANADA ESTIME QUE

Les programmes d'évaluation diagnostique rapide (PER) ou les programmes d'évaluation diagnostique (PED) sont essentiels pour évaluer les patients et poser des diagnostics efficaces. Ils offrent également un accompagnement psychosocial aux patients et les aident à se retrouver dans le système de soins de santé durant leur parcours. Il s'agit là de pratiques exemplaires qui devraient être adoptées par l'ensemble des provinces et des territoires. Dans tous les cas, Cancer pulmonaire Canada préconise une meilleure sensibilisation et une meilleure mobilisation des patients par des discussions et des décisions partagées dès que le diagnostic est posé. Une telle approche favoriserait une meilleure participation et améliorerait l'utilisation du système et la satisfaction des patients.

#ESSAISMOLÉCULAIRES

Un diagnostic positif n'est que le point de départ. Aujourd'hui, le traitement du cancer du poumon est fortement influencé par les pathologies moléculaires : la présence ou l'absence de « signatures » moléculaires dans les cellules cancéreuses du poumon peut déterminer les traitements oraux ciblés par rapport aux traitements intraveineux, la chimiothérapie par rapport à l'immunothérapie, ou même différentes combinaisons. On ne saurait trop insister sur l'importance des tests moléculaires, qui permettent de personnaliser le traitement davantage. Dans la plupart des provinces, les pratiques courantes consistent à faire des tests séquentiels sur des biopsies. Cependant, cette

approche nécessite plus de cellules cancéreuses, ce qui peut limiter le nombre de tests pouvant être effectués. Il peut également être nécessaire de procéder à une nouvelle biopsie s'il n'y avait pas suffisamment de cellules cancéreuses dans l'échantillon initial. Une méthodologie plus efficace consiste à utiliser un test de séquençage de nouvelle génération (NGS) d'un panel élargi de gènes, qui peut évaluer tous les biomarqueurs actuels et émergents à l'aide d'un seul test. Quelle que soit la méthode utilisée, les temps d'attente pour obtenir les résultats des tests doivent être clairement communiqués aux patients afin de les sensibiliser davantage et de réduire leur anxiété.

CANCER PULMONAIRE CANADA ESTIME QUE

Les essais moléculaires sont essentiels pour appairer les patients aux traitements appropriés, ce qui permet d'améliorer les issues cliniques pour les patients. De nouvelles technologies comme le NGS devraient être continuellement explorées afin qu'elles puissent devenir une norme de soins économique et efficace. Quel que soit le mécanisme de dépistage, Cancer pulmonaire Canada croit que les patients devraient être informés du processus de dépistage, y compris le temps d'attente pour recevoir les résultats et la signification des résultats, afin d'accroître leur engagement et leur compréhension du cancer.

LAURA

Témoignage

Il peut être intimidant de se retrouver dans le système de soins de santé pour une personne atteinte d'un cancer du poumon, voire d'une maladie quelconque, mais cela pose aussi des défis pour l'aidant naturel. Laura le sait très bien maintenant puisque, depuis quelques années, elle défend les droits de Michelle, sa mère de 65 ans.

Fin 2014, à Montréal, Michelle a consulté son médecin au sujet d'un rhume persistant dont elle n'arrivait pas à se débarrasser. Le médecin sentait que Michelle, qui était fumeuse, souffrait d'une pneumonie, sans toutefois éliminer la possibilité d'un problème beaucoup plus grave. Il a prescrit une radiographie et une tomodensitométrie axiale du thorax (appelée souvent « CT scan »), puis une biopsie : la mère de Laura souffrait d'un cancer du poumon à petites cellules (CPPC) de stade limité touchant un poumon et les ganglions lymphatiques adjacents.

Laura dit que son expérience lui a donné l'impression d'être dans un cauchemar qu'elle n'arrive pas à exorciser. Au printemps de 2015, pendant qu'elle attendait avec Michelle un rendez-vous à l'hôpital afin de connaître le diagnostic, on leur a remis le dossier médical de sa mère. Pendant les quatre heures d'attente avant de voir le médecin, elles ont lu le diagnostic par elles-mêmes. Le découvrir en lisant le dossier médical de sa mère plutôt qu'en l'entendant de la bouche du médecin était particulièrement difficile. Cependant, le voyage de Michelle et Laura à travers les mers incertaines du cancer du poumon ne faisait que commencer.

Les différences linguistiques peuvent compliquer le parcours. Laura parle français, mais sa mère est plus à l'aise en anglais. S'orienter dans un système qui fonctionne dans une langue autre que votre langue maternelle s'est avéré trop pénible, alors elles ont opté pour un hôpital anglophone. Cependant, la liste d'attente pour les tomodensitométries était trop longue et elles ont finalement été transférées vers un hôpital francophone dont les services étaient beaucoup plus rapides.



Le Canada est maintenant tellement multiculturel que des barrières linguistiques se dressent souvent et peuvent causer du stress et de l'anxiété lorsqu'on tente de comprendre un nouveau diagnostic ou d'utiliser le système.

Michelle a eu un traitement standard pour le CPPC en 2015. Elle a fini la chimiothérapie et la radiothérapie cette année-là et a eu son dernier examen à l'automne 2016, qui a révélé que le cancer avait disparu.

Résumant sa propre expérience en tant qu'aidante naturelle et la participation de sa mère au système de soins de santé, Laura dit que les patients ont besoin d'un plus grand soutien émotionnel et mental. En ce qui concerne sa mère, elle déclare qu'au nombre des problèmes à écarter pour tous les patients figurent les barrières linguistiques, les longs temps d'attente, les horaires inefficaces, les problèmes de communication, l'intégration déficiente des soins de santé parmi les différentes spécialités médicales et le manque d'empathie. Elle insiste également sur la nécessité de former davantage les professionnels de la santé de manière que les patients sentent que les prestataires de soins et le système sont là pour travailler pour eux.

Tout au long du processus de soins de sa mère, Laura s'est souvent sentie épuisée du point de vue émotionnel et a cru qu'elle se battait contre des moulins à vent. Mais, elle ajoute : « Ma mère vit avec moi maintenant et se porte bien. L'année prochaine, ça fera cinq ans qu'elle a reçu son diagnostic. »

Laura sait qu'il s'agit d'un vrai exploit... c'est comme gagner à la loterie.

#PRENDRESOINDUCANADA

L'administration des soins de santé est une responsabilité provinciale. En effet, chaque province a sa propre économie et ses propres perspectives qui diffèrent d'une province à l'autre¹⁴. Les différences géographiques et démographiques jouent également un rôle, et l'accès proportionnel aux centres spécialisés en oncologie varie également d'une province à l'autre. Par conséquent, les infrastructures et les ressources en matière de cancer ne sont pas égales partout au Canada, ce qui pose d'autres défis non seulement aux programmes comme le dépistage et l'évaluation rapide, mais aussi à la prestation des services de base. Par exemple, les tomographes par émission de positons – un test crucial utilisé pour le diagnostic initial du cancer du poumon – ne sont pas accessibles au Yukon, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador. De plus, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest ne disposent pas de centres de radiothérapie stéréotaxique

corporelle (RSC), un traitement contre le cancer consistant à administrer des doses extrêmement précises et très intenses de rayonnement aux cellules cancéreuses, tout en réduisant les dommages aux tissus sains. Bien que les interventions chirurgicales, y compris la chirurgie thoracique, la thoracoscopie et l'échographie endobronchique (EBUS), soient proposées dans plusieurs provinces canadiennes, il existe des lacunes pour ce qui est du temps d'attente et de la nécessité de se déplacer sur de longues distances pour certaines interventions. Les patients atteints du cancer du poumon qui vivent à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les Territoires du Nord-Ouest se déplacent régulièrement à l'extérieur de la province, car ils n'ont accès à aucune des interventions chirurgicales susmentionnées où ils vivent.

ACCÈS AU CANCER DU POUMON DANS LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES DU CANADA #PRENDRESOINDUCANADARURAL

Les différences entre les provinces ne sont qu'un des aspects des soins. Selon un rapport publié en 2014 par le Partenariat canadien contre le cancer, la fréquence du cancer du poumon est plus élevée chez les Canadiens des régions rurales et éloignées que chez ceux des régions urbaines. Bien que cette réalité puisse être mise en partie sur le compte des différences dans les taux de tabagisme dans les communautés moins urbaines, les populations des régions rurales et éloignées peuvent aussi avoir un accès plus difficile aux services de dépistage, de diagnostic et de traitement.

De nombreuses options de prise en charge du cancer du poumon offertes dans les grandes et moyennes villes de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et du Québec sont limitées ou non disponibles dans les régions du Nord éloignées de ces mêmes provinces, ainsi qu'au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut¹⁵.

La Dr^e Silvana Spadafora, oncologue à l'Hôpital de Sault Ste-Marie, en Ontario, soutient qu'il y a besoin d'accès à des spécialistes, à des

techniques de diagnostic et à des traitements plus récents dans les régions éloignées. Un tel accès réduirait considérablement les déplacements vers les centres urbains et allégerait le fardeau des aidants naturels, puisque les déplacements peuvent durer de six à dix heures normalement et beaucoup plus longtemps en hiver. De plus, de nombreux Canadiens des régions rurales gagnent beaucoup moins d'argent que ceux des villes, ce qui peut aussi avoir une énorme incidence sur les patients et leurs aidants naturels. Les frais de déplacement et les coûts connexes jouent un rôle important dans l'acceptation ou le refus du traitement par les patients, dans l'augmentation du stress et dans le fardeau financier.

Un partenariat en soins de santé entre les Territoires du Nord-Ouest et l'Alberta, comme le montre le témoignage suivant d'Alice Legat, survivante du cancer du poumon, démontre ce qui peut être accompli pour améliorer les disparités entre le Nord et le Sud, et les régions éloignées et urbaines, en matière de cancer du poumon.

CANCER PULMONAIRE CANADA ESTIME QUE

Les patients doivent être traités aussi près de chez eux que possible tout en assurant l'excellence des soins. Les rôles des hôpitaux communautaires et des centres d'excellence régionaux dans toutes les provinces doivent être mieux définis. Des services tels que les centres de perfusion de chimiothérapie supplémentaires dans les petites collectivités peuvent aider les patients à être traités plus près de chez eux et réduire les temps d'attente, ainsi qu'établir des liens plus solides entre les hôpitaux communautaires et les centres régionaux et favoriser un recours plus intensif à l'imagerie électronique et à l'échange de données et aux consultations de télémédecine. Ces outils devraient être encouragés. Des services comme la télésanté devraient être adoptés universellement, puisqu'ils permettent aux patients de communiquer à distance avec les professionnels de la santé qui leur fourniront une variété de services, notamment le diagnostic, le traitement, l'éducation, la surveillance et l'accompagnement. Lorsque des déplacements sont nécessaires, Cancer pulmonaire Canada préconise un meilleur accès à des subventions de transport afin de soulager le fardeau financier et émotionnel.



Angus Pratt
photo courtoisie d'Evan Pratt

ALLICE LEGAT

Témoignage

Dans les régions peu peuplées du Canada, l'accès aux soins de santé spécialisés peut être très difficile. Avec une population d'un peu plus de 44 000 habitants répartis sur 1,3 million de kilomètres carrés, les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) ont dû trouver des façons novatrices de servir les personnes dispersées sur leur vaste territoire. Anthropologue et écrivaine en exercice, Alice vit à Yellowknife, la capitale du territoire. Située à 1 500 kilomètres au nord d'Edmonton, en Alberta, la ville compte environ 20 000 habitants.

En 2013, elle commence à se sentir plus fatiguée que d'habitude, mais met ces problèmes sur le compte de l'âge et de l'asthme qui s'aggrave à cause des énormes incendies de forêt en 2014. À la fin de l'automne 2017, sa fatigue devient accablante. Puis, en janvier 2018, elle développe un cas désagréable de conjonctivite aiguë contagieuse et on lui demande à la clinique ophtalmologique de consulter un médecin si les gouttes qu'on lui prescrit ne la soulagent pas.

Un mois plus tard, elle consulte son médecin qui décèle un sifflement dans ses poumons. Alice pense que c'est de l'asthme, mais son médecin soupçonne une pneumonie, mais ni l'un ni l'autre n'a raison : c'est une tumeur. Le médecin l'envoie à Edmonton pour une tomodensitométrie axiale, puis une biopsie. Au printemps de 2018, son diagnostic est confirmé : adénocarcinome non à petites cellules de stade IV inopérable avec une tumeur dans le lobe supérieur du poumon droit avec métastase à la plèvre du côté droit. Malgré le fait qu'elle fumait peu quand elle était jeune, aucune mutation n'est identifiée dans sa tumeur ou dans le sang, d'après des tests effectués par la Foundation One. Alice souligne que de nombreux facteurs autres que le tabagisme sont à la source de son cancer du poumon, notamment le radon, qui cause jusqu'à 15 % des décès par cancer du poumon chaque année, et la fumée secondaire. En mai 2018, elle participe à un essai clinique de chimiothérapie et d'immunothérapie. À l'heure actuelle, Alice en est au stade de maintien et reçoit une perfusion d'immunothérapie toutes les quatre semaines.

Les patients des T.N.-O. ayant des besoins particuliers, comme Alice, sont



Alice Legat

photo courtoisie de Tessa MacIntosh

soignés à Edmonton grâce à des ententes conclues par les Territoires du Nord-Ouest et l'Alberta. Tous les patients des T.N.-O. sont admissibles à se rendre à Edmonton pour des tests, des traitements et d'autres soins médicaux qui ne sont pas disponibles dans le territoire. Le programme prend en charge le coût des billets d'avion ainsi que les frais d'hébergement et de nourriture pendant le séjour en Alberta. Les patients peuvent choisir de loger dans la Larga House subventionnée à Edmonton ou dans un logement privé avec une indemnité limitée.

Interrogée sur le programme de voyage, Alice répond : « Incroyable. Je pense que c'est formidable que nous ayons accès à de bons soins, même si nous n'avons pas de spécialistes dans les Territoires du Nord-Ouest. Cela ne veut pas dire que des améliorations ne s'imposent pas. Il semble que les gens dans les petites collectivités ont plus de difficulté à se retrouver dans le système de santé, car il semble y avoir des incohérences concernant l'approbation des escortes de patients. »

Lorsqu'on lui demande ce qu'elle ressent maintenant après un an et demi, Alice répond que son traitement a réduit la taille de sa tumeur et que son cancer est stable depuis plusieurs mois. Les oncologues espèrent que son cancer du poumon de stade IV deviendra une maladie chronique plutôt qu'une maladie mortelle. « C'est vraiment un miracle que je puisse maintenant gravir des collines que je n'aurais pas pu gravir il y a trois ans. Et, plus important encore, je reste debout après 20 h et parfois même j'arrive à danser! »

« Le soutien moral du personnel de Cancer pulmonaire Canada, de ma famille, de mes amis et de mon équipe d'oncologie, insiste Alice, m'a aidée grandement à rester positive. Nous avons un groupe de femmes pour les patients atteints de cancer, mon fils et ma belle-fille sont à Yellowknife, et j'ai des amis qui veulent appuyer mon rétablissement en m'accompagnant à mes rendez-vous à Edmonton et en partageant la nourriture traditionnelle qu'ils récoltent. » -Alice Legat

Bien que le présent rapport se soit concentré sur les différences interprovinciales et géographiques, il est important de mentionner également les aspects que le Canada en général peut améliorer.

Par exemple, l'« épanchement pleural » est une complication courante du cancer du poumon où le liquide s'accumule à l'extérieur du poumon, le comprimant et entraînant un essoufflement qui nécessite des soins spécialisés. Le nombre de cliniques d'épanchement pleural malin, qui aident à coordonner et à prodiguer de tels soins, y compris les programmes qui drainent le liquide au domicile du patient, est limité dans le pays.

De plus, le soutien psychosocial et l'accès précoce aux soins palliatifs sont des aspects auxquels toutes les provinces du Canada peuvent améliorer l'accès. Il existe des preuves solides que l'accès plus rapide donne de meilleurs résultats pour les patients. Lorsque les soins palliatifs deviennent des soins de fin de vie, les souhaits des patients, à domicile ou à l'hôpital, devraient être respectés grâce au soutien provincial.

À mesure que notre population vieillit, il devient important de comprendre les besoins des aînés du Canada, de reconnaître que le plus grand facteur de risque de cancer est l'âge et de comprendre que les Canadiens vieillissent. Selon le Dr David Dawe, oncologue interniste à Action cancer Manitoba, il est nécessaire de procéder à des évaluations plus complètes des personnes âgées afin de mieux identifier celles qui sont en assez bonne santé pour bénéficier de certaines formes de traitement, celles qui ne reçoivent pas des

traitements suffisants ou celles qui ne sont pas traitées du tout, ainsi que les patients qui reçoivent actuellement des traitements agressifs, mais qui sont trop fragiles pour supporter les effets secondaires.

Un modèle idéal de soins serait celui où les patients âgés en bonne santé ont des chances égales de recevoir un traitement particulier et bénéficient de mécanismes mieux établis pour déterminer ceux qui sont fragiles ou vulnérables à la fragilité afin d'adapter leurs traitements aux capacités de leur corps. On s'attend que le nombre de personnes âgées augmente au début des années 2030, ce qui signifie qu'un modèle de soins qui tient davantage compte de ce groupe de patients est crucial.

Le Canada est un grand pays et nous devons prendre soin de notre population. Il nous incombe comme société de veiller à ce que, où que vous viviez, vous ayez un accès adéquat aux services de santé dont vous avez besoin. Les innovations, le leadership et la collaboration entre les provinces sont essentiels au partage des ressources pour assurer des traitements opportuns et appropriés. Des patients comme Alice, Debi et Michelle ont eu l'Espoir Réalisé. L'amélioration de l'accès aux services permettra à d'autres de faire de même.

Tableau 3 — Accès provincial aux soins du cancer du poumon au Canada

| | | | AB | C.-B. | Man. | N.-B. | T.-N.-L. | N.-É. | Ont [*] | Î-P.-É. | Qué. | Sask. | T.N.-O. | Nt | Yn |
|---|---|-------------|----|-------|------|-------|----------|-------|------------------|---------|------|-------|---------|----|----|
| Dépistage | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnostic | PROGRAMME D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE RAPIDE | | | | | | | | | | | | | | |
| | BATTERIE DE SÉQUENÇAGE DE PROCHAINE GÉNÉRATION | | | | | | | | | | | | | | |
| | ANALYSE MOLÉCULAIRE INDIVIDUELLE | EGFR | | | | | | | | | | | | | |
| | | ROS1 | | | | | | | | | | | | | |
| | | ALK | | | | | | | | | | | | | |
| | | BRAF | | | | | | | | | | | | | |
| | PD-L1 | | | | | | | | | | | | | | |
| TOMOGAPHE PAR ÉMISSION DE POSITONS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Traitement | CHIRURGIE THORACIQUE | | | | | | | | | | | | | | |
| | VIDÉOTHORACOSCOPIE | | | | | | | | | | | | | | |
| | ÉCHOGRAPHIE ENDOBRONCHIQUE | | | | | | | | | | | | | | |
| | ÉCHOGRAPHIE ENDOBRONCHIQUE RADIALE PAR MINI-SONDE | | | | | | | | | | | | | | |
| | ÉPANCHEMENT PLEURAL MALIN | | | | | | | | | | | | | | |
| | RADIOTHÉRAPIE STÉRÉOTAXIQUE CORPORELLE | POITRINE | | | | | | | | | | | | | |
| | | CERVEAU | | | | | | | | | | | | | |
| | ABLATION PAR RADIOFRÉQUENCE | | | | | | | | | | | | | | |
| | MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX ORAUX PRIS À LA MAISON | | | | | | | | | | | | | | |
| | CENTRES PROVINCIAUX RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRES CENTRES DE PERFUSION DE CHIMIOTHÉRAPIE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programmes de soutien | PROGRAMME DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE | | | | | | | | | | | | | | |
| | CLINIQUES DE DÉSACCOUTUMANCE DU TABAC | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOINS PALLIATIFS SPÉCIALISÉS | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOINS EN FIN DE VIE | À DOMICILE | | | | | | | | | | | | | |
| | | À L'HÔPITAL | | | | | | | | | | | | | |

*Dans le nord de l'Ontario, certains services sont différents du reste de la province. Par exemple, le dépistage, les programmes d'évaluation diagnostique rapide et les cliniques d'épanchement pleural malin ne sont pas offerts; la capacité de diagnostic sur place est limitée pour la chirurgie thoracique (pas à Sudbury); les batteries de séquençage de prochaine génération sont uniquement sur demande de l'industrie; les programmes d'accompagnement et les cliniques de désaccoutumance du tabac sont accessibles dans le système de santé public; les programmes de remplacement de nicotine sont financés par les deniers publics si aucun tiers payeur ne les finance.



Andrew McPhedran et sa famille



PARTIE 3

QUI PAIE POUR LE CANCER?

LE PROFIL DU FINANCEMENT DES MÉDICAMENTS AU CANADA

#ESPOIRENFINANCEMENT

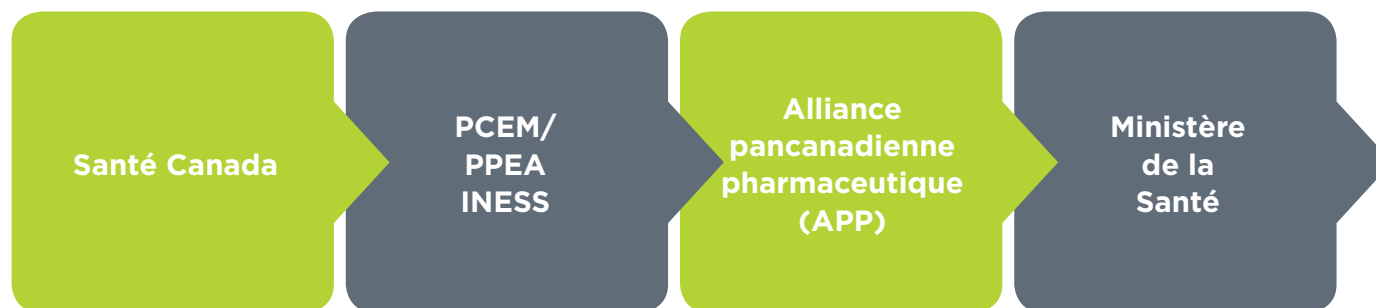
Pour Anne Marie Cerato, l'accès aux nouveaux traitements a joué un rôle déterminant durant ses 10 ans de survie au cancer du poumon. Le taux de survie à cinq ans pour le cancer du poumon au Canada, qui est demeuré fondamentalement inchangé pendant des années, est passé à 19 % dans les statistiques publiées en 2019.¹⁶ Cette amélioration est attribuable en grande partie aux nouveaux traitements disponibles sur le marché. Pourtant, l'accès à ces traitements au Canada demeure difficile.

Comme dans les années passées, Cancer pulmonaire Canada fournit des tableaux détaillant l'accès aux médicaments contre le cancer du poumon dans notre pays, faisant état du délai entre l'approbation par la Federal Drug Administration (FDA) des États-Unis et celle par Santé Canada, le temps nécessaire pour recevoir des recommandations de financement positives du PPEA (Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux) ou de l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec) et le délai d'inscription à liste de médicaments provinciale. La FDA a été choisie comme point de référence parce qu'elle est souvent le premier organisme de réglementation à approuver les nouveaux traitements.

Une partie de ces écarts est mise sur le compte de la date à laquelle les fabricants choisissent de présenter une demande d'approbation à Santé Canada. Toutefois, le tableau 4 montre que, dans de nombreux cas, l'écart entre l'approbation par la FDA et celle par Santé Canada est relativement court. Dans un cas, l'approbation de Santé Canada a même précédé celle de la FDA.

La plupart du temps, le délai indiqué dans les tableaux qui suivent est attribuable à notre système et à notre processus. Il est important de se rappeler que le Canada et les États-Unis ont des systèmes de santé fondamentalement différents. Bien que le système américain soit principalement axé sur l'assurance privée, celui du Canada est public et suit donc un mécanisme après l'approbation de Santé Canada pour assurer une utilisation responsable des deniers publics. Ce processus d'évaluation des technologies de la santé (ÉTS) commence par l'évaluation de la valeur d'un médicament par le PPEA ou l'INESSS : dans quelle mesure le traitement fonctionne-t-il bien par rapport au traitement standard? Le traitement respecte-t-il les valeurs du patient? Que pensent les cliniciens du nouveau traitement? À la suite d'une recommandation positive du PPEA ou de l'INESSS, des négociations confidentielles sur les prix débutent et sont menées entre l'Alliance pharmaceutique pancanadienne (APP) et les fabricants. Une fois qu'un prix a été convenu, les provinces décident comment et quand l'intégrer dans leurs budgets provinciaux.

Figure 2 — Processus d’approbation des médicaments au Canada



Avec l'évolution du traitement du cancer du poumon, c'est la définition plus traditionnelle d'avantage, puis de valeur, de l'ÉTS, qui crée des obstacles à l'accès aux médicaments. Les thérapies ciblées pour le cancer du poumon sont à l'avant-garde, ce qui a changé le paradigme du traitement du cancer. En raison de la capacité des thérapies ciblées à cibler des signatures moléculaires spécifiques dans les cellules pulmonaires cancéreuses, elles ont considérablement augmenté les taux de réponse par rapport à la chimiothérapie traditionnelle.

De nombreuses thérapies ciblées sont approuvées par Santé Canada avec des données de phase II (il s'agit habituellement d'études de moindre envergure non axées nécessairement sur une comparaison directe avec les traitements existants). Cependant, la plupart des thérapies ciblées soumises au PPEA à l'aide de données de phase II ont reçu des recommandations de financement négatives. Tous les traitements ayant fait l'objet d'essais de phase III (études plus vastes et plus coûteuses comparant le nouveau médicament aux traitements existants) ont dû soumettre à nouveau les résultats des essais de phase III plutôt que de pouvoir utiliser les résultats convaincants de phase II.

Plus alarmant encore, des thérapies ciblées spécifiques ne s'adressent qu'à de très petits sous-groupes de patients atteints de cancer du poumon, de

sorte que les essais de phase III ne sont souvent pas possibles. C'est le cas du dabrafénib et du tramétinib, des traitements ciblés pour les patients porteurs de la mutation du gène BRAF, qui représentent moins de 1 % de la population atteinte du cancer du poumon. Cette situation a considérablement restreint l'accès des patients canadiens atteints d'un cancer du poumon et porteurs de la mutation du gène BRAF.

D'autre part, une partie du problème de financement est le coût des médicaments. Selon le rapport annuel de 2017 du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), de 2006 à 2017, le coût moyen du traitement des médicaments oncologiques sur 28 jours a augmenté de 82 %, passant de 3 867 \$ à 7 057 \$, ce qui représente un défi important pour le système public.

Lorsque les médicaments ne sont pas couverts par le régime public et que les patients n'ont pas d'assurance privée ou se voient refuser cette couverture, comment les patients peuvent-ils se permettre les médicaments vitaux dont ils ont besoin?

Pour certaines personnes comme Andrew, le père de Rachel McPhedran, le cancer du poumon s'est transformé en une maladie financée par GoFundMe.

ANDREW ET RACHEL MCPHEDRAN

Témoignage

Tout a commencé avec un mal de dos lancinant. Andrew, qui vit à Ottawa, était très actif et avait l'habitude de supporter les lombalgies. Alors, au départ, il a ignoré la douleur. Mais, celle-ci n'a fait que s'aggraver. Son médecin soupçonne initialement une hernie inguinale et demande une échographie. Lorsque la douleur devient si intense qu'il ne peut plus marcher, il subit une tomodensitométrie, suivi d'autres examens. Puis, au début de décembre 2018, il a un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules de stade IV. Andrew, un non-fumeur de 54 ans, est abasourdi.

Des tests moléculaires effectués en janvier 2019 permettent à ses médecins de déterminer que son cancer exprime une mutation du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR). Les médecins recommandent l'osimértinib (Tagrisso^{MD}) comme traitement de première intention parce qu'il est très efficace contre les tumeurs EGFR+, qu'il a moins d'effets secondaires que les inhibiteurs de l'EGFR de génération précédente, comme l'afatinib, et qu'il améliore l'espérance et la qualité de vie des patients.

Il y avait un piège, cependant. Bien que l'osimértinib ait été approuvé par Santé Canada et le Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux, il n'est financé par aucune province à titre de traitement de première intention (il est financé à titre de médicament de deuxième intention dans toutes les provinces sauf Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard). Sans accès à une étude clinique ou à une assurance privée, l'osimértinib coûte jusqu'à 9 000 \$ par mois. Andrew dit que lorsqu'il a découvert que l'osimertinib coûterait si cher, il a paniqué.

Mais Rachel, sa fille, entend parler par une amie des campagnes GoFundMe qui avaient permis de recueillir des fonds pour des médicaments contre le cancer, alors elle pense qu'ils devraient l'essayer. La famille a eu beaucoup



Andrew McPhedran

de chance d'avoir des amis disposés, généreux et capables de donner. La campagne GoFundMe connaît beaucoup de succès et Andrew prend de l'osimértinib depuis neuf mois, les tumeurs diminuent et il suit bien le traitement.

Au Canada, les patients et aidants naturels, dont Rachel, réclament à AstraZeneca, le fabricant de l'osimértinib, et aux gouvernements provinciaux de trouver des moyens de financer publiquement le médicament afin que d'autres patients n'aient pas à recourir à des campagnes de financement participatif pour financer leurs traitements.

Quant à Andrew, qui a 55 ans maintenant, il dit espérer vivre jusqu'à 56 « avec un peu d'effort et un peu de chance et toutes ces éléments qui entrent en jeu. »

Le traitement du cancer du poumon ne devrait pas être une campagne GoFundMe. Andrew a eu beaucoup de chance de pouvoir recevoir le traitement que son médecin jugeait le mieux adapté. Mais, que se passe-t-il s'il est « vraiment chanceux » et que le médicament fonctionne pendant aussi longtemps que les dollars GoFundMe sont épuisés?

Cependant, d'autres qui n'arrivent pas à trouver de financement pour leur traitement sont confrontés à des choix difficiles. Voici le témoignage d'Angus Pratt.

ANGUS PRATT

Témoignage

Né en Écosse et élevé en Saskatchewan, Angus, 61 ans, est un développeur Web indépendant et un secouriste qui vit maintenant à Surrey, en Colombie-Britannique. Sa mère est morte d'un cancer du sein à la fin de son adolescence et son frère a reçu un diagnostic de la même maladie il y a 10 ans. Au début de 2018, Angus remarque quelque chose dans son sein droit, mais ne fait rien pendant un certain temps. Puis, il consulte son médecin qui lui confirme l'existence d'une bosse dans le sein droit et une dans l'autre sein.

Le lendemain de sa radiographie et de son échographie, on l'informe qu'une biopsie est nécessaire. Dix jours plus tard, on lui dit qu'il a un carcinome intracanalair des seins. Comme intervention standard, d'autres tomodensitométries et scintigraphies osseuses sont effectués et une tumeur est découverte dans un poumon, un choc pour lui puisqu'il n'a jamais fumé. Une autre biopsie est effectuée, qui confirme qu'il a un adénocarcinome non à petites cellules de stade IIIC. Des tests moléculaires subséquents indiquent qu'il a la mutation du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR).

Le cancer du poumon est plus urgent, alors le traitement pour le cancer du sein est mis de côté en attendant qu'il reçoive six cycles de chimiothérapie et 30 jours de radiothérapie. Six semaines plus tard, il subit une mastectomie bilatérale pour son cancer du sein. En septembre 2018, il est commencé une immunothérapie pour le cancer du poumon. Cependant, celle-ci n'arrête pas la croissance de la tumeur et son cancer progresse au stade IV en mars 2019.

Le médecin d'Angus lui recommande, tout comme Andrew McPhedran, de prendre le nouveau médicament, l'osimertinib (Tagrisso^{MD}). Mais, comme le décrit le témoignage d'Andrew, le médicament n'est pas financé par les fonds publics comme traitement de première intention dans aucune province du pays,

bien qu'il ait été recommandé par le Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux. Angus commence donc à prendre de l'afatinib (Geotrif^{MD}), qu'il continue de prendre. Même si l'afatinib est efficace jusqu'à présent, il a plus d'effets secondaires que l'osimertinib – diarrhées, éruption cutanée et boutons d'eczéma rouges, légers déficits au niveau de la mémoire – ce qui réduit sa qualité de vie.

Interrogé sur le manque de financement public pour certains médicaments essentiels contre le cancer du poumon, Angus répond : « Oui, c'est frustrant pour moi, et sans doute pour d'autres patients. Les gouvernements et les sociétés pharmaceutiques doivent se parler davantage et travailler d'arrache-pied pour résoudre les problèmes de prix et de financement. Je sais que c'est un jeu de chiffres, mais les gens souffrent à cause de l'intransigeance des deux parties. »

Veuf et père de trois fils après le décès d'Yvette, sa femme, décédée d'un cancer du pancréas en novembre 2018, Angus a enduré beaucoup de choses depuis son diagnostic initial, il y a plus d'un an. Néanmoins, il se recertifie comme secouriste et jouit des petits triomphes lorsqu'ils se produisent. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il a appris que tout allait bien lors d'une récente imagerie et que les nodules dans son poumon gauche avaient diminué ou même disparu. « Je ne me suis pas rendu compte à quel point tout me tracassait. Je suis un Écossais plutôt stoïque et ne me laisse pas trop abattre, mais quand j'ai appris la bonne nouvelle, il y avait un poing serré et j'étais plutôt heureux. C'était un moment triomphal. C'était exaltant. »



Angus et Yvette Pratt
photo courtoisie de Delores Carter

COMMENT ÉVOLUE LE CANCER DU POUMON ET QUE SE PASSE-T-IL ICI?

Andrew et Angus espèrent tous deux avoir accès au nouveau médicament qui, bien qu'ayant subi le processus d'ÉTS, n'est toujours pas financé par les provinces. Toutefois, même dans les cas où le processus d'ÉTS serait achevé et où les provinces auraient inscrit le traitement sur leur liste, l'accès peut encore être difficile.

Les patients à qui l'on prescrit un médicament oral à prendre à la maison qui vivent dans les provinces de l'Ouest du Canada sont couverts à 100 pour cent par leur province. Ceux en Ontario et dans le Canada atlantique ne le sont pas. Pour les patients de ces provinces, les traitements anticancéreux administrés dans les hôpitaux sont entièrement couverts et ceux qui sont administrés à domicile ne le sont pas. Les demandes adressées à des programmes spéciaux pour obtenir une couverture plus étendue créent des obstacles administratifs et entraînent des retards importants dans l'accès à ces programmes. Pourtant, selon CanCertainty, une coalition de groupes de patients, d'organismes de bienfaisance

dans le domaine de la santé liés au cancer et d'organismes d'aidants naturels canadiens qui travaillent avec des oncologues et des professionnels de la santé pour améliorer l'accessibilité des traitements du cancer, le coût supplémentaire pour couvrir entièrement ces traitements est faible. Par exemple, en Ontario, on estime qu'un investissement de 28 à 93 millions de dollars, soit environ 1 % du budget total des médicaments de l'Ontario pour 2012, permettra à tous les patients de la province d'avoir accès à des anticancéreux à prendre chez eux. On estime également que l'investissement devrait entraîner une réduction d'au moins 17 % des coûts unitaires globaux de chimiothérapie. Il en va de même, proportionnellement, pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard.¹⁸

Comment la communauté des patients atteints du cancer du poumon va-t-elle de l'avant et que se passe-t-il à partir de là?

CANCER PULMONAIRE CANADA ESTIME QUE

Un dialogue et une collaboration doivent s'établir entre tous les intervenants, y compris les propriétaires de brevets, les cliniciens, les fabricants et les organismes d'ÉTS, afin de discuter des moyens de moderniser le système public du Canada pour en améliorer l'accès et l'abordabilité. Les médicaments personnalisés sont un élément clé du traitement du cancer du poumon, et à mesure que les traitements comportent un plus grand nombre de cibles, les patients atteints de cancer du poumon seront répartis en sous-groupes de plus en plus petits. Les études traditionnelles de phase III peuvent signifier que les patients doivent attendre inutilement ou qu'ils n'ont même pas accès aux médicaments dont ils ont besoin. Il est essentiel d'explorer de nouveaux modèles de financement, comme ceux où les fabricants

partagent les risques avec les bailleurs de fonds. Des modèles de financement à durée limitée et une réévaluation fondée sur des données cliniques ou réelles supplémentaires devraient également être explorés. Les médicaments oraux doivent être entièrement couverts partout au pays. Le traitement des patients à domicile permet au système de réaliser des économies. Ces économies, ainsi que celles réalisées grâce aux nouveaux modèles de financement, doivent être réinvesties dans le système de soins de santé afin que l'accès aux services et aux traitements contre le cancer puisse être égal et opportun dans toutes les régions et pour toutes les populations du Canada. Un régime d'assurance-médicaments national, avec un accès complet, universel et équitable aux médicaments partout au Canada, est réclamé par Cancer pulmonaire Canada. Pour tous les patients atteints de cancer du poumon, l'accès est la clé de l'#EspoirRéalisé.

Tableau 4 — Délai entre l’approbation par la FDA et celle par Santé Canada

| MÉDICAMENT générique (médicament d’origine) | INDICATION | DATE D’APPROBATION PAR LA FDA | DATE D’APPROBATION PAR SANTÉ CANADA | ÉTAT PPEA | Données de phase utilisées |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------|
| afatinib (Giotrif ^{MD}) | Traitement de première intention des patients atteints d’un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avancé exprimant une mutation du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) | 12 juillet 2013 | 1^{er} novembre 2013 | Recommandation finale – 2 mai 2014 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| alectinib (Alecensaro ^{MD}) 2 ^e intention | En monothérapie chez les patients atteints d’un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique), dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent, jusqu’à la perte du bienfait clinique | 11 décembre 2015 | 29 septembre 2016 | Recommandation finale – 29 mars 2018 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| alectinib (Alecensaro ^{MD}) 1 ^{re} intention | Traitement de première intention chez les patients atteints d’un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique) | 6 novembre 2017 | 11 juin 2018 | Recommandation finale – 25 juillet 2018 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| atézolizumab (Tecentriq ^{MD}) | Traitement de première intention chez les patients atteints d’un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA), en association avec une chimiothérapie à base de carboplatine et d’étoposide. | 18 mars 2019 | 8 août 2019 | Recommandation initiale – 3 octobre 2019 : Non recommandé | III |
| atézolizumab (Tecentriq ^{MD}) | Traitement des patients atteints d’un CPNPC localement avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie systémique jusqu’à la perte du bienfait clinique | 18 octobre 2016 | 6 avril 2018 | Recommandation finale – 20 juin 2018 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | II + III |
| brigatinib (Alunbrig ^{MD}) | Traitement des patients adultes atteints d’un CPNPC métastatique exprimant le gène ALK dont la maladie a évolué ou qui étaient intolérants à un inhibiteur de l’ALK (crizotinib) | 28 avril 2017 | 26 juillet 2018 | Recommandation finale – 1 ^{er} août 2019 : Non recommandé | II |
| ceritinib (Zykadia ^{MD}) 2 ^e intention | En monothérapie chez les patients atteints d’un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent | 29 avril 2014 | 27 mars 2015 | Recommandation finale – 3 décembre 2015 : Non recommandé | II |

Suite... Tableau 4 — Délai entre l'approbation par la FDA et celle par Santé Canada

| MÉDICAMENT générique (médicament d'origine) | INDICATION | DATE D'APPROBATION PAR LA FDA | DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA | ÉTAT PPEA | Données de phase utilisées |
|--|---|-------------------------------|---|--|----------------------------|
| ceritinib (Zykadia^{MD}) Resoumission en 2^e intention | En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent | 29 avril 2014 | 27 mars 2015 | Recommandation finale – 21 mars 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| crizotinib (Xalkori^{MD}) Resoumission en 2^e intention | En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC avancé (sans traitement curatif) ou métastatique exprimant une mutation du gène ALK | 26 août 2011 | 25 avril 2012 | Recommandation finale – 2 mai 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| crizotinib (Xalkori^{MD}) resoumission en 1^{re} intention | Patients atteints de CPNPC avancé exprimant le gène ALK | 26 août 2011 | 25 avril 2012 | Recommandation finale – 21 juillet 2015 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| crizotinib (Xalkori^{MD}) ROS1 | En monothérapie comme traitement de première intention chez les patients atteints d'un CPNPC avancé exprimant le gène ROS1 | 11 mars 2016 | 28 août 2017 | Recommandation finale – 23 mai 2019 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | I + II |
| dabrafenib (Tafinlar^{MD}) + trametinib (Mekinist^{MD}) 2^e intention | Traitement d'association chez les patients atteints d'un CPNPC métastatique, exprimant la mutation V600 du gène BRAF | 22 juin 2017 | 18 mai 2018 16 mai 2017 (précédemment traité par chimiothérapie) | Recommandation finale – 2 novembre 2017 : Non recommandé (précédemment traité par chimiothérapie) | II |
| dacomitinib (Vizimpro^{MD}) | Traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC localement avancé ou métastatique, exprimant la mutation EGFR | 27 septembre 2018 | 26 février 2019 | Recommandation finale – 31 mai 2019 : Recommandation conditionnelle, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| durvalumab (IMFINZI^{MD}) CPNPC de stade III non résecable | Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé et non résecable, dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiation à base de sel de platine | 16 février 2018 | 4 mai 2018 (AC-C) 23 août 2019 (AC) | Recommandation finale – 3 mai 2019 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| entrectinib (ÀD) | Traitement des tumeurs solides présentant une fusion du gène récepteur à tyrosine kinase neurotrophique (NTRK), localement avancées ou métastatiques, chez les adultes et les enfants | 15 août 2019 | | En cours de révision | I + II |

Information à jour au 10 octobre 2019

Suite... Tableau 4 — Délai entre l'approbation par la FDA et celle par Santé Canada

| MÉDICAMENT générique (médicament d'origine) | INDICATION | DATE D'APPROBATION PAR LA FDA | DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA | ÉTAT PPEA | Données de phase utilisées |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| larotrectinib (Vitrakvi^{MD}) | Traitement des tumeurs solides présentant une fusion du gène récepteur à tyrosine kinase neurotrophique (NTRK), localement avancées ou métastatiques, chez les adultes et les enfants | 26 novembre 2018 | 10 juillet 2019 | Recommandation initiale – 29 août 2019 : Non recommandé pour le cancer du poumon | I + II |
| lorlatinib (Lorbrena^{MD}) | Pour le traitement des patients adultes atteints d'un CPNPC métastatique exprimant le gène ALK dont la maladie a évolué sous crizotinib et au moins un autre inhibiteur de l'ALK, ou des patients dont la maladie a évolué sous ceritinib ou alectinib | 2 novembre 2018 | 22 février 2018 (AC-C) | En cours de révision | II |
| nivolumab (Opdivo^{MD}) | Traitement des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie | 4 mars 2015 | 26 février 2016 | Recommandation finale – 3 juin 2016 | III |
| osimertinib (Tagrisso^{MD}) 2^e intention | Traitement des patients atteints d'un CPNPC localement avancé ou métastatique, exprimant la mutation T790M du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR), dont la maladie a progressé pendant ou après le traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de l'EGFR | 13 novembre 2015 | 5 juillet 2016 | Recommandation finale – 4 mai 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | II (AC-C initial selon les données de la phase II) Soumission au PPEA selon sur les données de la phase III |
| osimertinib (Tagrisso^{MD}) 1^{re} intention | Traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont les tumeurs expriment la mutation EGFR | 18 avril 2018 | 10 juillet 2018 | Recommandation finale – 4 janvier 2019 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| pembrolizumab (Keytruda^{MD}) 2^e intention | Pour le traitement du CPNPC métastatique avec tumeurs exprimant le ligand de mort cellulaire programmée de type 1 (PD-L1) (comme déterminé par un test validé) chez les patients dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie à base de platine | 4 septembre 2014 | 15 avril 2016 | Recommandation finale – 3 novembre 2016 : Recommandation conditionnelle, sous réserve du rapport coût/efficacité | II/III |

Suite... Tableau 4 — Délai entre l’approbation par la FDA et celle par Santé Canada

| MÉDICAMENT générique (médicament d’origine) | INDICATION | DATE D’APPROBATION PAR LA FDA | DATE D’APPROBATION PAR SANTÉ CANADA | ÉTAT PPEA | Données de phase utilisées |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------|
| pembrolizumab (Keytruda^{MD}) | En association avec pemetrexed et la chimiothérapie à base de platine, pour le traitement du CPNPC non malpighien métastatique chez les adultes n’ayant pas des tumeurs exprimant une aberration du gène EGFR ou ALK et n’ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable du CPNPC métastatique | 12 mai 2017 | 13 mars 2019 | Recommandation finale – 31 mai 2019 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | II/III |
| pembrolizumab (Keytruda^{MD}) | Pour le traitement des patients atteints d’un CPNPC malpighien métastatique en association avec du carboplatine et du paclitaxel ou du nab-paclitaxel, chez les adultes n’ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable pour le CPNPC métastatique | 30 octobre 2018 | 4 juillet 2019 | En cours de révision | II/III |
| pémétrexed (Alimta^{MD}) 2^e intention | Traitement d’entretien chez les patients atteints d’un CPNPC non squameux avancé ou métastatique, suivant un traitement en première ligne avec du pemetrexed et de la cisplatine | 2 juillet 2009 | 9 mai 2013 | Recommandation finale – 19 novembre 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité | III |
| ramucirumab (Cyramza^{MD}) 2^e intention | Traitement des patients atteints d’un CPNPC avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie à base de platine en association avec le docetaxel | 21 avril 2014 | 16 juillet 2015 | Fermé, non soumis | III |

KLA = kinase du lymphome
SNC = système nerveux central

EGFR = récepteur du facteur de croissance épidermique
CPNPC = cancer du poumon non à petites cellules

ITK = inhibiteur de tyrosine kinase

Tableau 5 — Date de la couverture provinciale

Information à jour au 10 octobre 2019

| Nom du médicament | C.-B. | Alb. | Sask. | Man. | Ont. | Qc | N.-É. | N.-B. | T.N.-L. | Î-P.-É. |
|--|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| afatinib | 1 ^{er} octobre 2014 | 30 septembre 2014 | 15 septembre 2014 | 16 octobre 2014 | 19 août 2014 | 4 mai 2016 | 29 décembre 2014 | 11 septembre 2014 | 1 ^{er} juin 2015 | 24 octobre 2016 |
| alectinib (1 ^{re} et 2 ^e intentions) | 1 ^{er} mai 2019 | Non financé | 11 février 2019 | 31 mai 2019 | Non financé | 1 ^{er} février 2019 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| atezolizumab | Non financé | Non financé | 11 février 2019 | 13 février 2019 | Non financé | 1 ^{er} février 2019 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| ceritinib | 1 ^{er} septembre 2018 | Le 30 octobre 2018 | 15 août 2018 | Le 19 juillet 2018 | 11 octobre 2018 | Non financé | Non financé | 30 novembre 2018 | Non financé | Non financé |
| crizotinib (1 ^{re} intention) | 1 ^{er} décembre 2015 | 18 décembre 2015 | 28 décembre 2015 | 18 janvier 2016 | 4 décembre 2015 | 8 février 2016 | 2 mai 2016 | 12 avril 2016 | 1 ^{er} février 2016 | 1 ^{er} août 2018 |
| crizotinib (2 ^e intention) | 1 ^{er} mars 2014 | 31 octobre 2013 | 3 octobre 2013 | 17 octobre 2013 | 1 ^{er} octobre 2013 | 3 février 2014 | 1 ^{er} décembre 2013 | 8 novembre 2013 | 1 ^{er} avril 2014 | 8 avril 2014 |
| crizotinib (ROS1) | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| durvalumab | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | 2 octobre 2019 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| nivolumab | 1 ^{er} mars 2017 | Le 3 avril 2017 | 23 mars 2017 | 13 mars 2017 | 21 mars 2017 | 22 mars 2017 | 1 ^{er} avril 2017 | 2 mai 2017 | 3 août 2017 | 1 ^{er} août 2018 |
| osimertinib (1 ^{re} intention) | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| osimertinib (2 ^e intention) | 1 ^{er} octobre 2018 | 20 novembre 2018 | 1 ^{er} novembre 2018 | 18 octobre 2018 | 3 octobre 2018 | 8 novembre 2018 | Non financé | 27 février 2019 | Non financé | Non financé |
| pembrolizumab (1 ^{re} et 2 ^e intentions) | 1 ^{er} février 2018 | 16 février 2018 | 7 décembre 2017 | 15 décembre 2017 | 17 janvier 2018 | 15 novembre 2017 | 24 mai 2018 | 2 mai 2018 | 30 mai 2018 | 1 ^{er} août 2019 |
| pembrolizumab (CPNPC non malpighien) | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| pémétréxed | 1 ^{er} mai 2014 | 1 ^{er} mai 2014 | 3 mars 2014 | 1 ^{er} juin 2014 | 1 ^{er} avril 2014 | 1 ^{er} octobre 2014 | 1 ^{er} avril 2014 | 1 ^{er} septembre 2014 | 1 ^{er} avril 2014 | 23 novembre 2015 |

Tableau 6 – Délai entre l’approbation par la FDA et la couverture provinciale

Information à jour au 10 octobre 2019

| Médicament nom générique | DATE D’AP- PROBATION PAR LA FDA | C.-B. | Alb. | Sask. | Man. | Ont. | Qc | N.-É. | N.-B. | T.N.-L. | Î-P-É. |
|--|---------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| afatinib | 12 juillet 2013 | 446 | 445 | 430 | 461 | 403 | 1027 | 535 | 426 | 689 | 1 200 |
| alectinib (1 ^{re} intention) | 6 novembre 2017 | 541 | Non financé | 462 | 571 | Non financé | 452 | Non financé | 556 | Non financé | Non financé |
| alectinib (2 ^e intention) | 11 décembre 2015 | 1 237 | Non financé | 1 158 | 1 267 | Non financé | 1148 | Non financé | 1 252 | Non financé | Non financé |
| atezolizumab | 18 octobre 2016 | Non financé | Non financé | 846 | 848 | Non financé | 838 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| ceritinib | 29 avril 2014 | 1 586 | 1 645 | 1 569 | 1 542 | 1 626 | Non financé | Non financé | 1 676 | Non financé | Non financé |
| crizotinib (1 ^{re} intention) | 26 août 2011 | 1 558 | 1 575 | 1 585 | 1 606 | 1 561 | 1 627 | 1 711 | 1 691 | 1 620 | 2 532 |
| crizotinib (2 ^e intention) | 26 août 2011 | 918 | 797 | 769 | 784 | 768 | 893 | 828 | 805 | 949 | 956 |
| crizotinib (ROS1) | 11 mars 2016 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| durvalumab | 16 février 2018 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | 593 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| nivolumab (2 ^e intention) | 4 mars 2015 | 728 | 761 | 750 | 740 | 748 | 749 | 759 | 790 | 883 | 1 246 |
| osimertinib (1 ^{re} intention) | 18 avril 2018 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| osimertinib (2 ^e intention) | 13 novem- bre 2015 | 1 053 | 1 103 | 1 084 | 1 070 | 1 055 | 1 091 | Non financé | 1 202 | Non financé | Non financé |
| pembrolizumab (1 ^{re} intention) | 24 octobre 2016 | 465 | 480 | 409 | 417 | 450 | 387 | 577 | 555 | 583 | 646 |
| pembrolizumab (2 ^e intention) | 4 septem- bre 2014 | 1 246 | 1 261 | 1 190 | 1 198 | 1 231 | 1 168 | 1 358 | 1 336 | 1 364 | 1 792 |
| pembrolizumab (CPNPC non malpighien) | 12 mai 2017 | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé | Non financé |
| pemetrexed (2 ^e intention) | 2 juillet 2009 | 1 764 | 1 764 | 1 705 | 1 795 | 1 734 | 1 917 | 1 734 | 1 887 | 1 734 | 2 335 |

Dr Paul Wheatley-Price



PARTIE 4

CONCLUSION

MESSAGE DU PRÉSIDENT

#ESPOIRDANS AVENIR

Au moment d'arriver à la fin d'une autre décennie, le moment est bien choisi pour examiner les progrès réalisés dans le traitement du cancer du poumon au cours des dix dernières années tout en reconnaissant les défis à relever à l'aube d'une nouvelle décennie.

Le cancer du poumon demeure le cancer le plus fréquent au Canada. Alors qu'en 2009, il y a eu 23 400 cas, en 2019, plus de 29 000 cas sont prévus, principalement en raison de la croissance et du vieillissement de la population canadienne. Mais, malheureusement, le cancer du poumon fait aussi plus de victimes que tout autre cancer, avec environ 21 000 décès prévus en 2019. En fait, ce n'est pas très différent des 20 500 décès enregistrés en 2009. Même s'il s'agit d'un chiffre déprimant, il y a des signes évidents de progrès. La proportion de patients atteints d'un cancer du poumon qui survivent cinq ans est en fait en hausse, passant de 15 % en 2009 à un sommet historique de 19 % en 2019. Des progrès lents, mais réels!

Que devons-nous faire pour améliorer la situation et quelles devraient être nos priorités?

En septembre 2018, la communauté mondiale du cancer du poumon est venue à Toronto pour le Congrès international du cancer du poumon. Nous y avons appris des renseignements importants qui confirment le rôle important que le dépistage du cancer du poumon peut jouer dans la réduction du nombre de décès par cancer du poumon grâce

à une détection précoce. Aujourd'hui, la moitié des patients atteints d'un cancer du poumon sont atteints d'une maladie de stade IV (incurable) au moment du diagnostic, mais le dépistage par tomodensitométrie permet de diagnostiquer des centaines, voire des milliers d'autres, atteints d'une maladie à un stade précoce avec une possibilité réelle de guérison. Toutefois, à l'heure actuelle, le dépistage du cancer du poumon n'est pas disponible pour la majorité de la population canadienne, alors que plusieurs de nos pays pairs mettent en place de tels programmes. Au moment de la rédaction du présent rapport, il n'existe que des programmes de dépistage limités en Alberta, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Yukon; toutefois, aucun de ces programmes n'est complet et l'avenir de chacun d'eux demeure incertain.

Notre première priorité étant l'accès à de nouveaux programmes de dépistage, notre deuxième priorité est l'accès à de nouveaux traitements pour améliorer et prolonger la vie des patients atteints du cancer du poumon. Des progrès remarquables ont été réalisés au cours de la dernière décennie, comme l'identification de sous-types moléculaires et les traitements ciblant chacun de ces sous-types à l'aide de médicaments sous forme de comprimés, ce qui a permis d'améliorer la qualité de vie et de prolonger la vie de ces personnes considérablement. Plus récemment, l'immunothérapie, catégorie de médicaments qui stimulent le système immunitaire de l'organisme pour combattre le cancer, a considérablement modifié les protocoles de traitement et amélioré la survie d'un océan à l'autre. Dans ma clinique, je vois tous les jours des vies transformées pour le mieux grâce à ces traitements.

Notre défi, cependant, est l'accès équitable à ces traitements dans l'ensemble des provinces et des territoires. Bien que nous réussissions assez bien à faire approuver la plupart de ces traitements, nous constatons malheureusement encore des écarts dans les délais d'approbation des nouveaux médicaments entre les différentes administrations et nous nous heurtons à des différences bizarres entre les provinces et les territoires qui influent sur l'accès selon l'âge ou le type de médicament. Dans l'ensemble, il est encore décevant de constater le temps qu'il faut pour achever le processus réglementaire. Il est inquiétant de constater que nous avons également connu des problèmes d'accès à des médicaments couramment approuvés et bien établis en raison des difficultés de fabrication et de distribution. Ainsi, dans certaines situations, nous devons composer avec les problèmes d'accès aux traitements en cours, tout en continuant de lutter pour faire approuver les plus récents.

Le rapport de 2019 *Les visages du cancer du poumon* souligne plus en détail certains de ces défis, tout en célébrant les succès que nous avons vus. Chez Cancer pulmonaire Canada, nous nous engageons à sensibiliser le public, à promouvoir le dépistage du cancer du poumon et l'accès aux traitements, et à soutenir les dizaines de milliers de patients et leurs proches qui font face chaque année au cancer du poumon. Joignez-vous à nous pour tenter de transformer le cancer du poumon en une maladie du passé.

— Dr Paul Wheatley-Price, président de Cancer pulmonaire Canada

Groupe de pairs d'Ottawa

Photo courtoisie de Joelle Perrier



PARTIE 5

QUI SOMMES-NOUS?

CANCER PULMONAIRE CANADA

#CPC

Cancer pulmonaire Canada est un organisme national de bienfaisance reconnu comme **le chef de file canadien en éducation sur le cancer du poumon, en soutien aux patients, en recherche et en défense des droits**. Établi à Toronto, en Ontario, Cancer pulmonaire Canada ratisse large, menant des activités régionales et pancanadiennes. Cancer pulmonaire Canada est membre de la **Coalition contre le cancer du poumon** et est le **seul organisme au Canada axé exclusivement sur le cancer du poumon**.

La mission de Cancer pulmonaire Canada comporte trois volets : **1) augmenter la sensibilisation au cancer du poumon**, **2) soutenir** les patients atteints d'un cancer du poumon ainsi que leur famille, et **défendre** leurs droits; **3) offrir des ressources éducatives** aux patients, aux membres de leur famille, aux professionnels de la santé et au grand public.

Cancer pulmonaire Canada offre également **différentes ressources** pour éduquer et soutenir les patients et leurs familles, Voici quelques exemples : 1) notre **site Web**, qui sert de source pertinente et ponctuelle d'informations et de nouvelles sur le cancer du poumon; 2) notre **bulletin**, Lung Cancer Connection, qui explore des sujets d'intérêt pour toute la communauté du cancer du poumon; 3) notre **bibliothèque de ressources** qui permet aux patients et à leurs familles de consulter des informations spécialisées; et 4) notre **présence dans les médias sociaux**, les **forums de discussion** et les **témoignages de patients** sur notre site Web, qui offrent aux patients atteints de cancer du poumon et à leurs familles la possibilité de converser et de **s'offrir mutuellement de l'aide**.

RÉFÉRENCES

- ¹ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2019). « Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 », [en ligne], <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf>
- ² STATISTA, [en ligne], <http://www.statista.com/statistics/873718/lung-cancer-canada-stage-at-diagnosis-distribution>
- ³ CANCER PULMONAIRE CANADA (2018). « Rapport sur les visages du cancer du poumon de 2018 », [en ligne], <https://www.lungcancer.ca/LungCancerCanada/media/Documents/Rapport-Sur-Les-Differentes-Facettes-Du-Cancer-Du-Poumon-Cancer-Pulmonaire-Canada-2017.pdf>
- ⁴ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2019). « Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 », [en ligne], <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf>
- ⁵ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2019). « Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 », [en ligne], <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf>
- ⁶ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2019). « Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 », [en ligne], <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf>
- ⁷ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2019). « Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 », [en ligne], <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf>
- ⁸ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2019). « Rapport spécial de 2018 sur l'incidence du cancer selon le stade », [en ligne], <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR.pdf?la=fr>
- ⁹ Journal de l'Association médicale canadienne. <http://www.cmaj.ca/content/188/6/425>
- ¹⁰ The ASCO Post, [en ligne], <http://www.ascp.com/issues/october-25-2018/nelson-trial>
- ¹¹ ELSEVIER, [en ligne], <http://www.elsevier.com/about/press-releases/research-and-journals/lung-cancer-screening-could-save-money-as-well-as-lives-research-shows>
- ¹² S. CRESSMAN et coll. (2014). Resource utilization and costs during the initial years of lung cancer screening with computed tomography in Canada. Journal of Thoracic Oncology, no 9, vol. 10, p. 1449-1458. [http://www.jto.org/article/S1556-0864\(15\)30700-0/fulltext](http://www.jto.org/article/S1556-0864(15)30700-0/fulltext)
- ¹³ CANCER QUALITY COUNCIL OF ONTARIO (S.D.). <http://www.csqi.on.ca/indicators/wait-times-diagnostic-assessment-programs>
- ¹⁴ CONFERENCE BOARD DU CANADA, [en ligne], <http://www.conferenceboard.ca/hcp/provincial/economy.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- ¹⁵ BLACKWELL, T. et M. WARZECHA (2019). « Cancer nation: the new war on cancer », National Post, <http://nationalpost.com/features/cancer-in-canada>
- ¹⁶ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2019). « Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 », [en ligne], <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf>
- ¹⁷ GOUVERNEMENT DU CANADA, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, [en ligne], <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1380&lang=fr>
- ¹⁸ UNCERTAINTY COALITION, [en ligne], <http://www.cancertaintyforall.ca/ontario>

MENTIONS DE SOURCE

Debi Lascelle - Jeff Fox

Alice Legat - Tessa MacIntosh

Angus Pratt - Evan Pratt

Angus and Yvette Pratt - Delores Carter

Heather Hogan - Lynn Murphy (Reflections Photography)

Groupe de pairs d'Ottawa - Joelle Perrier

Page de couverture

Alice Legat (Territoires du Nord-Ouest)

Alan Soon (Colombie-Britannique)

Lorne Cochrane (Alberta)

Christine Wu (Manitoba)

Heather Hogan (Nouveau-Brunswick) - Lynn Murphy (Reflection Photography)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE CANCER PULMONAIRE CANADA

Président

D^r Paul Wheatley-Price

Cancérologue interniste
Centre de cancérologie de l'Hôpital
d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Vice-présidente et trésorière

Maria Amaral

Défenseuse des droits des soignants
Toronto (Ontario)

Vice-présidente

D^{re} Stephanie Snow

Cancérologue interniste
QEII Health Sciences Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Secrétaire

Sumbul Ali

Sun Life Assurance cie
Toronto (Ontario)

MEMBRES

Roz Brodsky

Survivante de cancer du poumon
Défenseuse des droits des patients et
sauveteuse de chiens
Thornhill (Ontario)

Anne Marie Cerato

Survivante de cancer du poumon
Défenseuse des droits des patients
Toronto (Ontario)

D^{re} Cheryl Ho

Cancérologue interniste
BC Cancer Agency
Vancouver (C.-B.)

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste
Centre de cancérologie Juravinski
Hamilton (Ontario)

Lorraine Martelli

Infirmière praticienne
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Elizabeth Moreau

Défenseuse des droits des soignants
Ottawa (Ontario)

Joel Rubinovich

Comptable agréé
Toronto (Ontario)

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste
QEII Health Sciences Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

Présidente

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste
Centre de cancérologie Juravinski

Membres

D^r Normand Blais

Cancérologue interniste
Hôpital Notre-Dame du CHUM

D^{re} Nicole Bouchard

Pneumologue
Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke

D^r Quincy Chu

Cancérologue interniste
Cross Cancer Institute

D^r David Dawe

Cancérologue interniste
Action cancer Manitoba

D^{re} Cheryl Ho

Cancérologue interniste
BC Cancer Agency

D^{re} Diana Ionescu

Anatomopathologiste
BC Cancer Agency

D^r Stephen Lam

Pneumologue
BC Cancer Agency

D^{re} Donna Maziak

Chirurgienne thoracique
Hôpital d'Ottawa

D^r David Palma

Cancérologue interniste
London Health Sciences Centre

D^r Jeffrey Rothenstein

Cancérologue interniste
Lakeridge Health

D^{re} Stephanie Snow

Cancérologue interniste
QEII Health Sciences Centre

D^r Yee Ung

Radio-oncologue
Sunnybrook Health Sciences Centre

D^r Paul Wheatley-Price

Cancérologue interniste

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste
QEII Health Sciences Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

D^r Sunil Yadav

Cancérologue interniste
Centre de cancérologie de Saskatoon

MEMBRES HONORAIRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Catherine Black

D^{re} Gail E. Darling

D^r Peter Ellis

D^r WK (Bill) Evans

D^{re} Margaret Fitch

Ralph Gouda (fondateur)

D^r Michael Johnston

Peter F. MacKenzie

Morton Sacks

D^{re} Frances Shepherd

D^r Yee Ung (fondateur)

E.K. (Ted) Weir

Magdalene Winterhoff (fondatrice)

REMERCIEMENTS

Cancer pulmonaire Canada tient à remercier le Comité consultatif médical et les experts pour leur soutien durant la rédaction de ce rapport. Nous remercions tout particulièrement le D^r Paul Wheatley-Price et la D^{re} Silvana Spadafora pour leur contribution. Anne Marie Cerato, Debi Lascelle, Angus Pratt, et Andrew et Rachel McPhedran, nous vous remercions de nous faire part de vos témoignages. Et merci à Laura, qui a accepté d'exposer l'histoire de Michelle.



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

330, rue Bay, bureau 1304
Toronto (Ontario) M5H 2S8

416 785-3439 (Toronto)
1 888 445-4403 (numéro sans frais)

www.lungcancercanada.ca
info@lungcancercanada.ca

Numéro d'enregistrement de bienfaisance : 872775119 RR0001

Cancer pulmonaire Canada est un organisme caritatif national, le seul qui se consacre uniquement au cancer du poumon. Il s'appuie sur les dons pour offrir des programmes et services, comme ce livret, pour les patients et leurs familles.

Nous vous remercions de vos dons; un reçu fiscal est remis pour tout don de 20 \$ ou plus. Les dons peuvent être faits en ligne, au www.lungcancercanada.ca, ou en composant les numéros ci-dessus.

Ce rapport a été rendu possible grâce au généreux soutien d'Amgen Canada, AstraZeneca Canada, Bayer Canada, Bristol-Myers Squibb Canada, Merck Canada, Pfizer Canada, Roche Canada, Takeda Canada, Michael Carroll et Titan Creative. Sans votre aide, ce projet et cet effort n'auraient pas été possibles.
MERCII!

© Cancer pulmonaire Canada, 2019.



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

330, rue Bay, bureau 1304
Toronto (Ontario) M5H 2S8

416 785-3439 | 1 888 445-4403

www.lungcancercanada.ca