

RAPPORT  
DE 2022



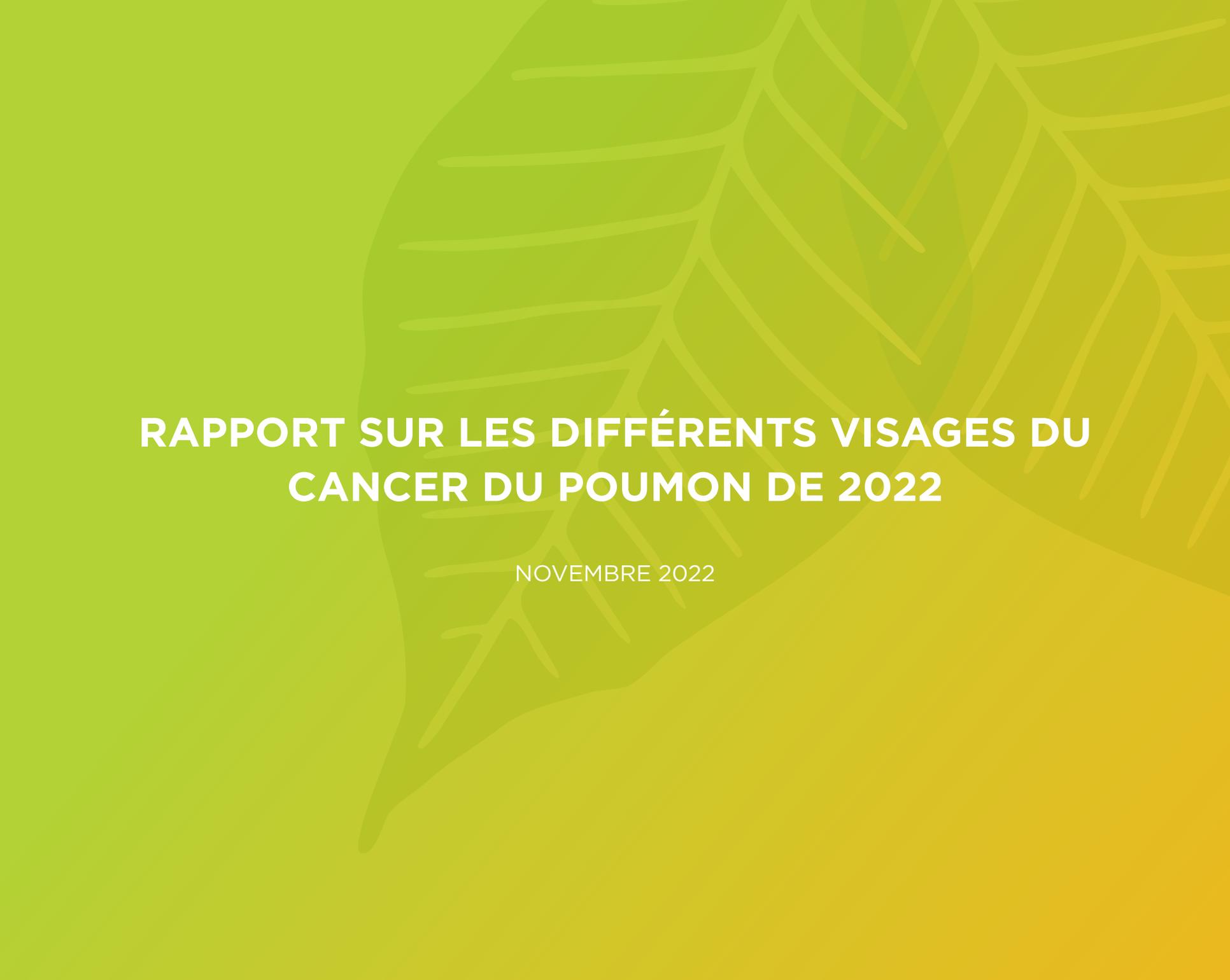
LUNG  
CANCER  
CANADA

CANCER  
PULMONAIRE  
CANADA

# L'ÉQUITÉ EN CANCER DU POUMON : TRACER LA VOIE À SUIVRE



# VISAGES DU CANCER DU POUMON

A large, stylized graphic of a leaf with prominent veins, rendered in a light green color against a background that transitions from green on the left to yellow on the right. The leaf is positioned diagonally, with its base at the bottom left and its tip towards the top right.

# **RAPPORT SUR LES DIFFÉRENTS VISAGES DU CANCER DU POUMON DE 2022**

NOVEMBRE 2022

# CANCER DU POUMON AU CANADA

Cancer pulmonaire Canada est un organisme national de bienfaisance reconnu comme le chef de file en sensibilisation au cancer du poumon, en soutien aux patients, en recherche et en défense des droits des patients. Nous sommes membres de la Coalition contre le cancer du poumon et sommes le seul organisme au Canada axé exclusivement sur le cancer du poumon – une maladie qui continue à être la première cause de décès dans ce pays.

## 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 pédagogiques aux patients, aux membres de leurs familles, aux professionnels de la santé et au grand public**

## Nous offrons également différentes ressources pour faire œuvre de pédagogie et soutenir les patients et leurs familles:



**Notre site Web**, une source fiable d'informations et de nouvelles sur le cancer du poumon  
[www.lungcancercanada.ca](http://www.lungcancercanada.ca)



**Notre bulletin d'informations** *Connexion Cancer pulmonaire* qui explore des sujets d'intérêt pour l'ensemble de la communauté de patients du cancer du poumon



**Notre bibliothèque de ressources**, qui permet aux patients et à leurs familles d'accéder à des informations spécialisées



Notre présence dans les médias sociaux



**Des forums de discussion et des témoignages de patients** sur notre site Web, qui permet aux autres membres de la communauté d'entretenir des relations et de s'entraider



**Notre podcast**, Lung Cancer Voices, animé par le Dr Paul Wheatley-Price, présente des discussions avec des prestataires de soins de santé, des patients et des soignants, ainsi que des chercheurs sur le cancer du poumon.

Chaque année, nous publions le rapport « **Les visages du cancer du poumon** » – un rapport qui donne une voix aux problèmes auxquels sont confrontés aujourd'hui les patients atteints d'un cancer du poumon et leurs familles.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire à propos des personnes atteintes de cette maladie, d'en apprendre plus à leur sujet et de défendre leurs intérêts.

# Table des matières :

---

## Introduction

Page 1

Lettre de la présidente

## Partie 1 : Dans les coulisses de Cancer pulmonaire Canada

Page 4

État actuel du cancer du poumon au Canada

Cancer pulmonaire Canada : Cancer pulmonaire Canada – le *qui* et le *pourquoi*

Alors, que fait Cancer pulmonaire Canada?

Ambitionner l'équité en cancer du poumon

## Partie 2 : Les expériences vécues du cancer du poumon

Page 14

Tim Monds, Alberta

Leon D'Silva, Ontario

Shannon McCrae, Colombie-Britannique

Terri Conneran, Caroline du Nord, États-Unis

Clare Ford, Colombie-Britannique

Jacques Morand, Québec

Chantal Brunet, Québec

## Partie 3 : L'accès au traitement

Page 36

État de remboursement des médicaments de l'ACMTS

Date de la couverture provinciale

Délai entre l'approbation par la FDA et la couverture provinciale

## Conclusion

Page 44



# Introduction

# Lettre de la Présidente

D<sup>re</sup> Stephanie Snow, Président, Cancer pulmonaire Canada



D<sup>re</sup> Stephanie Snow

En revivant l'année qui vient de s'écouler et dans l'expectative de 2023 pour Cancer pulmonaire Canada, je repense naturellement à un patient en particulier que j'ai récemment vu dans ma clinique. Appelons-le Jean. Jean est un homme bon et gentil, d'une cinquantaine d'années, que j'ai rencontré pour la première fois à l'étage des patients du service de chirurgie thoracique – il se sentait mal depuis des semaines, mais n'avait pas de médecin de famille; il s'est donc rendu dans un petit hôpital rural après les heures des consultations.

Jean présentait des symptômes pulmonaires, mais n'ayant pas accès à un service de radiologie, le personnel ne pouvait pas faire une radiographie ou une tomodensitométrie. Ayant diagnostiqué une pneumonie, ils l'ont renvoyé chez lui avec une ordonnance d'antibiotiques. Pensant qu'on lui avait prescrit le bon traitement, il a pris ses médicaments et attendu qu'ils agissent – ce qui ne fut pas le cas.

Peu de temps après, Jean s'est évanoui en aidant un agriculteur à installer une clôture. Il a été emmené dans un hôpital régional plus grand où le personnel a décelé un gros nodule au milieu de la poitrine, comprimant fortement ses voies respiratoires et les principaux vaisseaux de son cœur. Il a été transféré à Halifax où un chirurgien thoracique a effectué une biopsie qui a révélé un cancer du poumon à petites cellules. Je suis allée le voir le jour où on a reçu le diagnostic et il a commencé sa chimiothérapie le lendemain. Il se sentait mieux à l'hôpital, et en quelques jours, il était assez bien pour rentrer chez lui.

Quand j'ai examiné Jean à la clinique, il avait encore des symptômes après sa sortie de l'hôpital, malgré d'importantes améliorations de sa toux et de sa respiration. Il ressentait des nausées et des douleurs, mais ne prenait pas les médicaments prescrits pour les soulager. Quand il est retourné aux urgences, il était très malade, avait de la fièvre et une pression artérielle basse; il souffrait d'une neutropénie fébrile.

Je lui ai posé des questions pour comprendre ce qui s'est passé, mais il a baissé la tête et avoué à voix basse : « Docteur, je ne sais pas lire. Je n'arrive pas à comprendre à quoi servent tous ces flacons de pilules. Je n'ai pas d'assurance maladie, donc je ne peux pas acheter le thermomètre dont j'ai besoin pour prendre ma température, comme les infirmières me l'avaient demandé et aussi payer pour mes pilules ». Il n'avait pas appelé la clinique pour obtenir de l'aide parce qu'il n'avait pas d'argent pour régler le forfait à la carte de son téléphone cellulaire – c'est aussi la raison pour laquelle le travailleur social n'avait pas pu le joindre pour un suivi.

« Tout est de ma faute, m'a dit Jean. Je suis désolé de vous avoir causé des problèmes. »

**Dans mon cabinet**, je reçois beaucoup de patients bien éduqués, compétents sur le plan technologique et passionnés, qui s'érigent en défenseurs inspirants de leur propre cause. Plusieurs d'entre eux se sont portés volontaires auprès de Cancer pulmonaire Canada, s'appuyant sur leur expérience personnelle pour répandre l'espoir et aider les autres à se sentir moins seuls. Tous mes patients reçoivent un exemplaire du Guide pour les patients de Cancer pulmonaire Canada, et je les encourage à participer aux activités de CPC et à accéder aux excellents programmes d'accompagnement (dont plusieurs sont mentionnés dans ce rapport) que nous leur proposons partout au Canada.

Mais Jean n'est pas en mesure de tirer avantage de ces ressources et programmes. Il est plutôt le patient sans histoire – l'autre « visage du cancer du poumon » que peu de gens voient à moins d'être un fournisseur de soins de santé qui exerce dans cette discipline. Comme le précise le Dr Christian Finley dans ce rapport, les inégalités sociales et les disparités en matière d'accessibilité aux soins de santé jalonnent souvent le parcours d'un patient.

Cette année, Cancer pulmonaire Canada a fêté son 20<sup>e</sup> anniversaire, une fête émaillée d'introspection et de croissance. Notre conseil a organisé une retraite stratégique pour réévaluer nos objectifs et déterminer la meilleure façon d'impulser toutes les parties prenantes pour les atteindre. Pour ce faire, comme le précise le Dr Paul Wheatley-Price dans son témoignage, nous jetons l'ancre sur le *pourquoi* notre organisme pèse dans la balance : accompagner de bout en bout tous les patients atteints de cancer du poumon et leurs familles, sensibiliser davantage la société aux réalités de cette maladie et aspirer à un système de santé et à une société où des soins de meilleure qualité et plus accessibles sont proposés.

**À Cancer pulmonaire Canada**, nous avons un sens renouvelé de notre vocation. Notre équipe grandissante compte organiser des événements patients au Québec, tout en veillant à ce que le contenu en français des témoignages de nos patients et de nos ressources soit accessible afin de renforcer l'action au Québec. Nous renforçons nos partenariats, comme celui avec la Lung Health Foundation, cultivons de nouveaux liens avec les associations pulmonaires provinciales et ouvrons davantage de chantiers de sensibilisation au cancer du poumon à l'échelle nationale. Nous continuons à développer les activités pendant le mois de la sensibilisation au cancer du poumon, notamment un [webinaire avec CARP](#) et la campagne *Cessez de poser la mauvaise question*. Nous faisons équipe avec les comités de planification provinciaux pour plaider en faveur de l'établissement de programmes de dépistage du cancer du poumon partout au pays. Nous lançons les prix Lung Ambition Alliance qui financeront à hauteur de 100 000 \$ par an la recherche ciblant le diagnostic précoce, l'amélioration de la qualité des soins et l'accès équitable aux soins.

Dans le rapport sur les différents visages du cancer du poumon de cette année, nous mettons nos patients à l'honneur, échangeons leurs témoignages et inculquons un sentiment d'espoir aux personnes touchées par le cancer du poumon. Lorsque je pense à ces témoignages et à nos objectifs du futur, je ressens la présence de Jean, mon patient, à mes côtés. À l'heure de fêter notre 20<sup>e</sup> anniversaire et d'entamer 2023, nous devons trouver un moyen pour rejoindre les Canadiens qui ne liront pas ce rapport et nous assurer qu'ils sentent qu'ils font partie de cette communauté, et défendre leur voix, leur histoire et leurs droits.





# Partie 1 :

Dans les coulisses de Cancer Pulmonaire Canada

# État actuel du **cancer du poumon** au Canada

Le cancer du poumon demeure le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada, soit environ 30 000 nouveaux cas en 2022. Bien que les taux de diagnostic et de mortalité aient atteint un plateau global, malheureusement, un décès sur quatre (24 %) liés au cancer dans le pays, sera attribuable au cancer du poumon tant chez les hommes que les femmes. Le taux de mortalité lié au cancer du poumon est supérieur à tous les décès liés aux cancers du sein, de la prostate et colorectal réunis.

La bonne nouvelle, c'est que moins de personnes reçoivent un diagnostic de cancer du poumon chaque année qu'il y a 40 ans et leurs chances de survivre à la maladie se sont considérablement améliorées. Le taux de survie net à cinq ans de 22 % en 2021 est un record absolu pour notre communauté, mais il reste inférieur à celui de la plupart des autres cancers. Dans l'ensemble, le taux moyen de survie au cancer est de 64 % en général, ce qui laisse beaucoup de place à une amélioration continue en ce qui concerne le cancer du poumon.

Beaucoup trop de Canadiens atteints de cancer du poumon reçoivent leur diagnostic à un stade tardif et incurable, et il faut s'investir à fond pour les soutenir, eux et leurs familles, pour améliorer l'accès aux traitements, sensibiliser le public et s'attaquer à la déshumanisation associée à la maladie.

Heureusement, la recherche a donné lieu à la mise au point de nouveaux traitements et à l'émergence de programmes de dépistage précoce partout au pays. Des scientifiques enthousiastes étudient de meilleures façons de s'attaquer à l'étiologie du cancer du poumon. Bien qu'il faille attendre de nombreuses années avant que le cancer du poumon ne

devienne une maladie guérissable, voire chronique, de nouveaux traitements, comme les thérapies ciblées et l'immunothérapie, contribuent à améliorer et à prolonger la vie des personnes atteintes de cette maladie.

## CANCER DU POUMON EN 2022...

# #1

**LE CANCER LE PLUS SOUVENT DIAGNOSTIQUÉ AU CANADA**

# 30 000

**LES CANADIENS SERA DIAGNOSTIQUÉ EN 2022**

**LE CANCER DU POUMON REPRÉSENTE**



**DES DÉCÈS DUS AU CANCER**

**LE TAUX DE SURVIE AU CANCER DU POUMON EST DE**



**CONTRE 64 % POUR TOUS LES CANCERS COMBINÉS**

**CANCER DU POUMON EN POURCENTAGE**



**DE TOUS LES NOUVEAUX CAS DE CANCER**

# 1 SUR 15

**LES CANADIENS DÉVELOPPERONT UN CANCER DU POUMON AU COURS DE LEUR VIE**

# Cancer pulmonaire Canada : le qui et le pourquoi

D<sup>r</sup> Paul Wheatley-Price, président sortant



Dans son livre *Start with Why*, Simon Sinek décrit les caractéristiques des organisations qui remportent du succès, notamment que celles-ci articulent clairement *pourquoi* elles existent. L'essence même d'une organisation, souvent décrite dans son énoncé de mission ou de vision, peut éclairer et expliquer *comment* le travail est accompli. En fait, le « *quoi* » devient un point final naturel et (espérons-le) réussi découlant du *pourquoi* et du *comment*. C'est l'histoire de Cancer pulmonaire Canada, et nous commençons par le « *pourquoi* ».

**Le cancer du poumon** est le cancer le plus répandu au Canada et la cause la plus fréquente de décès par cancer au Canada et dans le monde. Bien que la prévalence élevée du tabagisme demeure la principale cause du cancer du poumon, toute personne qui a des poumons peut contracter cette maladie – comme en témoigne un nombre important de patients qui n'ont jamais fumé et qui en sont atteints. En fait, si le « cancer du poumon du patient qui n'a jamais fumé » était classé séparément, il figurerait parmi les sept premiers cancers du pays.

Qu'est-ce que cela signifie pour des organismes comme Cancer pulmonaire Canada? Premièrement, il n'y a pas un grand nombre de survivants du cancer du poumon auxquels faire appel, même si, heureusement, leur voix devient plus forte et plus apparente. Deuxièmement, une partie des survivants sont incapables de répondre à l'appel en raison des données démographiques inhérentes à la maladie. Les patients atteints du cancer du poumon sont généralement plus âgés, sont moins susceptibles d'avoir suivi des études supérieures et proviennent de groupes socioéconomiques plus désavantagés. Ils peuvent également avoir d'autres problèmes de santé. Bien qu'ils souhaitent bien faire entendre leur voix, ils ne sont pas toujours en mesure de le faire.

La déshumanisation du cancer du poumon est un grand problème. Bien que le tabagisme demeure légal au Canada, d'importants progrès en santé publique ont été réalisés au fil des décennies relativement à l'imposition de lieux sans fumée. Il n'en demeure pas moins que les patients atteints du cancer du poumon et les membres de leurs familles sont toujours déshumanisés, qu'ils continuent ou cessent de fumer, qu'ils

fassent de leur mieux pour arrêter la drogue qui crée le plus de dépendance ou qu'ils n'aient jamais fumé.

Alors, revenons au concept de Sinek – commençons par le *pourquoi*. Pour les patients atteints du cancer du poumon, le *pourquoi* est-il évident maintenant?

**Cancer pulmonaire Canada** a pris naissance en 2002, l'organisme ayant été fondé par le Dr Yee Ung, radio-oncologue à Toronto, Magdalene Winterhoff, travailleuse sociale en oncologie, et Ralph Gouda, dont la femme est décédée du cancer du poumon, afin de relever ces défis et de combler ces manques. Pendant de nombreuses années, nous avons été un petit organisme qui a largement soutenu la communauté de patients atteints du cancer du poumon, à Toronto. Mais, au cours des deux dernières décennies, nous sommes devenus une œuvre de bienfaisance reconnue et respectée à l'échelle nationale.

Aujourd'hui, Cancer pulmonaire Canada a une triple mission : faire pédagogie et accroître la sensibilisation à la maladie, soutenir les personnes atteintes du cancer du poumon et leur famille, et plaider en faveur d'un meilleur accès aux tests de dépistage et aux traitements dans toutes les provinces et tous les territoires. D'autre part, nous sommes de plus en plus capables de financer des projets de recherche sur le cancer du poumon.

Le « *comment* » des activités de Cancer pulmonaire Canada consiste à déterminer les piliers d'activité sur lesquels mettre l'accent, et les « *quoi* » sont les programmes qui en émergent. La pédagogie comprend les publications et les événements. Le soutien consiste à resserrer les liens entre les pairs et à l'échelle locale. La sensibilisation vise à faire entendre nos voix dans les campagnes, à parler aux décideurs et à faire participer les autres à notre travail. La défense des droits signifie un effort soutenu pour appuyer l'approbation réglementaire des nouvelles thérapies et faire pression sur (voire, entrer en conflit avec) les dirigeants et les organismes de réglementation, s'il le faut. Nous cherchons à fédérer la communauté des patients du cancer du poumon par le partenariat et à la collaboration pour faire entendre davantage notre voix collective.

Cancer pulmonaire Canada existe pour vous, la communauté des patients atteints du cancer du poumon. Au cours des 20 dernières années, nous avons rejoint des dizaines de milliers de patients et leurs familles, d'une manière ou d'une autre. Pourtant, il y a encore des milliers de patients que nous n'avons pas encore ralliés ou que n'avons pas été en mesure de soutenir. Pour eux tous, nous sommes motivés par la vocation, la passion et le dévouement à être un soutien, une ressource et une voix de premier plan pour les personnes qui composent avec le cancer du poumon.



# Alors, que fait Cancer pulmonaire Canada?

Cancer pulmonaire Canada est la principale ressource nationale en matière de sensibilisation, de soutien aux patients, de recherche et de défense des droits. Prenant appui sur notre mission de venir en aide aux patients et à leurs familles et de défendre leurs droits, et d'accroître la sensibilisation et l'éducation sur la maladie, nous offrons une variété de ressources et de programmes pour y parvenir.



Le diagnostic et le traitement du cancer du poumon ont des effets émotionnels, sociaux, psychologiques, spirituels et pratiques profonds sur la santé et le bien-être. Dans le cadre du programme [Airways of Hope](#) Elizabeth Dvergsten-Beauce, travailleuse sociale en oncologie, offre un accompagnement individuel aux patients et aux membres de leur famille pour les aider à prendre en charge leurs problèmes mentaux et émotionnels, à gérer leur quotidien, à trouver une assistance financière et à composer avec le deuil. Les personnes qui ont recouru à ce programme

disent que le fait d'avoir une travailleuse sociale expérimentée pour les guider dans le système de santé et fournir des encouragements est bien reçu et précieux. Nous avons été ravis d'offrir ce nouveau service à notre communauté, cette année.



## Groupes de soutien en ligne

On peut se sentir seul face à un diagnostic de cancer du poumon, et rencontrer des personnes qui ont suivi un chemin similaire peut alléger le fardeau. Animé par notre travailleuse sociale en oncologie et ouvert à toute personne au Canada, le groupe de soutien aux patients en ligne de Cancer pulmonaire Canada se réunit tous les mois. Nous aidons aussi des groupes de soutien dirigés par les patients en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario à proposer davantage de ressources et de liens régionaux. Si vous souhaitez vous joindre à un groupe ou lancer un groupe dans votre région, [écrivez-nous](#).



## Programme de jumelage

Notre programme de jumelage est animé par des survivants du cancer du poumon, des membres de la famille et des soignants. Les coordinateurs du jumelage sont des bénévoles qui encadrent les personnes qui ont nouvellement reçu leur diagnostic ou toute personne ayant besoin d'accompagnement personnel, leur offrant des encouragements et des conseils, partageant leur expérience et nourrissant l'espoir. Il peut être crucial de donner à quelqu'un qui a vécu une expérience similaire la chance de guider d'autres patients, que ce soit en écoutant avec empathie, en offrant des conseils sur la façon de se retrouver dans les dédales logistiques du traitement et des soins, ou en verbalisant les émotions qui accompagnent le vécu du cancer du poumon. Si vous souhaitez vous faire jumeler ou vous porter bénévole dans le cadre de notre programme de jumelage, [visitez notre site Web](#).



## Balado *Lung Cancer Voices*

[Lung Cancer Voices](#) est une série de balados animés par le Dr Paul Wheatley-Price, oncologue à l'Hôpital d'Ottawa et président sortant de Cancer pulmonaire Canada. Chaque mois, le Dr Wheatley-Price anime une discussion de fond avec un chercheur de renommée en cancer du poumon, un praticien de la santé, une personne atteinte du cancer du poumon ou un soignant. La conversation s'articule autour des enjeux actuels du cancer du poumon, des sujets pertinents et de l'expérience du patient et du soignant. Plus de 50 épisodes sont accessibles en ligne depuis le lancement du balado en 2019.

Nous sommes très heureux de lancer, dans les prochains mois, une série de balados en français animés par la Dr<sup>e</sup> Nathalie Daaboul, hémato-oncologue au Centre intégré de cancérologie de la Montérégie et membre du Comité consultatif médical de CPC. La Dr<sup>e</sup> Daaboul est enthousiasmée à l'idée de présenter au reste du Canada la voix des patients, soignants et praticiens de la santé francophones et québécois.



## Campagne *Cessez de poser la mauvaise question*

L'un des obstacles les plus sérieux et des fardeaux les plus lourds pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon est la déshumanisation persistante du cancer, qualifié de « maladie du fumeur ». Après avoir fait part de leur diagnostic de cancer du poumon, trop de personnes s'entendent poser la question « Fumiez-vous? », ce qui sous-entend que leur maladie est causée par le tabagisme. Toutefois, la réalité est que quiconque a des poumons peut avoir un cancer du poumon. Pour une maladie dont le taux de survie de cinq ans n'est que de 22 %, il est crucial de faire preuve d'empathie.

Notre [campagne de lutte contre la stigmatisation](#), menée en association avec la Lung Health Foundation, est intitulée : *Cessez de poser la mauvaise question*. Elle exhorte les gens à poser plutôt la bonne question : *Pourquoi les personnes atteintes du cancer du poumon n'ont-elles pas une chance de se battre comme les autres personnes confrontées à un diagnostic de cancer?*

# #ARMÉEESPOIR

Le cancer du poumon reste l'un des cancers les moins financés et les plus déshumanisés, ce qui ralentit les efforts visant à améliorer le dépistage, l'accès et la recherche. L'[Armée de l'espoir](#) est une campagne sur les réseaux sociaux qui recrute des accompagnateurs de patients atteints du cancer du poumon à des fins de sensibilisation et d'éducation sur la maladie. Lancée en novembre 2020 au moyen d'une campagne publicitaire sur les médias sociaux, l'Armée de l'espoir a, depuis, recruté plus de 460 référents en cancer du poumon, chargés de nombreuses missions ces dernières années, notamment un concours de conception de t-shirts. Le succès de la première année a conduit à la relance du programme à l'été 2021 avec un tout nouveau logo, de nouvelles missions et des prix en marchandises pour attirer de nouvelles recrues.



## Financement de la recherche

Une grande partie du travail de Cancer pulmonaire Canada consiste à faire acte de solidarité avec la communauté de patients du cancer du poumon, notamment les chercheurs. Les progrès dans les traitements et le dépistage

sont la raison pour laquelle le taux de survie à cinq ans pour le cancer du poumon est de 22 % en 2021. Il s'agit du taux le plus élevé jamais enregistré, mais il est encore bien inférieur à celui de beaucoup d'autres cancers.

Cancer pulmonaire Canada est fier de soutenir les étudiants, les chercheurs et les scientifiques qui se donnent à fond à la recherche sur le cancer du poumon depuis de nombreuses années, grâce à des prix, comme la [subvention commémorative de recherche Geoff Ogram](#) et les stages estivaux, et à bien d'autres nouvelles initiatives prochaines, notamment les prix Lung Ambition Alliance. Nous sommes fiers de préparer le terrain pour la recherche future sur le cancer du poumon, qui aboutira bientôt à de nouvelles lignes directrices sur les tests de biomarqueurs et à des options de traitement, ainsi qu'à de l'espoir pour les patients et leurs réseaux de soutien partout au pays.



## Informations à l'intention des patients

Tout diagnostic de cancer peut laisser le patient et ses proches en état de stupeur : choc, angoisse, impuissance et urgence. À Cancer pulmonaire Canada, nous faisons de la pédagogie des patients la priorité des priorités et reconnaissons qu'un diagnostic de cancer du poumon qui bouleverse toute vie peut être extrêmement accablant.

Notre [Guide pour les patients sur le cancer du poumon](#) Guide pour les patients sur le cancer du poumon est accessible gratuitement en ligne aux patients et aux familles en anglais, en français et en chinois traditionnel, ainsi qu'en version papier qui peut vous être envoyé directement par la poste. Ce guide aborde les différentes étapes qui peuvent suivre votre diagnostic et contient des conseils sur tout le parcours du cancer. Pour commander une version papier de ce guide, [crivez-nous](#).



## Activités communautaires

Nous avons organisé de nombreux sommets régionaux de patients avant la pandémie et depuis, des événements virtuels. Toutefois, nous reprendrons bientôt les en personne. Alors, restez à l'affût des occasions d'y assister. Pendant le Mois de la sensibilisation au cancer du poumon (novembre), nous organisons tous les ans de nombreux événements, notamment la soirée de l'espoir, le point de situation aux parties prenantes et le sommet des patients.

Chaque événement présente des témoignages des patients inspirants et variés, les derniers traitements du cancer du poumon, des conseils pratiques sur la vie avec le cancer du poumon, et la possibilité pour les patients, les professionnels de la santé et autres intervenants partout au Canada de se mettre en relation.



## Activités de défense des droits des patients

Dans les coulisses, notre [Équipe de conseillers médicaux](#) – des professionnels de la santé et des chercheurs bénévoles – plaide continuellement pour que les traitements les meilleurs et les plus récents soient tous mis à la disposition des Canadiens atteints du cancer du poumon dans toutes les provinces et dans tous les territoires. En d'autres termes, il s'agit de se réunir avec des politiciens locaux, régionaux et fédéraux, et de collaborer avec les organismes de réglementation canadiens afin de plaider en faveur de l'approbation de nouveaux traitements contre le cancer du poumon. L'an dernier, nous avons particulièrement plaidé en faveur de l'expansion des programmes officiels de dépistage du cancer du poumon à l'échelle du pays et fourni aux cliniciens et aux patients des commentaires sur le processus d'approbation des nouveaux traitements. *La partie 3 : l'accès aux traitements* détaille l'évolution de l'accès aux traitements et du remboursement par les régimes publics de nombreux traitements du cancer du poumon au cours des cinq dernières années. Des progrès considérables ont été accomplis au fil des ans, mais il nous reste du pain sur la planche!

# Ambitionner l'équité en cancer du poumon

D<sup>r</sup> Christian Finley, chirurgien thoracique,  
Université McMaster



D<sup>r</sup> Christian Finley

Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a récemment publié son rapport [Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie](#) dans le cadre de ses quatre objectifs en matière de soins contre le cancer :

- Les Canadiens ont un accès équitable à des soins de qualité contre le cancer
- Moins de personnes développent un cancer
- Plus de personnes survivent au cancer
- Les Canadiens atteints d'un cancer ont une meilleure qualité de vie

Fort de sa stratégie nationale, le PCCC a clairement qualifié l'équité de préoccupation fondamentale eu égard au cancer au Canada, particulièrement en ce qui a trait aux soins du cancer du poumon. Présenté comme étant à la fois l'un des cancers les plus courants et l'un des cancers diagnostiqués traditionnellement au tard, le cancer du poumon tue plus de personnes que les cancers du sein, de la prostate et du côlon combinés.

De plus, les patients les plus vulnérables portent le fardeau le plus lourd de cette maladie. Les inégalités dans les facteurs de risque, l'inaccessibilité des soins et d'autres obstacles sont en grande partie le résultat de déterminants sociaux de la santé qui se répercutent sur certaines populations plus que d'autres. Le rapport du PCCC a fait ressortir les défis auxquels les patients sont confrontés à chaque étape de leur parcours et les façons dont des obstacles disproportionnés conduisent à des taux de survie inférieurs.

Nous sommes nombreux à penser naïvement qu'un système de soins de santé comme celui du Canada est juste et équitable; malheureusement, en réalité, ce n'est pas l'expérience vécue par de nombreux Canadiens.

Une note positive : nous sommes en pleine période de grand optimisme grâce à des innovations transformatrices dans tous les aspects des soins du cancer du poumon, du dépistage et de la chirurgie minimalement invasive à la radiothérapie ciblée, en passant par d'incroyables nouveaux médicaments. La difficulté consiste aujourd'hui à réduire l'écart pour assurer l'équité pour tous.

## Les conséquences de l'iniquité en matière de cancer du poumon

Les difficultés sommatives auxquelles font face de nombreux patients entraînent une diminution de la survie des suites du cancer du poumon. Par exemple, les gens sont plus susceptibles de fumer s'ils ont des revenus faibles ou s'ils vivent dans des régions rurales ou reculées, les plus pauvres étant presque deux fois plus susceptibles de fumer que les plus riches. À ce titre, ils sont plus susceptibles de développer un cancer du poumon. En effet, le taux du cancer du poumon est malheureusement le double chez les personnes qui ont des revenus plus faibles par rapport à celles dont les revenus sont plus élevés. Pire encore, les personnes atteintes du cancer du poumon qui ont des revenus plus faibles sont plus susceptibles de recevoir leur diagnostic à un stade avancé de la maladie (stade III ou IV).

Ces multiples inégalités peuvent être accablantes pour un grand nombre de patients qui essaient de se retrouver dans le système de santé. Les raisons sont complexes et incluent les fondements du racisme systémique, les difficultés de l'accès aux soins en raison de la disponibilité et les rigidités personnelles comme les obstacles financiers ou à l'emploi.

Même lorsque les personnes à faible revenu entrent dans le système avec une maladie guérissable, leurs comorbidités, leurs conditions de vie et les préjugés des professionnels de la santé réduisent davantage leurs chances de traitements curatifs. Seulement 50 % des personnes à faible revenu qui ont reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites

cellules de stade I ou II bénéficient d'une chirurgie curative, contre 68 % des personnes à revenu élevé. Dans l'ensemble, les personnes à faible revenu sont moins susceptibles de survivre au cancer du poumon, 13 à 25 % moins susceptibles de survivre trois ans après le diagnostic.

## L'incidence sur les populations autochtones

Étant donné que les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont plus susceptibles d'avoir des revenus plus faibles et de vivre dans des localités rurales ou reculées, ils représentent probablement une part disproportionnée de la population décrite dans le rapport du PCCC. Bien qu'il soit nécessaire d'accroître les déterminants autochtones dans la recherche des résultats du cancer, les données disponibles révèlent des iniquités importantes en matière de santé.

Par exemple, par rapport à la population non autochtone au Canada, les adultes des Premières Nations sont 35 % moins susceptibles de survivre au cancer du poumon cinq ans après le diagnostic – même à des taux d'incidence similaires. Les personnes vivant dans l'Inuit Nunangat sont plus de deux fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon. Les Métis adultes sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon et sont 30 % moins susceptibles de lui survivre après cinq ans.

Il est nécessaire de renforcer la disponibilité des données sur la santé pour ces populations afin de mieux comprendre leurs parcours relativement au cancer du poumon et d'aider à combler les lacunes en matière d'équité en santé vécues par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

## Que devons-nous donc faire?

Pour réaliser l'équité pour ce qui est de l'issue clinique du cancer du poumon, des mesures importantes sur le plan des politiques et des systèmes sont nécessaires pour s'assurer que les communautés mal servies peuvent accéder aux progrès en matière de prévention, de diagnostic et de traitements du cancer. Le rapport invite les dirigeants, les décideurs et les dépositaires de renseignements du système de santé du Canada à :

1. Collaborer avec les organismes qui représentent des groupes mal servis;
2. Améliorer l'accès opportun aux données sanitaires, socioéconomiques et environnementales et les liens entre les dossiers;
3. Définir et mettre en œuvre des identifiants normalisés et validés en matière de race et d'ethnicité;
4. Appuyer les gouvernements et les organismes nationaux et régionaux des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Le rapport du PCCC est un appel à l'action pour les Canadiens qui sont désavantagés depuis trop longtemps. Nous espérons qu'en soulignant ces disparités, nous contribuerons à réduire cette iniquité persistante.





# Partie 2 :

Les expériences vécues du cancer du poumon

# Tim Monds

## La défense des droits à la base insuffle la vie à la recherche et au soutien

[Give a Breath](#), une marche/course de 5 km pour la collecte de fonds à Edmonton, fondée par Tim Monds et sa famille, a recueilli 200 000 \$ en dons et en commandites pour le cancer du poumon en seulement quatre ans.

Ces fonds ont permis de financer les appareils spécialisés pour les soins thoraciques à l'hôpital Royal Alexandra d'Edmonton, de subventionner les recherches et les essais cliniques axés sur la détection précoce du cancer du poumon, et d'éduquer les patients et les groupes de soutien. Deux de ces quatre années de collecte de fonds ont été virtuelles à cause de la COVID-19.

À sa création, *Give a Breath* a attiré plusieurs entreprises commanditaires, notamment le géant pharmaceutique AstraZeneca. En 2022, la collecte de fonds s'est étendue à l'échelle nationale en partenariat avec Cancer pulmonaire Canada, avec 215 participants en personne ou virtuellement.

*Give a breath* est, à la base, une affaire de famille. Tim, qui vit avec un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV, est soutenu par sa femme Patty, leurs quatre enfants, leurs conjoints, leurs petits-enfants et leurs amis partout au Canada.

« Lorsque j'ai reçu mon diagnostic de cancer du poumon de stade I, penser à me dresser en défenseur des droits ne m'a jamais traversé



Tim Monds et sa femme Patty

l'esprit, dit Tim. Je pensais que je m'en sortirais. Le second diagnostic, cette fois de stade IV, a tout changé. »

**En 2016**, Tim s'est rendu à l'hôpital souffrant de douleurs à la poitrine et aux épaules, craignant une crise cardiaque. Mais ces douleurs étaient en fait les premiers signes de son cancer du poumon, un nodule ayant été décelé sur une radiographie. Il avait 57 ans et n'avait jamais fumé.

Heureusement, le nodule a été soigné à un stade précoce et ne s'était pas propagé aux ganglions lymphatiques. Tim a subi une lobectomie au poumon supérieur gauche; une tomodensitométrie de suivi effectuée tous les trois mois a confirmé que le cancer n'avait pas récidivé.

Mais en 2018, peu après avoir pris sa retraite comme directeur d'école pour la division scolaire Parkland près d'Edmonton, 11 nouveaux nodules ont été décelés sur les lobes restants de Tim. Après une résection cunéiforme de son lobe moyen droit, le chirurgien a confirmé que le cancer du poumon s'était métastasé et qu'il avait atteint le stade IV.

« Mon chirurgien m'avait dit qu'il y avait de fortes chances que nous ne parlions plus jamais du cancer du poumon, mais en 2018, je suppose que mon corps en a décidé autrement, déclare Tim. Mon système immunitaire ne pouvait pas lutter contre la récurrence du cancer. »

Pendant les deux années suivantes, les neuf nodules restants se sont développés lentement – une bonne chose – mais ont fini par grossir et d'autres nodules ont été découverts. La recherche de biomarqueurs a révélé non seulement que Tim avait une expression forte de PDL-1, mais que le proto-oncogène RET, une mutation du gène conducteur qui n'apparaît que chez 1 à 2 % des patients atteints de cancer du poumon, était positif. Ces nouvelles découvertes ont permis le lancement du traitement par immunothérapie, au pembrolizumab (Keytruda) en mars 2021.

Grâce à ce nouveau traitement adapté, l'état de santé de Tim s'est stabilisé et sa toux s'est calmée. Après trois mois de traitement, la première tomographie a montré que les nodules régressaient, voire disparaissaient!

Après avoir cru qu'il n'aurait jamais à s'inquiéter du cancer du poumon, le choc de recevoir un diagnostic de stade IV, deux ans plus tard, était rude, mais il s'est rendu compte qu'il devait apprendre à vivre avec le cancer.

« J'ai commencé à en apprendre plus sur le cancer du poumon, la déshumanisation qui s'en suit, le manque de financement équitable pour les soutiens, la recherche et, enfin, un remède, précise Tim. Cela m'a poussé à vouloir faire plus. J'ai alors parlé avec mon chirurgien du plan de nos familles pour commencer une marche/course – « Give a breath », ainsi que de la sensibilisation au cancer du poumon.

L'action de sensibilisation de Tim est allée bien au-delà de *Give a Breath*, son plan initial. Il collabore actuellement avec divers organismes, dont Cancer pulmonaire Canada, la Lung Health Foundation et le Réseau canadien des survivants du cancer, ainsi qu'avec des bénévoles d'Alberta Cancer. Il agit aussi à titre de conseiller de patients dans le cadre d'un projet de dépistage d'Alberta Health Services.

« J'ai toujours vécu en me fixant un but. Je ne pouvais pas rester assis et attendre le moment où l'on me dirait qu'il n'y a plus d'options de traitement. Je voulais m'assurer que d'autres personnes atteintes du cancer du poumon avaient des options – et mettre l'accent sur *Give a breath* signifiait sensibiliser, recueillir les fonds nécessaires et éliminer la déshumanisation induite par le tabagisme. »

### Cancer pulmonaire Canada croit que...

- Le financement de la lutte contre le cancer du poumon est décevant et, pendant longtemps, il n'a pas été une priorité pour nos gouvernements. Il continue d'être l'un des cancers les moins financés au Canada.
- Personne ne devrait se battre seul contre le cancer du poumon. L'établissement de liens avec l'ensemble de la société canadienne permet de se soutenir l'un l'autre, tout en améliorant la visibilité du cancer du poumon en général. Des patients comme Tim sont une vraie source d'inspiration, car ils essaient de motiver et d'aider les autres, tout en luttant contre leur propre cancer du poumon.
- Tout effort de défense des droits porte des fruits, que ce soit localement ou à plus grande échelle, et peut prendre différentes formes et tailles.
- N'hésitez pas à prendre contact avec les groupes disponibles dans votre ville, votre province ou par l'intermédiaire de CPC pour mieux savoir ce qui est proposé et ce qui vous convient le mieux.

Malgré une retraite qui semble maintenant bien différente de celle qu'il avait imaginée, Tim déclare tirer une grande satisfaction du travail qu'il a entrepris.

« Avoir un cancer et faire de mon mieux pour changer la donne pour les autres, c'est bien », explique Tim, ajoutant qu'il continue à travailler pour concilier l'action de sensibilisation et les besoins de sa propre vie.

« Parler du cancer du poumon presque tous les jours peut être physiquement et émotionnellement épuisant. J'aimerais parfois pouvoir l'oublier. Mais il est nécessaire et essentiel que je lui consacre mon énergie pour faire de la sensibilisation et faciliter les types de recherches et de soutiens nécessaires aux personnes atteintes du cancer du poumon. »

Tim est très fier que sa famille ait organisé et promu *Give a Breath*. La campagne a dépassé rapidement l'objectif de 30 000 \$ de sa première année de collecte, les membres de sa famille, ses amis, ses collègues et d'autres sympathisants étant montés au créneau.

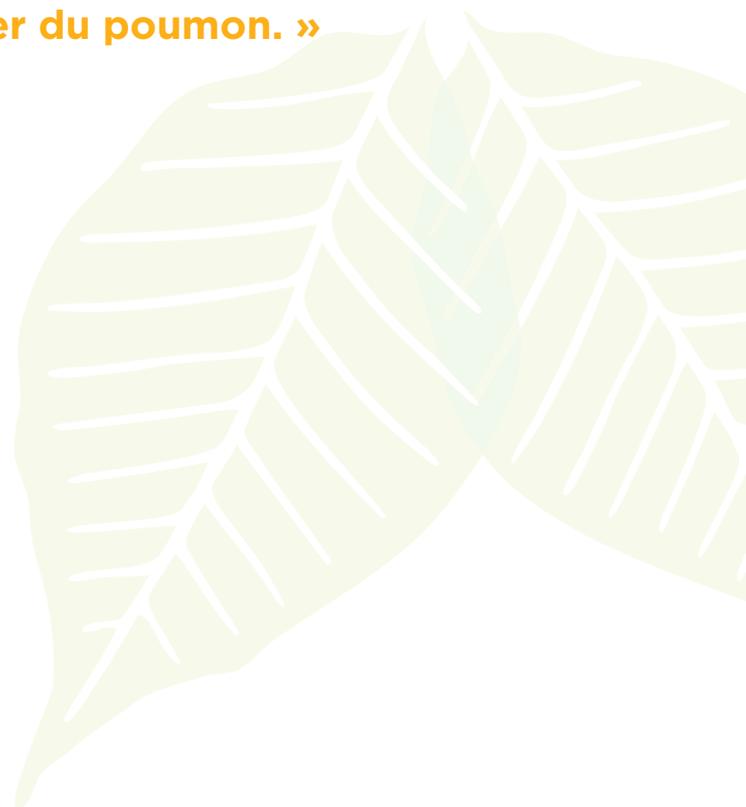
La vision de Tim était que *Give a Breath* devienne une course/marche nationale. Avec l'appui de son extraordinaire famille et son association avec Cancer pulmonaire Canada, son rêve est devenu réalité.

Marquez dans vos calendriers la date de la prochaine course de 5 km [\*Give a Breath\*](#) : le 3 juin 2023.



**« Parler du cancer du poumon presque tous les jours peut être physiquement et émotionnellement épuisant. J'aimerais parfois pouvoir l'oublier. Mais il est nécessaire et essentiel que je lui consacre mon énergie pour faire de la sensibilisation et faciliter les types de recherches et de soutiens nécessaires aux personnes atteintes du cancer du poumon. »**

**Tim Monds**



## Leon D'Silva

### La thérapie ciblée offre un nouvel espoir aux patients qui ne répondent pas aux traitements traditionnels

Leon D'Silva, 62 ans, était un adepte autoproclamé de gymnastique, en grande forme physique, vivant à Dubaï avec sa femme et ses deux fils, lorsque sa vie a basculé à l'automne 2018.

Tout a commencé par de légères douleurs lombaires qui se sont aggravées au cours de la nouvelle année. Il a consulté de nombreux médecins qui, croyant qu'il s'agissait de fractures de fatigue, lui prescrivaient des analgésiques et des séances de physiothérapie.

Mais, persuadé qu'il s'agissait d'autre chose, Leon a insisté à subir d'autres examens d'imagerie médicale. Très vite, une IRM et une tomodensitométrie ont révélé deux masses dans son poumon inférieur. Il s'est adressé à l'un des meilleurs oncologues de l'Inde à Bombay, qui a prescrit une tomographie par émission de positons : il a été choqué d'apprendre que la maladie s'était propagée beaucoup plus que prévu. Non seulement il avait des tumeurs dans les deux poumons, mais aussi sur son foie, 13 vertèbres, plusieurs côtes et l'omoplate de l'épaule droite. Il avait aussi un petit nodule sur la hanche droite.

« J'ai reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules de stade IV, et les médecins m'ont dit que j'avais trois à six mois à vivre, dit Leon. C'était très choquant de recevoir cette nouvelle. »



Leon D'Silva et sa femme Lorraine

Il n'en demeure pas moins que Leon a subi une douzaine de séances de chimiothérapie et d'immunothérapie au cours de l'année et demie suivante. Les tumeurs rétrécissaient grâce au traitement, mais continuaient à réapparaître. Bien que vivant dans la douleur et ayant de la difficulté à rester debout ou assis longtemps, il a gardé sa foi et son optimisme – et a décidé de traverser l'Atlantique avec sa famille et de retourner au pays qu'il avait quitté 20 ans plus tôt.

**« Une personne a vraiment besoin d'un état d'esprit fort, surtout dans des moments comme celui-ci, affirme-t-il. Je crois que c'est l'extrême positivité qui nous permet de relever les défis majeurs et d'aider la médecine à se frayer un chemin. »**

Leon D'Silva

À l'hôpital Credit Valley de Mississauga (en Ontario), Leon a reçu d'autres traitements – radiothérapie et chimiothérapie – qui n'ont malheureusement pas abouti. Par hasard, il a été renvoyé au Princess Margaret Cancer Centre où se produisait l'essai clinique d'un nouveau médicament.

Il y a rencontré la Dre Natasha Leighl, oncologue et ancienne présidente de Cancer pulmonaire Canada, que Leon qualifie de « positivité rayonnante » – un trait qu'il apprécie profondément et qu'il a affiché toute sa vie, malgré son cancer du poumon.

« Une personne a vraiment besoin d'un état d'esprit fort, surtout dans des moments comme celui-ci, affirme-t-il. Je crois que c'est l'extrême positivité qui nous permet de relever les défis majeurs et d'aider la médecine à se frayer un chemin. »

Trois ans après avoir appris qu'il lui restait trois mois à vivre, Leon a eu accès à une nouvelle thérapie ciblée coûteuse après que la Dre Leighl eut posé sa candidature pour des raisons humanitaires à la société pharmaceutique. Ce médicament était le pralsetinib, un traitement du cancer du poumon métastatique non à petites cellules dans les cas où un patient aurait des gènes RET à fusion positive.

Après avoir ajusté le dosage du nouveau médicament de manière à épargner à Leon les effets secondaires pénibles, le pralsetinib a, de toute évidence, eu le succès escompté.

« C'est un vrai miracle, s'explique-t-il. Je me sens vraiment béni d'avoir reçu ce médicament à l'essai et suis reconnaissant à la société et à l'équipe du Princess Margaret Cancer Centre d'avoir plaidé ma cause. »

### **Un tournant remarquable**

Avant d'entamer cette thérapie, Leon éprouvait des douleurs extrêmes, même en se mettant simplement sur le côté lorsqu'il était couché au lit. Mais quelques mois plus tard, il a pu marcher près de trois kilomètres plusieurs jours par semaine, lentement et prudemment. Ces progrès sont également attribuables aux exercices qu'on lui avait conseillés au Toronto Rehab et qui l'ont soulagé d'une partie de la douleur provoquée par la chimiothérapie.

Plus révélateurs, les images prises au cours de l'été 2022 ont montré que les tumeurs dans les poumons, sur les 13 vertèbres et la vertèbre T12 perforée avaient complètement guéri – un remarquable retournement de situation. Les lésions sur son foie avaient diminué d'un quart, bien qu'en été la tumeur qui s'y trouvait avait augmenté. Au moment de rédiger ce rapport, soit en septembre 2022, les médecins allaient effectuer une biopsie et Leon se préparait à une nouvelle série de séances de chimiothérapie.

« Je pense qu'ils verront que toutes les tumeurs ont disparu, dit-il, toujours sur un ton positif. Je comprends mieux mon corps et je sais que la douleur est moins forte qu'avant. Je me dis en mon for intérieur que je serais en rémission. »

Durant sa thérapie ciblée sous l'œil attentif de la Dre Leigh et de son équipe, Leon utilise la technique de la visualisation pour accélérer son rétablissement. La cible de cette pratique : se voir retourner au gymnase.

« Personne ne peut gagner cette guerre tout seul, précise Leon. Si vous ne croyez pas en Dieu, en vos médecins et en votre médecine, vous êtes bien loin de guérir. »



## Cancer pulmonaire Canada croit que...

- Il n'y a pas un type unique du cancer de poumon, mais plutôt de nombreux sous-types, chacun agissant différemment et nécessitant une thérapie distincte. Il est prouvé que le traitement personnalisé pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon incurable aide à contrôler le cancer, à en réduire les symptômes, à améliorer la qualité de vie et à prolonger la survie.
- Les patients atteints de cancer du poumon méritent d'avoir accès à des tests moléculaires généraux (comme le séquençage de nouvelle génération) au moment du diagnostic d'un stade avancé ou métastatique de la maladie, voire à un stade précoce.
- Grâce aux progrès rapides réalisés dans l'identification de nouvelles cibles moléculaires et thérapeutiques, les marqueurs non traitables pourraient le devenir dans un avenir proche.
- À l'approche de la partie 3, la disponibilité des médicaments varie d'une province à l'autre. Le remboursement varie également considérablement d'une côte à l'autre. Les navigateurs en médicaments dans les hôpitaux peuvent aider les patients à mieux savoir ce qui est proposé et travailler activement avec l'oncologue pour y accéder.

# Shannon McCrae

## Un programme de dépistage précoce permet de détecter le cancer du poumon chez les femmes en Colombie-Britannique

Il y a trois ans, Barbara, la meilleure amie de Shannon McCrae, avait soudainement fait une crise qui l'a amenée à l'hôpital. Des examens médicaux ont révélé qu'elle avait un cancer du poumon à un stade avancé qui s'était propagé à son cerveau. Les médecins ont essayé l'immunothérapie et la radiothérapie, mais il était trop tard.

« Mon amie d'enfance est morte d'une maladie dont elle ignorait l'existence », déclare Shannon. Barbara (70 ans) n'avait jamais présenté de symptômes de cancer du poumon.

Peu de temps après, Shannon a vu une annonce sur les réseaux sociaux invitant le public à se joindre à une nouvelle étude à l'Hôpital général de Vancouver voisin : un programme de dépistage du cancer du poumon. Cette coïncidence ne lui a pas échappé.

Bien qu'elle non plus ne présentait pas de symptômes et qu'elle passait sa vie à faire du vélo, à jardiner, à tricoter et à jouer avec ses petites-filles jumelles, Shannon a décidé qu'elle ne perdait rien à participer à cette étude. Après tout, elle avait fumé pendant de longues années.

« Barbara m'a sauvé la vie », reconnaît-elle.



Barbara et Shannon

La Colombie-Britannique est la première province au Canada à mettre en place un programme de dépistage pulmonaire financé par le gouvernement et plusieurs associations sans but lucratif, et officiellement lancé au printemps dernier dans 36 établissements.

Ce programme vise à effectuer un dépistage par tomographie à faible dose (TAFD) sur près de 10 000 participants, d'ici le printemps 2023. Cette intervention consiste à allonger le patient sur une table et à prendre des images détaillées de ses poumons en environ 15 secondes.

« En Colombie-Britannique, sept personnes meurent chaque jour du cancer du poumon – malheureusement parce que la plupart des cas sont découverts à un stade avancé », affirme le Dr Stephen Lam, directeur du programme, oncologue de Shannon et membre du Comité consultatif médical de Cancer pulmonaire Canada.

« Le programme de dépistage du cancer du poumon vise à changer cette tendance en détectant la majorité des cas à un stade précoce, quand les options de traitement sont plus variées et efficaces. »

On estime que ce programme permettra d'abord de diagnostiquer environ 150 cas de cancer du poumon par an, puis 300 d'ici la huitième année – dont les trois-quarts seront décelés à un stade plus précoce. Des patients comme Shannon.

**Cliquez sur la vidéo ci-dessous pour regarder l'histoire de Shannon (en Anglais) :**

**Shannon s'était** inscrite à une étude avant le lancement du programme de dépistage, mue par le diagnostic choquant de Barbara et considérant sa participation comme une chance d'aider les autres.

Plusieurs mois après, ce n'est qu'au troisième dépistage que les médecins ont constaté la présence d'un petit nodule dans ses poumons. En juin 2020, une autre image a révélé que ce nodule avait grandi rapidement pour atteindre la taille d'un centime.

« Je n'envisageais même pas qu'ils détecteraient un cancer du poumon, affirme-t-elle. J'ai accusé le choc pendant quelques jours; j'ai cru devenir folle. »

La bonne nouvelle est que ce troisième dépistage a permis de détecter la tumeur très tôt. En août 2020, soit quelques semaines plus tard, Shannon a subi une opération pour exciser la tumeur et n'a passé que quelques jours à l'hôpital. Elle n'a jamais eu besoin de traitement et ne fait plus qu'une tomodensitométrie par an. En fin de compte, elle n'a eu un cancer du poumon que pendant quelques mois.

« Tout est plutôt flou, comme dans un rêve – est-ce vraiment arrivé? », se demande Shannon. Ce n'est que lorsque le don de sang qu'elle voulait faire en 2021 a été refusé à cause de son statut de survivante du cancer, qu'elle a pris conscience de son état.

En fournissant un accès équitable aux Britanno-Colombiens admissibles, ce programme provincial centralisé de dépistage permettra d'améliorer les taux de survie grâce à la détection précoce du cancer du poumon.

**« Le cancer du poumon est un tueur silencieux. Au moment où il est décelé, il est souvent trop tard, déclare Shannon. Le dépistage précoce peut sauver et sauvera des vies; c'est un examen très simple, qui ne prend que quelques minutes. »**

**Shannon McCrae**

« Le cancer du poumon est un tueur silencieux. Au moment où il est décelé, il est souvent trop tard, déclare Shannon. Le dépistage précoce peut sauver et sauvera des vies; c'est un examen très simple, qui ne prend que quelques minutes. »

Shannon estime que chaque province devrait offrir le même niveau de soins préventifs contre le cancer du poumon que pour d'autres cancers, comme celui de la prostate et du sein.

« Si Barbara n'était pas décédée du cancer du poumon, je n'aurais pas participé à cette étude et ma tumeur aurait grandi, remarque Shannon. Cela semble fou. Je pense certainement que tout le monde devrait avoir la possibilité de subir un dépistage précoce du cancer du poumon. »



## Cancer pulmonaire Canada croit que...

- Le cancer peut frapper n'importe quel Canadien, même s'il ne présente aucun symptôme, mais un jour, le mal se propage, auquel cas il peut être trop tard.
- La détection précoce est essentielle à une meilleure issue clinique.
- Les programmes de dépistage du cancer du poumon devraient être accessibles dans les centres urbains et les régions rurales, comme le sont beaucoup d'autres programmes de dépistage du cancer.
- Les essais cliniques montrent que des tomodensitométries à faible dose sur plusieurs années peuvent sauver des vies. Néanmoins, le financement intégral du dépistage du cancer du poumon n'a été accordé qu'en Colombie-Britannique et en Ontario. Un programme pilote est actuellement approuvé en Alberta et au Québec. Le dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie ne devrait pas être un rêve lointain, comme c'est le cas dans la majorité des provinces.

# Terri Conneran



## Le groupe de défense des droits des patients prône l'habilitation du patient et la communication dans le monde entier

Lorsqu'elle a eu de la difficulté à respirer et a ressenti de la fatigue à l'été 2016, Terri Conneran s'est fait soigner pour de l'asthme. Ses symptômes s'aggravant à l'automne, les médecins ont pensé à des allergies, puis à une bronchite. À Noël, soupçonnant une pneumonie, ils lui ont prescrit une radiographie, ce qui, selon Terri, lui a indirectement sauvé la vie.

En examinant les images du fluide dans ses poumons, les médecins ont détecté une tumeur qui, autrement, n'aurait pas été découverte. Au cours de la nouvelle année, Terri a consulté de nombreux spécialistes et subi une biopsie qui a révélé un cancer du poumon et la présence d'un adénocarcinome de stade III.

« J'étais bouleversée, complètement prise au dépourvu, dit-elle. Je ne savais rien du cancer du poumon. »

Soudain, le parcours de soins de santé de Terri s'est intensifié. Il a fallu qu'elle subisse une chirurgie pour retirer un poumon, suivie d'une chimiothérapie. Entre-temps, les médecins avaient effectué un premier test de biomarqueurs et elle se souvient qu'ils lui avaient dit qu'elle n'en avait pas. Mais à la clinique où elle s'était rendue pour un rendez-vous



Terri Conneran et sa famille

préopératoire, elle apprit que son équipe de soins avait modifié le plan de soins, passant de la chirurgie à trois séries de chimiothérapie, un changement qui l'a abasourdie.

« Je ne me sentais pas une patiente habilitée, mais plutôt comme un numéro que l'on faisait avancer dans le système, rebondissant comme une balle de flipper, affirme Terri. J'étais dépassée, je me sentais hors de contrôle et de plus en plus malade. »

En fin de compte, Terri a subi une chimiothérapie et une lobectomie de la moitié de son poumon gauche. Cette évolution de la maladie l'a poussée à vraiment vouloir en savoir plus, à comprendre comment elle l'avait développée.

**À mesure** qu'elle parlait avec d'autres membres de la communauté de patients atteints du cancer du poumon, Terri s'intéressait davantage aux biomarqueurs et a décidé de demander à un deuxième médecin. Celui-ci a confirmé qu'elle était positive pour un biomarqueur appelé KRAS, à peine trois ans après son diagnostic et deux récives plus tard. Cette

découverte a changé son plan de soins et elle était soulagée de voir enfin se profiler une voie à suivre.

Ayant retrouvé ses esprits, Terri dit qu'elle se sentait habilitée à en apprendre autant qu'elle le pouvait sur les biomarqueurs, mais ne pouvait trouver aucun groupe de patients pour discuter du KRAS, même si ce biomarqueur était commun à tous les cancers.

Sans se décourager, elle décide de lancer son propre groupe :

[KRAS Kickers](#).

« Je n'aurais jamais pensé m'engager dans la défense de la cause parce que c'était trop politique, constate Terri. Mais, en réalité, il s'agissait de ma volonté de dire aux autres qu'ils allaient s'en sortir et de bâtir une communauté de personnes. »

**KRAS Kickers** met en relation les personnes atteintes de n'importe quel sous-type de KRAS, quel que soit le cancer. L'accent est mis sur la promotion des tests aux biomarqueurs qui, Terri a appris, étaient essentiels à un traitement optimal et personnalisé. Son groupe collabore avec d'autres groupes pour arriver à des diagnostics complets, y compris les biomarqueurs.

« Les patients ont besoin des bonnes informations sur leur maladie, explique Terri. Nous échangeons des nouvelles sur les essais cliniques, faisons des recherches, nouons des liens et recueillons des informa-

tions afin de les diffuser à notre communauté et d'habiliter les autres. Notre alliance avec Cancer pulmonaire Canada fait partie de cet esprit d'échange des ressources. »

Le but ultime de Terri est de s'assurer que les patients savent qu'ils ne sont pas seuls dans leur combat contre le cancer.

« Parler à d'autres patients et les entendre raconter des expériences similaires est cathartique, argumente Terri. Ce processus rend les choses plus faciles à gérer et transforme la conversation de quelque chose qui vous est arrivé à un projet pour découvrir "comment nous pouvons travailler ensemble". »

Aujourd'hui, KRAS Kickers compte 1 500 membres sur sa page Facebook et 3 000 utilisateurs sur son site Web. Tous les ans, Terri

**« Je n'aurais jamais pensé m'engager dans la défense de la cause parce que c'était trop politique, constate Terri. Mais, en réalité, il s'agissait de ma volonté de dire aux autres qu'ils allaient s'en sortir et de bâtir une communauté de personnes. »**

**Terri Conneran**

organise un événement en personne et en ligne, et le premier, qui a eu lieu en 2021, a attiré des participants de dix pays. Elle espère élargir le groupe, créer plus d'alliances, étendre l'accès aux ressources et mobiliser davantage de survivants du cancer.

Le propre parcours de Terri a également pris un tournant positif : depuis le diagnostic initial au début de 2017, elle a eu cinq récurrences du cancer du poumon nécessitant un traitement supplémentaire. Pourtant, aujourd'hui, chez elle à Charlotte, en Caroline du Nord, Terri est au stade ASM – « aucun signe de maladie » – depuis plus d'un an.



## **Cancer pulmonaire Canada croit que...**

- La recherche sur le cancer du poumon est essentielle pour soutenir le dépistage précoce, l'innovation, les nouvelles thérapies, les soins de soutien, ainsi que l'éducation et la défense de la cause. Tous les ordres du gouvernement doivent s'engager davantage à financer la recherche sur le cancer du poumon afin d'en améliorer les taux de survie.
- Le parcours des patients s'améliore si ceux-ci sont éduqués et informés.
- Chaque patient doit recevoir autant d'informations et de connaissances que possible pour être un membre actif de son équipe de soins.
- Les communautés d'accompagnateurs sont essentielles à la santé mentale des survivants du cancer du poumon.

# Clare Ford

## Un programme d'exercice unique souligne l'importance de l'activité physique pour les survivants du cancer du poumon

Pratiquer une activité physique est encore plus important pour les Canadiens qui composent avec le cancer du poumon. Toutefois, comme faire de l'exercice semble intimidant, beaucoup de patients ne lui accordent pas la priorité, ce qui entraîne une diminution de leur qualité de vie et de leurs capacités fonctionnelles physiques.

Un [examen des études](#) montre que faire de l'exercice présente divers avantages pour les patients atteints du cancer du poumon, notamment le soulagement de la fatigue liée au traitement, l'amélioration de la santé mentale – et le renforcement de la fonction cardiaque et de la force musculaire, deux facteurs clés de survie.

En fait, l'exercice physique joue de plus en plus un rôle favorable dans les soins du cancer du poumon. Ce mouvement suit des [preuves solides](#) que l'exercice à tout moment dans le parcours d'un patient est efficace pour améliorer plusieurs issues cliniques. Par exemple, selon cette [étude menée en Italie](#), faire de l'exercice avant une intervention chirurgicale conduit à de meilleures issues cliniques, à moins de complications et à une hospitalisation plus courte.

Comme les patients vivent plus longtemps à l'ombre du cancer du poumon, il est important qu'ils puissent accéder à des programmes d'exercice personnalisés. Nous devons faire davantage pour offrir à tous les Canadiens un accès équitable à ces programmes.



## Projet EXCEL : combler l'écart de l'accessibilité

Un programme mis au point à l'[Université de Calgary](#) et financé par les IRSC, CCS et l'Alberta Cancer Foundation cherche à combler cette lacune.

EXercise for Cancer to Enhance Living well – ou « [EXCEL](#) » – est un programme de quatre mois qui allie des exercices d'aérobic, de résistance, d'équilibre et de flexibilité. Qu'elles se déroulent en petit groupe, en personne et en ligne, les séances d'exercice sont adaptées aux besoins et au type de cancer de chaque patient en vue de promouvoir les avantages de la forme physique et du bien-être.

Dirigé par la chercheuse principale D<sup>re</sup> Nicole Culos-Reed, EXCEL a été lancé en 2020 pour proposer ces programmes aux survivants du cancer en milieu rural et reculé, et encourager les participants à devenir des adeptes à vie de l'exercice. C'est parce que les survivants du cancer ont tendance à ressentir plus d'effets négatifs après le traitement et sont globalement moins en bonne santé que leurs compatriotes citoyens.

« Nous avons de plus en plus de preuves que lorsque nous adaptons les programmes d'exercice aux besoins uniques des patients atteints

du cancer du poumon, il en découle de nombreux avantages pour leur santé physique et mentale », explique la D<sup>re</sup> Culos-Reed.

« Le sentiment de contrôle de soi peut disparaître lorsqu'on est atteint d'un cancer et être retrouvé si on se sent en forme physiquement. Nous savons que vivre mieux grâce au traitement et avoir une meilleure qualité de vie est lié aux résultats de la survie – et nous observons constamment des liens positifs entre l'activité physique et de meilleures issues cliniques à long terme, notamment la réduction des décès par cancer et autres causes. »

En proposant des programmes virtuels, l'équipe d'EXCEL améliore l'accès à des programmes d'exercice personnalisés afin d'améliorer la survie au cancer, d'aider les participants à renforcer leur bien-être global et d'établir un réseau de soutien.

Ayant reçu un diagnostic d'adénocarcinome de stade I en juin 2021, Clare Ford a récolté les bénéfices de la bonne forme physique et du soutien du programme EXCEL.

Le diagnostic de Clare a été une surprise, car malgré des taches sur ses poumons remarquées lors d'une tomographie plusieurs années auparavant, elle n'avait aucun symptôme et était en bonne santé physique. Bien que joueuse de hockey sur gazon, randonneuse et nageuse passionnée, elle se sent néanmoins chanceuse d'avoir trouvé le programme EXCEL.

Bien que Clare vive dans un centre urbain, elle a été attirée par EXCEL parce que le programme présentait un programme spécifique au cancer du poumon. Pour elle, il s'agit d'un investissement proactif dans sa santé future.

**<< Lorsque nous adaptons les programmes d'exercice aux besoins uniques des patients atteints du cancer du poumon, il en découle de nombreux avantages pour leur santé physique et mentale. Le sentiment de contrôle de soi peut disparaître lorsqu'on est atteint d'un cancer et être retrouvé si on se sent en forme physiquement. >>**

**D<sup>re</sup> Nicole Culos-Reed**

« Je ne suis pas une chimiothérapie, mais peut-être que cela finira par arriver, dit-elle. L'exercice est la chose la plus importante que je puisse faire pour moi-même parce que si mon cancer empire, je supporterai mieux le traitement, je me remettrai plus rapidement de la chirurgie et je ferai mieux face au stress et à l'anxiété. »

Clare dit que sa relation avec les autres par l'intermédiaire d'EXCEL lui permet de conserver son optimisme. Elle se dit inspirée par les patients dont le cancer est à un stade plus avancé que le sien et qui le vivent le mieux possible.

« Je suis au stade I et je me sens bien, mais il est formidable de voir des patients qui ont réussi à stopper l'évolution de leur maladie et qui gardent vraiment le cap avec leurs objectifs de remise en forme, ajoute Clare. Mon ami Angus, par exemple, qui m'a présenté le programme – il est au stade IV et m'inspire. »

Angus Pratt dit avoir été en bonne forme avant de commencer le programme – c’est du moins ce qu’il pensait. « Quand j’ai vu l’amélioration du point de départ à l’évaluation finale, j’en ai été époustoufflé, dit-il. Le plus étonnant a probablement été le simple équilibre, mais ma condition physique, ma cardio et ma force se sont également améliorées. »

Angus affirme que le fait qu’EXCEL soit adapté aux besoins des patients atteints du cancer est un élément clé du succès du programme.

« À part les exercices, la simple reconnaissance de la lutte à cause des jours de fatigue dus au traitement et d’autres défis potentiels est énorme, précise Angus. De plus, l’interaction sociale et le soutien sont inestimables – en fait, la prise de conscience de la responsabilité est surprenante. Savoir que les gens vont me demander si je maintiens ma routine m’a incité de nombreuses fois à persévérer. »

EXCEL a également démontré la valeur du soutien et du mentorat par les patients pour Clare qui reconnaît aimer vraiment rencontrer la communauté de patients du cancer du poumon d’une manière si positive.

« C’est deux heures de ma semaine que j’attends vraiment avec impatience – c’est un milieu vraiment solidaire, toujours suivi d’une conversation avec des personnes de différentes communautés, grandes et petites, affirme Clare. J’ai vu des patients s’améliorer au cours de cette période, des patients qui ne parvenaient même plus marcher un pâté de

maisons et qui, maintenant, ont sensiblement amélioré leur équilibre, leur force et leur endurance. »

Le programme EXCEL continue d’accepter de nouveaux patients. Les Canadiens intéressés à participer peuvent se rendre sur le site Web de l’[Université de Calgary](#).



## Cancer pulmonaire Canada croit que...

- L’activité physique est importante pour tous, notamment les Canadiens qui composent avec un cancer du poumon.
- Il existe un besoin continu d’accès équitable à des programmes d’exercices spécifiques au cancer du poumon partout au Canada.
- Nous devons encourager davantage de collaboration entre les oncologues et les spécialistes de l’exercice contre le cancer afin de concevoir des programmes personnalisés liés aux besoins individuels, aux préférences et à l’état de santé du patient.
- Malgré leur capacité pulmonaire limitée, les Canadiens atteints du cancer du poumon sont encouragés à intégrer l’exercice à leurs routines quotidiennes, non seulement pour améliorer leur qualité de vie, mais aussi pour réduire le risque de complications liées au traitement et à d’autres problèmes de santé.

# Jacques Morand

## Le parcours d'une patiente Québécoise vers le dépistage du cancer du poumon

Monsieur Jacques Morand allait à sa consultation pour dépistage de syndrome d'apnée du sommeil, en décembre 2021. Il ne se doutait pas que cette consultation aura un impact déterminant sur son futur.

Lors de sa rencontre avec la pneumologue D<sup>re</sup> Nicole Ezer afin de discuter de ses résultats de polysomnographie, elle lui propose de participer au projet de démonstration du dépistage du cancer du poumon. On est en janvier 2022. Ce projet pilote développé par le MSSS vient de débiter depuis quelques mois dans quelques centres hospitaliers à travers la province.

On lui explique que ce projet est ouvert aux fumeurs actifs ou à ceux qui ont cessé de fumer (selon un nombre de paquets par années), donc aux gens qui ont un risque accru de développer un cancer du poumon. Il est possible de se faire approcher par un professionnel de la santé ou via auto-référence, donc toute personne peut décider d'avoir plus d'information et voir si elle est éligible au projet. Si elle l'est, une TAFD (tomodensitométrie à faible dose) lui sera proposée.

Il trouve le projet bien intéressant et pense qu'il voudra en entendre parler plus dans l'avenir. Fumeur actif depuis l'adolescence, il sait que le cancer du poumon peut le guetter à tout moment. Il nous mentionne qu'il a déjà abordé le sujet du dépistage avec son médecin de famille dans le passé,



Jacques Morand et sa femme Sylvie

et celui-ci lui avait répondu avec justesse qu'aucun programme structuré est en place au Québec.

Mais, la vie étant ce qu'elle est, avec ses multiples aléas, M. Morand décide de remettre cela à plus tard. Plusieurs mois passent...

Une journée en mai, M. Morand est en train de lire le Journal de Montréal. Il voit une grande annonce sur le projet de démonstration du dépistage du cancer du poumon. Il y a un numéro à contacter pour avoir plus de détails. Il se rappelle les propos de D<sup>re</sup> Ezer de participer au projet et qu'il serait probablement candidat pour une TAFD. Un déclic se produit, il en parle avec sa conjointe et décide de contacter la ligne téléphonique bien écrite dans l'annonce.

Il aura 2 contacts avec des infirmières du centre de coordination, des contacts qu'il décrit comme efficaces. On lui dit qu'il est éligible à participer, il consent et il est dirigé dans le centre hospitalier le plus proche de chez lui. 10 jours plus tard, il passe la TAFD. Il nous mentionne que l'examen est simple et rapide.

Le projet est aussi jumelé à une référence à la Ligne J'arrête pour la cessation tabagique. M. Morand a essayé d'arrêter de fumer à plusieurs reprises. Malheureusement, la mauvaise habitude le rattrape, souvent l'été. Il nous rappelle que la cigarette est une dépendance. Il est très difficile de se motiver à s'en départir définitivement, surtout sans aide. On lui propose plusieurs outils et médicaments pour l'aider à cesser de fumer.

Il est avisé qu'il aura un résultat dans les prochaines semaines. La vie continue, l'été approche avec des plans d'aller en Gaspésie rejoindre la famille et sortir le bateau.

Puis un coup de fil 2 semaines plus tard... On lui demande de se présenter au guichet d'investigation en cancer du pulmonaire et rencontrer l'équipe sur place. On lui annonce qu'on a trouvé une tâche anormale sur le poumon, probablement un cancer. M. Morand, qui vit avec un trouble de l'audition, a compris que c'était une possibilité. Sa conjointe a compris que c'était plus qu'une possibilité. Elle a la lourde tâche de lui expliquer à nouveau ce que le médecin a annoncé.

C'est une mauvaise surprise puisque M. Morand est en forme et sans aucun symptôme de cancer du poumon. L'anxiété s'installe tranquillement et les examens s'enchaînent rapidement: scan thoracique, TEP-Scan, biopsie et plus... Ils nous mentionnent le choc de l'annonce, le stress de tous les examens et l'importance de l'accompagnement tout au long du processus d'investigation. Sa conjointe est là à toutes les étapes, c'est son soutien. Il y a plusieurs RV et examens, on peut s'y perdre rapidement. L'équipe sur place est empathique et conciliante, M. Morand et sa conjointe doivent aller en Gaspésie à plusieurs reprises l'été, on essaie de regrouper les examens.

**« N'hésitez pas à y aller, il faut avoir la réponse. Ne restez pas dans le doute. Ça ne fait pas mal un scan. Et si on diagnostique un cancer, le plus précoce est le mieux. »**

#### Jacques Morand

Ensuite vient la rencontre pour l'annonce formelle du diagnostic le 10 août 2022: cancer du poumon, de 2.5 cm, sans atteinte ganglionnaire et maladie à distance. Bref, un stade précoce, qui serait opérable. Après la rencontre avec la chirurgienne thoracique, on parle d'un 4-6 semaines d'attente pour l'opération. Le compte à rebours commence, et M. Morand nous décrit la longue attente : "je ne suis pas en contrôle, mais les médecins sont là, je leur fais confiance".

Il a mis de côté la cigarette, en espérant que cette fois-ci, ce sera pour du bon. Il nous dit: "Fumeur, t'es toujours à risque de reprendre. Mais quand on t'annonce que tu vas perdre un poumon, c'est un coup dur".

Il se prépare à la chirurgie, qui aura lieu sous peu, le 2 novembre 2022. Se décrivant résilient, il reste optimiste et positif face à la suite. M. Morand et sa conjointe se disent soulagés que le cancer a été diagnostiqué précocement, cela aurait été bien différent sans le dépistage proposé.

Il encourage toutes les personnes potentiellement éligibles de ne pas hésiter de contacter la ligne du projet de démonstration ou d'en parler à leur médecin directement, cela peut changer une vie. Il vous dit:

« N'hésitez pas à y aller, il faut avoir la réponse. Ne restez pas dans le doute. Ça ne fait pas mal un scan. Et si on diagnostique un cancer, le plus précoce est le mieux. »



**Le projet de démonstration de dépistage du cancer du**

**poumon** offre aux Québécoises et Québécois de 55 à 74 ans présentant un risque élevé de développer un cancer du poumon un ensemble de services visant à dépister le cancer du poumon et réduire les risques d'en développer un, ou d'en mourir. Participants éligibles recevoir des tomodensitogrammes annuels à faible dose. Pour plus d'informations, visitez [le site du programme](#).

## Cancer pulmonaire Canada croit que...

- Le dépistage sauve des vies, son efficacité pour réduire la mortalité par cancer du poumon étant avérée.
- Les programmes de dépistage financés par le gouvernement étant différents en fonction de la province, n'hésitez pas à en discuter avec votre médecin et votre équipe de soins de santé.
- Au fil du temps, investir dans le dépistage permettra éventuellement de réduire le coût du traitement dans les budgets de soins de santé. L'abandon du tabac est vital et toujours encouragé. Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer. N'hésitez pas à demander de l'aide si vous pensez en avoir besoin.

## Instantané : Chantal Brunet

### Dans ses mots...

Je m'appelle Chantal Brunet. Nous sommes en janvier 2020, je viens d'avoir 50 ans, mariée depuis 1994 et mère de 2 garçons. Je suis au sommet de ma forme. Je travaille en immobilier commercial et je suis instructeur de Zumba® 3 fois par semaines et je suis non-fumeur. Je suis plus heureuse que jamais. Je suis comme on dit sur mon X et j'ai le vent dans les voiles. J'ai toujours été en bonne santé avec un cardio d'enfer.

Vers la mi-février, j'ai commencé à avoir de la toux. Je tousse assez régulièrement et c'est douloureux dans ma poitrine. Au bout de 2-3 semaines, après quelques rendez-vous et médicaments qui ne fonctionnent pas, le diagnostic est tombé. Cancer du poumon stade IV NSCLC. La tumeur mesure 7,5 cm du côté droit.

En attendant les résultats de la biopsie, on débute la chimiothérapie, (Cisplatine/Pemetrexed). Je ne vais pas très bien. J'ai du mal à respirer, je suis essouffée et je tousse beaucoup. A ce moment-là, ma réaction fut de sortir mes gants de boxe prête à affronter l'ennemi. J'étais prête à me battre féroce. J'ai eu 2 traitements et nous avons eu les résultats de la biopsie. Mutations de l'EGFR, Exon 18(G719X) et Exon 21(L861Q). Les plus rares et les moins étudiées des mutations. Le gros lot quoi!



Chantal Brunet

Après les 2 traitements de chimio, on passe à

- Tagrisso (7 mois) → progression et métastases au cerveau
- Retour à la chimio (Cisplatine/Pemetrexed) 4 traitements et en simultané, radiothérapie au cerveau et colonne vertébrale (L4 et D8) → stable alors que nous aurions espéré une diminution
- Vertébroplastie L4 et D8
- Chimio (Pemetrexed) (2 traitements) → progression
- Radiothérapie au niveau pelvien, après une fracture du bassin causée par les métastases
- Chimio Docetaxel (3 traitements) accompagné de la perte de mes cheveux. C'était l'été 2021 → grosse progression
- Afatinib, après une hospitalisation alors que mes neutrophiles (globules blancs) sont trop basses.

À ce stade-ci, il ne restait plus beaucoup d'options pour moi. J'ai alors fait des démarches auprès d'un hôpital de Boston, avec l'aide de l'oncologue, Dre Nathalie Daaboul. J'ai demandé une 2<sup>e</sup> opinion et après une biopsie, il me manquait une mutation bien spécifique pour accéder à l'immunothérapie ou encore un essai clinique quelconque. Par contre, l'exon 18 n'y figurait plus.

Nous fondons donc beaucoup d'espoir sur afatinib. Après un premier scan, les résultats étaient plutôt encourageants. Je suis même partie un mois en Floride en voiture. J'avais beaucoup d'énergie. Je marchais 10 000 pas jour.

A mon retour en février 2022, scan et IRM montrent une légère progression de la tumeur et des métastases au cerveau. On me propose donc de faire de la radiothérapie directement au poumon (15 traitements) et un traitement au cerveau. Je dois arrêter afatinib pendant les traitements au poumon. En cours de route, j'ai commencé à avoir des douleurs intenses au niveau du bas du ventre et bas du dos. Après investigation, une métastase s'est logée dans la moelle épinière. Je suis engourdie du bas du dos jusqu'aux orteils. Je ne peux plus marcher par moi-même. Radiothérapie d'urgence à la colonne en espérant pouvoir retrouver mes jambes. Je suis hospitalisée pendant 8 jours afin de contrôler la douleur et faire de la physiothérapie. Nous sommes en avril 2022.

En mai 2022, on décèle à l'IRM que j'ai plus de 25 métastases au cerveau. C'est l'ultime traitement de radiothérapie mais cette fois-ci, pan crânien. 5 traitements. Je perds à nouveau mes cheveux, sans garantie qu'ils repousseront. Je pense que j'ai dormi tout l'été! C'est l'effet secondaire principal, la fatigue.

A ma demande, j'ai été remise sur Tagrisso. Même s'il avait cessé de fonctionner, c'est le seul qui a le pouvoir de protéger le cerveau. Au début, les assurances ne voulaient pas payer mais en insistant, j'ai réussi à avoir leur approbation.

Aujourd'hui donc, en octobre 2022, je suis toujours bien vivante et je continue à prendre Tagrisso car le dernier scan montre une diminution de la tumeur et aucune nouvelle métastase. Je marche sans aide bien que ma jambe gauche est toujours engourdie ainsi que mon pied droit. Pour de plus grandes distances, j'utilise le déambulateur ou la chaise roulante et mes cheveux ont commencé à repousser. J'ai de la douleur aux os, au niveau de la hanche et du bas du dos mais on contrôle la douleur avec la médication.

Si au début de mon parcours, j'étais prête à me battre CONTRE le cancer, je ne suis plus là du tout. Ça demande trop d'énergie. J'ai choisi de vivre AVEC. De cohabiter avec lui. D'en faire un allié. De vivre la vie en acceptant de lui faire une place. Je mourrai de toute façon mais je ne veux pas mourir en ayant PERDU la bataille. C'est trop négatif. Je vais mourir en ayant GAGNÉ ma traversée avec le cancer. Mourir n'est pas une défaite. Mourir est un fait. Alors mourons en ayant vécu la plus belle vie possible.

J'ai beaucoup lu sur divers sujets et j'ai beaucoup médité. J'ai trouvé énormément de réconfort dans le pouvoir du moment présent. Jamais à travers mon parcours je n'ai baissé les bras. Oui j'ai pleuré mes peines, mes souffrances et mes deuils. Il le faut mais je ne demeure pas dans cet état d'esprit. Je vis ici maintenant et je dois avouer que le cancer a été en quelque sort, un cadeau dans ma vie. Je suis une meilleure personne. Je ne suis plus dans la performance ou le regard des autres. Le bien paraître ne m'importe plus, c'est trop souffrant.

Aujourd'hui je SUIS et je VIS pleinement chaque jour comme si c'était le dernier, dans la limite de mes capacités. Comme dirait mon psy : tirer le meilleur d'une situation difficile. Donc chaque jour, je prend le meilleur de ma journée et je l'apprécie grandement. Et ce n'est pas une journée à la fois, c'est une belle journée à la fois.

Choisir c'est abandonner quelque chose. Je n'ai pas choisi le cancer bien sûr, mais il est là et je dois faire avec. En choisissant de vivre heureuse, j'abandonne le choix de vivre dans l'inquiétude et la souffrance en attendant la mort.

Ici maintenant c'est tout ce que nous possédons et c'est beaucoup moins souffrant que de rester accroché au passé ou vivre dans la peur de l'avenir.



## **Cancer pulmonaire Canada croit que...**

- Le test moléculaire est essentiel pour décider du traitement le plus efficace et le plus sûr; il doit être offert à tous les patients atteints du cancer du poumon.
- La prise conjointe de décisions est importante tout au long du traitement du cancer du poumon.
- Il est essentiel de continuer la conversation activement et ouvertement avec votre oncologue pour trouver le traitement qui vous convient le mieux.



# Partie 3 :

L'accès aux traitements

Tableau 1 – État de remboursement des médicaments de l'ACMTS (au cours des cinq dernières années)

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
<b>alectinib</b> (Alecensaro <sup>MD</sup> ) 1 <sup>re</sup> intention	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, exprimant une mutation du gène ALK (kinase du lymphome anaplasique)	6 novembre 2017	<b>11 juin 2018</b>	Recommandation définitive – 25 juillet 2018 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>amivantamab</b> (Rybrevant <sup>MD</sup> )	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique présentant des mutations par insertion de l'Exon 20 du récepteur du facteur de croissance épidermique et dont la maladie a progressé pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci.	21 mai 2021	<b>25 mars 2020</b>	Actuellement à l'étude	1
<b>atézolizumab</b> (Tecentriq <sup>MD</sup> ) CPPC	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA), en association avec une chimiothérapie à base de carboplatine et d'étoposide.	18 mars 2019	<b>8 août 2019</b>	Recommandation définitive – 30 septembre 2022 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>atézolizumab</b> (Tecentriq <sup>MD</sup> ) Adjuvant	Traitement d'appoint après résection et chimiothérapie à base de carboplatine pour les patients atteints de CPNPC de stade II à IIIA dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1 sur $\geq 50\%$ des cellules tumorales (CT).	15 octobre 2021	<b>14 janvier 2022</b>	Recommandation définitive – 30 septembre 2022 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>atézolizumab</b> (Tecentriq <sup>MD</sup> ) 2 <sup>e</sup> intention	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 d'un bienfait clinique	18 octobre 2016	<b>6 avril 2018</b>	Recommandation définitive – 20 juin 2018 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	2 + 3
<b>atézolizumab et bévacicumab</b> (Tecentriq <sup>MD</sup> et Avastin <sup>MD</sup> )	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules non squameux métastatique, exprimant une mutation du gène EGFR et/ou ALK, et dont la maladie a progressé après un traitement avec des thérapies ciblées	6 décembre 2018	<b>24 mai 2019</b>	Recommandation définitive – 3 juillet 2020 Non recommandé	3
<b>bévacicumab</b> (Mvasi <sup>MD</sup> )	Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avancé, métastatique ou récurrent non squameux et non résécable, en association avec un régime de chimiothérapie au carboplatine/paclitaxel	14 septembre 2017	<b>30 avril 2018</b>	Recommandation définitive – délivrance du dossier définitif sur les biosimilaires : 14 janvier 2019	1 + 3
<b>bévacicumab</b> (Zirabev <sup>MD</sup> )	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avancé, métastatique ou récurrent non squameux et non résécable, en association avec un régime de chimiothérapie au carboplatine/paclitaxel	27 juin 2019	<b>14 juin 2019</b>	Recommandation définitive – 28 mars 2019 : Dossier clos	3

**Suite... Tableau 1 – État de remboursement des médicaments de l'ACMTS (au cours des cinq dernières années)**

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
<b>brigatinib (Alunbrig<sup>MD</sup>) 1<sup>re</sup> intention</b>	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant une mutation du gène ALK (kinase du lymphome anaplasique), qui n'ont jamais reçu un inhibiteur de l'ALK	22 mai 2020	<b>3 mars 2021</b>	Recommandation définitive – 21 avril 2021. Recommandé	3
<b>brigatinib (Alunbrig<sup>MD</sup>) 2<sup>e</sup> intention</b>	Traitement des patients adultes atteints d'un CPNPC métastatique exprimant une mutation du gène ALK dont la maladie a évolué ou qui étaient intolérants à un inhibiteur de l'ALK (crizotinib)	28 avril 2017	<b>26 juillet 2018</b>	Recommandation définitive – 1 <sup>er</sup> août 2019 : Non recommandé	2
<b>Capmatinib (Tabrecta<sup>MD</sup>)</b>	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, non résécable ou métastatique, présentant des mutations conduisant au saut de l'exon 14 codant pour la transition mésoenchymateuse-épithéliale.	6 mai 2020	<b>26 mai 2022</b>	Non inscrit encore	2
<b>cemiplimab (Libtayo<sup>MD</sup>)</b>	Traitement de première intention chez les patients adultes atteints de cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) exprimant PD-L1 dans $\geq 50$ % des cellules tumorales, comme déterminé par un test validé, sans mutations EGFR, ALK ou ROS1, qui présentent un CPNPC localement avancé qui ne sont pas candidats à une résection chirurgicale ou à une chimioradiation définitive, ou un CPNPC métastatique.	21 février 2021	<b>26 octobre 2021</b>	Recommandation définitive – 2 juin 2022 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>crizotinib (Xalkori<sup>MD</sup>) ROS1</b>	En monothérapie, traitement de première intention chez les patients atteints d'un CPNPC avancé exprimant une mutation du gène ROS1.	11 mars 2016	<b>28 août 2017</b>	Recommandation définitive – 23 mai 2019 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité et de la faisabilité de l'adoption (incidence budgétaire)	1 + 2
<b>dabrafenib (Tafinlar<sup>MD</sup>) et tramétinib (Mekinist<sup>MD</sup>) 2<sup>e</sup> intention</b>	Traitement d'association chez les patients atteints d'un CPNPC métastatique, exprimant la mutation V600 du gène BRAF (précédemment traité par chimiothérapie).	22 juin 2017	<b>16 mai 2017</b>	Recommandation définitive – 2 novembre 2017 : Non recommandé	2
<b>dabrafenib (Tafinlar<sup>MD</sup>) et tramétinib (Mekinist<sup>MD</sup>)</b>	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique exprimant une mutation V600 du gène BRAF et qui n'ont reçu aucun traitement anticancéreux préalable pour une maladie métastatique.	22 juin 2017	<b>18 mai 2018</b>	Recommandation définitive – 28 mai 2021 : Avis de mise en œuvre délivré	2

**Suite... Tableau 1 – État de remboursement des médicaments de l'ACMTS (au cours des cinq dernières années)**

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
<b>durvalumab (IMFINZI<sup>MD</sup>) CPNPC de stade III non résécable</b>	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé et non résécable, dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiation à base de sel de platine.	16 février 2018	<b>4 mai 2018</b>	Recommandation définitive – 3 mai 2019 : Recommandé pour remboursement	3
<b>durvalumab (IMFINZI<sup>MD</sup>) CPPC-SA</b>	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA), en association avec une chimiothérapie à base d'étoposide et un adjuvant à base de carboplatine ou de cisplatine.	30 mars 2020	<b>21 septembre 2020</b>	Recommandation définitive – 27 juillet 2021 : Recommandé pour remboursement	3
<b>entrectinib (Rozlytrek<sup>MD</sup>) ROS1</b>	Traitement de première intention des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique exprimant une mutation du gène ROS1.	15 août 2019	<b>5 mai 2020</b>	Recommandation définitive – 27 janvier 2021 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	1 + 2
<b>entrectinib (Rozlytrek<sup>MD</sup>) NTRK</b>	Traitement des patients adultes atteints de tumeurs solides extracrâniennes localement avancées ou métastatiques non résécables, y compris les métastases cérébrales, présentant une fusion du gène récepteur tyrosine kinase neurotrophique (NTRK) sans mutation de résistance acquise connue, et sans options de traitement satisfaisantes.	15 août 2019	<b>20 janvier 2020</b>	Actuellement à l'étude	1 + 2
<b>larotrectinib (Vitrakvi<sup>MD</sup>)</b>	Traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de tumeurs solides présentant une fusion du gène récepteur à tyrosine kinase neurotrophique (NTRK), sans mutation de résistance acquise connue, qui sont métastatiques ou dont la résection chirurgicale est susceptible d'entraîner une morbidité grave, et qui n'ont pas d'options thérapeutiques satisfaisantes	26 novembre 2018	<b>10 juillet 2019</b>	Recommandation définitive – 13 septembre 2021 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	1 + 2
<b>lorlatinib (Lorbrena<sup>MD</sup>) 1<sup>re</sup> intention</b>	Traitement de première intention chez les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique)	3 mars 2021	<b>7 juin 2021</b>	Recommandation définitive – 4 avril 2022 : Remboursement sous conditions	3
<b>lorlatinib (Lorbrena<sup>MD</sup>) 2<sup>e</sup> intention</b>	Traitement des patients adultes atteints d'un CPNPC métastatique exprimant une mutation du gène ALK dont la maladie a évolué sous crizotinib et au moins un autre inhibiteur de l'ALK, ou des patients dont la maladie a évolué sous ceritinib ou alectinib.	2 novembre 2018	<b>22 février 2019</b>	Recommandation définitive – 30 janvier 2020 :	2
<b>lurbinectedine (Zepzelca<sup>MD</sup>)</b>	Traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon à petites cellules (CPPC) de stade III ou métastatique qui ont progressé pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci.	15 juin 2020	<b>29 septembre 2021</b>	Actuellement à l'étude	2

**Suite... Tableau 1 – État de remboursement des médicaments de l'ACMTS (au cours des cinq dernières années)**

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
<b>nivolumab (Opdivo<sup>MD</sup>)</b>	Traitement néoadjuvant des patients adultes atteints de CPNPC résécable (tumeurs ≥ 4cm ou ganglions atteints) lorsqu'il est utilisé en association avec une chimiothérapie à base de doublet de platine.	4 mars 2022	<b>23 août 2022</b>	Actuellement à l'étude	3
<b>nivolumab- ipilimumab (Opdivo - Yervoy) CPNPC</b>	Nivolumab, en association avec l'ipilimumab et 2 cycles de chimiothérapie à base de platine, est indiqué pour le traitement de première intention des patients atteints de CPNPC métastatique ou récidivant sans tumeurs exprimant une mutation du gène EGFR ou ALK.	26 mai 2020	<b>6 août 2020</b>	Recommandation définitive – 4 mars 2021 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>nivolumab- ipilimumab (Opdivo-Yervoy) mésothéliome pleural malin</b>	OPDIVO, en association avec l'ipilimumab, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de mésothéliome pleural malin (MPM) non résécable et n'ayant pas reçu de traitement systémique préalable pour le MPM.	2 octobre 2020	<b>2 juin 2021</b>	Recommandation définitive – 4 août 2021 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>osimertinib (Tagrisso<sup>MD</sup>) 1<sup>re</sup> intention</b>	Traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont les tumeurs expriment la mutation EGFR.	18 avril 2018	<b>10 juillet 2018</b>	Recommandation définitive – 4 janvier 2019 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>osimertinib (Tagrisso<sup>MD</sup>) 2<sup>e</sup> intention</b>	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 le traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de l'EGFR ou après celui-ci.	13 novembre 2015	<b>5 juillet 2016</b>	Recommandation définitive – 4 mai 2017 : Recommandé pour remboursement	3
<b>osimertinib (Tagrisso<sup>MD</sup>) Adjuvant</b>	L'osimertinib est indiqué comme traitement adjuvant après résection tumorale chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade IB-IIIa (AJCC 7e éd.) dont les tumeurs présentent des délétions de l'exon 19 ou des mutations confirmées du récepteur du facteur de croissance épidermique (délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21).	18 décembre 2020	<b>3 janvier 2021</b>	Recommandation définitive – 10 janvier 2022 : Remboursement recommandé sous conditions	3
<b>pembrolizumab (Keytruda<sup>MD</sup>) CPNPC non squameux</b>	En association avec pemetrexed et la chimiothérapie à base de platine, traitement du CPNPC non malpighien métastatique chez les adultes n'ayant pas des tumeurs exprimant une aberration du gène EGFR ou ALK et n'ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable du CPNPC métastatique.	20 août 2018	<b>13 mars 2019</b>	Recommandation définitive – 31 mai 2019 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3

**Suite... Tableau 1 – État de remboursement des médicaments de l'ACMTS (au cours des cinq dernières années)**

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
<b>pembrolizumab</b> ( <b>Keytruda<sup>MD</sup></b> ) CPNPC squameux	Traitement des patients atteints d'un CPNPC malpighien métastatique en association avec du carboplatine et du paclitaxel ou du nab-paclitaxel, chez les adultes n'ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable pour le CPNPC métastatique	2 novembre 2018	<b>4 juillet 2019</b>	Recommandation définitive – 3 janvier 2020 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
<b>pralsetinib</b> ( <b>Gavreto<sup>MD</sup></b> )	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, non résécable ou métastatique, présentant une fusion RET (réarrangement en cours de transfection) positive.	4 septembre 2020	<b>21 juillet 2021</b>	Recommandation définitive – 29 septembre 2022 : Recommandation conditionnelle, sous réserve du rapport coût/efficacité	1 + 2
<b>selpercatinib</b> ( <b>Retevmo<sup>MD</sup></b> )	Indiqué en monothérapie pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique positif avec fusion RET chez les patients adultes.	8 mai 2020	<b>15 juin 2021</b>	Recommandation définitive – 28 avril 2022 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	1 + 2
<b>sotorasib</b> ( <b>Lumakras<sup>MD</sup></b> ) 2 <sup>e</sup> intention	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique présentant une mutation du gène KRAS G12C et ayant reçu au moins un traitement systémique antérieur.	28 mai 2021	<b>10 septembre 2021</b>	Actuellement à l'étude	2
<b>tepotinib</b> ( <b>Tepmetko<sup>MD</sup></b> )	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, non résécable ou métastatique, présentant des mutations conduisant au saut de l'exon 14 codant pour le récepteur de la tyrosine kinase de la transition mésenchymateuse-épithéliale.	3 février 2021	<b>27 mai 2021</b>	Recommandation définitive – 24 août 2022 : Non recommandé	2

**À jour au 15 novembre 2022**

ALK = kinase du lymphome anaplasique    SNC = système nerveux central    EGFR = récepteur du facteur de croissance épidermique  
 CPNPC = cancer du poumon non à petites cellules    TKI = inhibiteur de la tyrosine kinase

Tableau 2 — Date de la couverture provinciale

À jour au 15 novembre 2022

Nom du médicament	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.
alectinib (1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> intentions)	1 <sup>er</sup> mai 2019	1 <sup>er</sup> mars 2019	11 février 2019	31 mai 2019	17 avril 2019	1 <sup>er</sup> février 2019	3 octobre 2019	16 mai 2019	27 septembre 2019	Non financé
atezolizumab (2 <sup>e</sup> intention CPNPC)	1 <sup>er</sup> novembre 2019	7 octobre 2019	11 février 2019	13 février 2019	6 décembre 2019	1 <sup>er</sup> février 2019	Non financé	30 octobre 2019	Non financé	Non financé
bévacizumab (MVASI)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
brigatinib (Alunbrig <sup>MD</sup> ) ALK positif 1 <sup>re</sup> intention 	1 <sup>er</sup> juin 2022	18 février 2022	1 <sup>er</sup> mars 2022	1 <sup>er</sup> juin 2022	10 février 2022	2 février 2022	1 <sup>er</sup> juillet 2022	29 avril 2022	17 octobre 2022	26 septembre 2022
crizotinib (ROS1)	1 <sup>er</sup> juillet 2020	30 juillet 2020	1 <sup>er</sup> août 2020	Non financé	Non financé	20 mai 2020	Non financé	16 juillet 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	Non financé
dabrafenib (Tafinlar <sup>MD</sup> ) et trametinib (Mekinist <sup>MD</sup> )	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
durvalumab (Imfinzi <sup>MD</sup> ) (1 <sup>re</sup> intention CPNPC)	1 <sup>er</sup> février 2020	10 avril 2020	1 <sup>er</sup> janvier 2020	11 décembre 2019	22 janvier 2020	2 octobre 2019	28 janvier 2020	20 mars 2020	14 mai 2020	1 <sup>er</sup> septembre 2020
durvalumab (Imfinzi <sup>MD</sup> ) 1 <sup>re</sup> intention CPPC-SA 	1 <sup>er</sup> octobre 2022	15 juin 2022	6 juillet 2022	20 juillet 2022	22 juillet 2022	6 juillet 2022	20 juillet 2022	3 août 2022	1 <sup>er</sup> octobre 2022	Non financé
entrectinib (Rozlytrek <sup>MD</sup> ) ROS1	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	November 4, 2020	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
larotrectinib (Vitrakvi <sup>MD</sup> )	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab - ipilimumab (Opdivo - Yervoy <sup>MD</sup> ) 	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avril 2022	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avril 2022	17 juin 2022	9 novembre 2022	1 <sup>er</sup> août 2022	23 juin 2022	1 <sup>er</sup> juin 2022	Non financé
nivolumab - ipilimumab MPM 	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avril 2022	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avril 2022	7 juin 2022	2 mars 2022	1 <sup>er</sup> août 2022	23 juin 2022	1 <sup>er</sup> juin 2022	Non financé
osimertinib (1 <sup>re</sup> intention)	1 <sup>er</sup> janvier 2020	10 avril 2020	1 <sup>er</sup> mars 2020	2 avril 2020	10 janvier 2020	18 décembre 2019	1 <sup>er</sup> mai 2020	19 mars 2020	20 février 2020	14 février 2022
osimertinib (2 <sup>e</sup> intention)	1 <sup>er</sup> octobre 2018	20 novembre 2018	1 <sup>er</sup> novembre 2018	18 octobre 2018	3 octobre 2018	7 novembre 2018	1 <sup>er</sup> novembre 2019	27 février 2019	20 février 2020	1 <sup>er</sup> avril 2020
osimertinib (adjuvant)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	9 novembre 2022	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
pembrolizumab CPNPC squameux	1 <sup>er</sup> juin 2020	15 septembre 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	30 avril 2020	10 juin 2020	11 septembre 2019	1 <sup>er</sup> mai 2020	16 juillet 2020	1 <sup>er</sup> juin 2020	Non financé
pembrolizumab CPNPC non squameux	1 <sup>er</sup> juin 2020	15 septembre 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	24 avril 2020	8 avril 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	16 juillet 2020	1 <sup>er</sup> juin 2020	Janvier 2022
tepotinib (Tepmetko <sup>MD</sup> )	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

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

À jour au 15 novembre 2022

MÉDICAMENT NOM GÉNÉRIQUE	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.
alectinib (1 <sup>re</sup> intention)	6 novembre 2017	541	480	462	571	527	452	696	556	690	Non financé
atézolizumab 2 <sup>e</sup> intention	18 octobre 2016	1 109	1 084	846	848	1 144	836	Non financé	1 107	Non financé	Non financé
bévacicumab (MVASI)	14 septembre 2017	778	Non financé	865	739	704	Non financé				
brigatinib (Alunbrig <sup>MD</sup> ) 1 <sup>re</sup> intention	22 mai 2020	742	639	650	742	631	621	772	709	880	859
crizotinib (ROS1)	11 mars 2016	1573	1602	1 604	Non financé	Non financé	1 706	Non financé	1 588	1 512	Non financé
dabrafenib (Tafinlar <sup>MD</sup> ) et tramétinib (Mekinist <sup>MD</sup> )	22 juin 2017	Non financé									
durvalumab 1 <sup>re</sup> intention CPNPC	16 février 2018	715	784	684	663	705	593	715	763	818	928
durvalumab 1 <sup>re</sup> intention CPPC-SA	30 mars 2020	915	807	828	842	844	828	842	856	915	Non financé
entrectinib (ROS1)	5 mai 2020	696	637	Non financé	Non financé	Non financé	471	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
larotrectinib (Vitrakvi <sup>MD</sup> )	26 novembre 2018	Non financé									
nivolumab - ipilimumab (Opdivo - Yervoy <sup>MD</sup> )	26 mai 2020	705	675	705	675	752	898	797	758	736	Non financé
nivolumab - ipilimumab MPM	26 mai 2020	705	675	705	675	742	645	797	758	736	Non financé
osimertinib (1 <sup>st</sup> line)	18 avril 2018	623	723	683	715	632	609	744	701	673	1398
osimertinib (2 <sup>nd</sup> line)	13 novembre 2015	1 053	1 103	1 084	1 070	1 055	1 090	1449	1 202	1560	1601
osimertinib (adjuvant)	18 décembre 2020	Non financé	691	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé				
pembrolizumab squamous	30 octobre 2018	651	757	620	619	589	316	620	696	651	Non financé
pembrolizumab non-squamous	20 août 2018	651	757	620	620	613	597	620	696	651	1230
tepotinib (Tepmetko <sup>MD</sup> )	3 février 2021	Non financé									



**Conclusion**

# Postface : **Qu'**avons-nous fait pour les personnes atteintes du cancer du poumon?

Shem Singh, directeur général

---

Tout au long de ce rapport, nous avons pour objectif de mettre les visages du cancer du poumon au premier plan et au centre de nos actions : les personnes composant avec la maladie, leurs soignants et leurs proches, et la communauté au sens large qui fait de son mieux pour améliorer le traitement et les issues cliniques.

Je me souviens d'une question que Ralph Gouda, l'un des fondateurs de CPC, m'a posée lors de notre première rencontre et que je me pose tous les jours : « Qu'avons-nous fait aujourd'hui pour un patient atteint du cancer du poumon? »

Un rappel simple, mais remarquable, du « qui, pourquoi et quoi » de Cancer pulmonaire Canada.

Les D<sup>rs</sup> Snow et Wheatley-Price ont tous deux expliqué qui nous sommes et pourquoi nous existons. Enfin, voici quelques actions mises en place par notre organisme, petit mais agile, pour les patients atteints du cancer du poumon au cours des 12 derniers mois :

---

## LA SOIRÉE DE L'ESPOIR 2021 ET 2022

a connu la participation la plus élevée de personnes atteintes du cancer du poumon au Canada et amassé le plus de fonds pour les soutiens aux patients offerts par CPC.

## LA SUBVENTION DE RECHERCHE COMMÉMORATIVE GEOFFREY OGRAM

a offert deux bourses pour faire avancer les connaissances sur le cancer du poumon.

Nos nouveaux

## PRIX LUNG AMBITION

offriront jusqu'à deux subventions par an pour les trois prochaines années.

---

Nous avons aidé les patients en leur offrant un soutien pratique comme les laissez-passer de stationnement, les bons de taxi et autres bons nécessaires par l'intermédiaire de

## KAYLA'S ANGEL FUND

## NOTRE RÉSEAU DE SOUTIEN PAR LES PAIRS

offre actuellement encore plus de soutien individuel.

AVEC LA

## LUNG HEALTH FOUNDATION,

nous nous sommes attaqués à la déshumanisation grâce à une campagne intitulée « Cessez de poser la mauvaise question ».

---

## **NOTRE GUIDE POUR LES PATIENTS,**

pierre angulaire de notre soutien, est aujourd'hui plus largement disponible partout au pays dans diverses langues afin de répondre aux besoins des personnes vivant avec le cancer du poumon.

## **NOTRE NOUVEAU PROGRAMME LES VOIES DE L'ESPOIR**

a mis un travailleur social agréé à la disposition des patients nécessitant soutien et information.

## **Nous avons soutenu LE PROGRAMME EXCEL**

qui propose aux patients atteints du cancer du poumon des séances virtuelles et en personne de bien-être physique et mental.

## **CPC a établi plusieurs PÔLES DE SOUTIEN DIRIGÉS PAR LES PATIENTS**

dans l'Ouest du Canada.

## **Nos mémoires présentés à L'ACMTS ET À L'INESSS**

et contenant l'apport des patients et des cliniciens sont une forte action en faveur du remboursement par les pouvoirs publics des traitements du cancer du poumon, et nous en avons fait plus que jamais.

## **Nous avons élargi notre BIBLIOTHÈQUE DE TÉMOIGNAGES DES PATIENTS**

et diffusé sur les réseaux sociaux une série de vidéos en trois parties mettant l'accent sur la réalité du cancer du poumon avec l'Armée de l'espoir.

## **NOTRE POINT DE SITUATION ANNUEL**

à l'intention des parties prenantes a bénéficié de l'auditoire le plus important et le plus diversifié en 2021.

## **NOS BALADOS ET WEBINAIRES,**

qui attirent une audience de plus en plus grande, rendent l'information sur le cancer du poumon largement accessible à tous au Canada; une série en français est prévue bientôt.

## **DEUX ÉVÉNEMENTS EN PERSONNE -**

à Vancouver et à Montréal (en français, une première pour Cancer Pulmonaire Canada!) – confirment que nous sommes véritablement devenus un organisme national.

## **NOUS SOMMES ASSOCIÉS À GIVE A BREATH 5K,**

une collecte de fonds locale bien établie que nous visons à mener à l'échelle nationale et à asseoir comme LA collecte de fonds pour le cancer du poumon au Canada. Ce merveilleux partenariat a déjà permis de générer des fonds pour soutenir le programme Les voies de l'espoir pour une autre année.

Je m'en voudrais de ne pas rendre hommage aux centaines de bénévoles qui ont collectivement mis à contribution des milliers d'heures de soutien à Cancer pulmonaire Canada. Je suis extrêmement fier de dire que notre organisme est encore plus fort aujourd'hui. Notre capacité et notre surface d'action ne cessent de croître d'année en année, et nous regardons l'avenir avec ESPOIR pour tous les patients atteints du cancer du poumon partout au Canada.

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE CANCER PULMONAIRE CANADA

### Président

#### D<sup>re</sup> Stephanie Snow

Cancérologue interniste  
Centre des sciences  
de la santé QEII  
Halifax, N-É

### Vice-présidente

#### Maria Amaral

Défenseuse des droits des soignants  
Toronto, ON

### Trésorier

#### Nicolas Delisle

Gestion de capital Sun Life  
Calgary, AB

### Secrétaire

#### Emi Bossio

Peacock Linder Halt & Mack SENCRL  
Calgary, AB

### Président sortant

#### D<sup>r</sup> Paul Wheatley-Price

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie de l'Hôpital  
d'Ottawa  
Ottawa, ON

### Membres

#### Shem Singh

Directeur général,  
Cancer pulmonaire Canada  
(d'office)

#### D<sup>re</sup> Cheryl Ho

Cancérologue interniste  
BC Cancer Agency  
Vancouver, C.-B.

#### D<sup>re</sup> Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie Juravinski  
Hamilton, ON

#### Elizabeth Moreau

Défenseuse des droits des soignants  
Ottawa, ON

## COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

### Président

#### D<sup>re</sup> Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie Juravinski

### Membres

#### D<sup>r</sup> Normand Blais

Cancérologue interniste  
Hôpital Notre-Dame du CHUM

#### D<sup>re</sup> Nicole Bouchard

Pneumologue  
Centre hospitalier universitaire de  
Sherbrooke

#### D<sup>r</sup> Quincy Chu

Cancérologue interniste  
Cross Cancer Institute

#### D<sup>re</sup> Nathalie Daaboul

Hémato-oncologue  
Université de Sherbrooke

#### D<sup>r</sup> David Dawe

Cancérologue interniste  
Action cancer Manitoba

#### D<sup>r</sup> Christian Finley

Chirurgien thoracique  
Soins de santé St.Joseph Hamilton

#### D<sup>re</sup> Cheryl Ho

Cancérologue interniste  
BC Cancer

#### D<sup>re</sup> Diana Ionescu

Anatomopathologiste  
BC Cancer

#### D<sup>r</sup> Shaqil Kassam

Cancérologue interniste  
Centre régional de santé de Southlake

#### D<sup>r</sup> Stephen Lam

Pneumologue  
BC Cancer

#### D<sup>r</sup> David Palma

Cancérologue interniste  
Centre des sciences de la  
santé de London

#### D<sup>re</sup> Lacey Pitre

Cancérologue interniste  
Horizon Santé-Nord

#### D<sup>r</sup> Jeffrey Rothenstein

Cancérologue interniste  
Lakeridge Health

#### D<sup>re</sup> Stephanie Snow

Cancérologue interniste  
Centre des sciences de  
la santé QEII

#### D<sup>r</sup> Yee Ung

Radio-oncologue  
Centre des sciences de  
la santé Sunnybrook

#### D<sup>r</sup> Paul Wheatley-Price

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie  
de l'Hôpital d'Ottawa

#### D<sup>r</sup> Zhaolin Xu

Anatomopathologiste  
Centre des sciences de  
la santé QEII

#### D<sup>r</sup> Sunil Yadav

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie de Saskatoon

## REMERCIEMENTS

À Clare Ford, Angus Pratt, Tim Mondes, Leon D'Silva, Shannon McCrae, Terri Conneran, Chantal Brunet, et Jacques Morand, merci de nous avoir fait part de vos témoignages de force et d'espoir.

Cancer pulmonaire Canada tient à remercier les membres suivants du conseil d'administration et du comité médical consultatif pour avoir leur expertise, leurs perspectives, leurs idées-forces et leur soutien dans la rédaction de ce rapport.

**D<sup>re</sup> Stephanie Snow**

Cancérologue interniste  
Centre des sciences  
de la santé QEII

**D<sup>r</sup> Paul Wheatley-Price**

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie de l'Hôpital  
d'Ottawa

**D<sup>r</sup> Quincy Chu**

Cancérologue interniste  
Cross Cancer Institute

**D<sup>re</sup> Nathalie Daaboul**

Hémato-oncologue  
Université de Sherbrooke

**D<sup>r</sup> Christian Finley**

Chirurgien thoracique  
Soins de santé St.Joseph Hamilton

**Elizabeth Moreau**

Défenseure des droits des soignants  
Ottawa

**Shem Singh**

Directeur général  
Cancer pulmonaire Canada

## MEMBRES HONORAIRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Catherine Black**

**D<sup>r</sup> Gail E Darling**

**Georges N. Djandji**

**D<sup>r</sup> Peter Ellis**

**D<sup>r</sup> WK (Bill) Evans**

**D<sup>r</sup> Margaret Fitch**

**Ralph Gouda (Founder)**

**D<sup>r</sup> Michael Johnston**

**D<sup>r</sup> Natasha Leigh**

**Peter F MacKenzie**

**Morton Sacks**

**D<sup>r</sup> Frances Shepherd**

**D<sup>r</sup> Yee Ung (Founder)**

**EK (Ted) Weir**

**Magdalene Winterhoff (Founder)**

## **CRÉDITS PHOTO**

Nous remercions les patients, soignants et bénévoles qui nous ont remis leurs photos pour ce rapport et leur témoignons notre gratitude. Nous rendons hommage aux patients qui se battent encore et aux patients qui ont perdu le combat, dont nous honorons la mémoire. Merci.

### **Page de couverture (de g. à dr.) :**

Terri Conneran

Tim Monds

Leon D'Silva

Jacques Morand

Chantal Brunet

Cancer pulmonaire Canada tient à remercier Jeff Jurmain et Jennifer Cartwright de Understory Communications pour leur aide à en tant que principaux rédacteurs médicaux du rapport.

**[WWW.LUNGCANCERCANADA.CA](http://WWW.LUNGCANCERCANADA.CA)**



**LUNG  
CANCER  
CANADA**

**CANCER  
PULMONAIRE  
CANADA**

AWARENESS. SUPPORT. EDUCATION.

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDIFIER.

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

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

[www.lungcancercanada.ca](http://www.lungcancercanada.ca)  
[info@lungcancercanada.ca](mailto:info@lungcancercanada.ca)

 @LungCan

 @LungCancer\_Can

 @lungcancercanada

 @lungcancercanada

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

Cancer pulmonaire Canada est un organisme caritatif national, le seul qui se consacre uniquement au cancer du poumon. Il compte sur les dons pour offrir des programmes et services, comme ce rapport, aux patients et à 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](http://www.lungcancercanada.ca), ou en composant les numéros ci-dessus.

Ce rapport a été rendu possible grâce au généreux soutien d'Amgen Canada, d'AstraZeneca Canada, de Bayer Canada, de Bristol-Myers Squibb Canada, d'EMD Serono Canada, de Jazz Pharmaceuticals Canada, d'Eli Lilly Canada, de Merck Canada, de Pfizer Canada, de Roche Canada, de Sanofi Canada, de Takeda Canada, de Titan Creative et d'Understory Communications. Sans votre aide, ce projet et cette entreprise n'auraient pas été possibles. MERCI!



**LUNG  
CANCER  
CANADA**

**CANCER  
PULMONAIRE  
CANADA**

AWARENESS. SUPPORT. EDUCATION.

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

133, rue Richmond O., bureau 208  
Toronto (Ontario) M5H 2L3  
**416 785 3439 | 1 888 445 4403**  
[www.lungcancercanada.ca](http://www.lungcancercanada.ca)