

RAPPORT DE 2018



CANCER
PULMONAIRE
CANADA



LES VISAGES DU CANCER DU POUUMON

DES RÉALISATIONS MOTIVÉES PAR L'ESPOIR

RAPPORT SUR LES VISAGES DU CANCER DU POUMON

NOVEMBRE 2018

LES PATIENTS ATTEINTS DU CANCER DU POUMON ET LEURS FAMILLES MÉRITENT DU SOUTIEN

PERSPECTIVE, RÉALISÉE

AVANT-PROPOS

Après de nombreuses années d'études universitaires, je pensais tout savoir sur l'exercice de la médecine. Avec du recul, je peux constater que l'aspect technique de ma profession était couvert, mais je me rends compte maintenant que de nombreux autres aspects auraient pu être améliorés.

Ma nouvelle perspective a eu une incidence tant sur la façon dont j'exerce la médecine que sur la vie en général. C'est un diagnostic de cancer du poumon qui m'a propulsé dans un monde nouveau et étrange, en tant que patient, et a changé à jamais ma perspective en tant que médecin.

Comme tout Canadien ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon, j'ai vécu des moments d'incrédulité. Comme je ne fumais pas, je n'arrivais vraiment pas à comprendre ce qui m'arrivait.

Rapidement, mes questionnements ont cessé et j'ai commencé à envisager ce qui m'arrivait comme une occasion. Comment le cancer du poumon peut-il être considéré comme une occasion? Ayant soigné et aidé tant de patients au fil des années, c'est dans leur force et leur détermination que j'ai vraiment puisé mon espoir. Pourquoi étais-je différent d'eux, face à une lutte contre la mort? J'étais déterminé à modifier la donne pour tous les Canadiennes et Canadiens qui se battent contre la cause la plus courante de décès par cancer.

Je ne pouvais plus envisager mon rôle de médecin de la même façon, c'était tout à fait normal. J'ai vécu les défis

d'un patient qui essayait de cheminer dans le système pour trouver un traitement, des tests et des réponses. La fameuse « stigmatisation » associée au cancer du poumon est devenue ma réalité – les préoccupations dont j'ai entendu parler et que j'ai lues, c'était maintenant mon pain quotidien. Mais, je suis l'un des chanceux. Je comprends de première main ce que le pouvoir d'un réseau de soutien solide peut signifier et faire. Mon oncologue et mon équipe d'infirmiers ont géré mon parcours médical, tandis que ma famille et mes amis étaient là pour tout le reste. Je suis l'un de ceux qui ont désormais le privilège d'avoir une perspective éclairée, en tant que survivant du cancer.

Reprendre ma vie antérieure est impossible. J'ai d'importantes responsabilités en tant que médecin, mais mes objectifs en tant que défenseur des patients sont d'autant plus primordiaux maintenant. J'ai maintenant le privilège de nouer des liens plus étroits avec tous les patients que je traite. Je comprends leur peur. Je reconnais leur confusion. Maintenant et à l'avenir, j'essaierai inlassablement d'allier l'exercice de la médecine à la compassion, en tant que médecin et survivant du cancer du poumon. Il s'agit de nourrir leur espoir.

Je crois qu'il est important de transmettre ce que j'ai appris de mes expériences et, grâce au rapport de 2018 sur les différents visages du cancer du poumon, j'espère inspirer les autres et changer leurs perspectives pour l'avenir.

– Dr Marcelo Kremenchutzky

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION #FaitAuCanada – Réalisé au Canada. Partagé à l'échelle mondiale	Page 3
1. LA SITUATION ACTUELLE #PoulsCancerPoumon – Rapports de 2018 sur l'incidence du cancer selon le stade	Page 5
2. RÉALISATIONS CANADIENNES #ESPOIRenDépistage – Le point sur le dépistage #ESPOIRenTraitement – Nouvelles des essais cliniques #ESPOIRenScience – Des progrès qui changent la donne #ESPOIRenOrientation – Programmes d'orientation des patients #ESPOIRdansAVENIR – Mobiliser la prochaine génération	Page 11
3. TRAVAUX EN COURS #FinancementEspoir – Qui paie pour le cancer?	Page 23
4. CONCLUSION #MotivationEspoir – Un message de Cancer pulmonaire Canada	Page 31
5. QUI SOMMES-NOUS? #CPC – Cancer pulmonaire Canada	Page 33



RÉALISÉ AU CANADA. PARTAGÉ À L'ÉCHELLE MONDIALE. #RÉALISATIONSCANADIENNES

L'espoir est là pour le cancer du poumon.

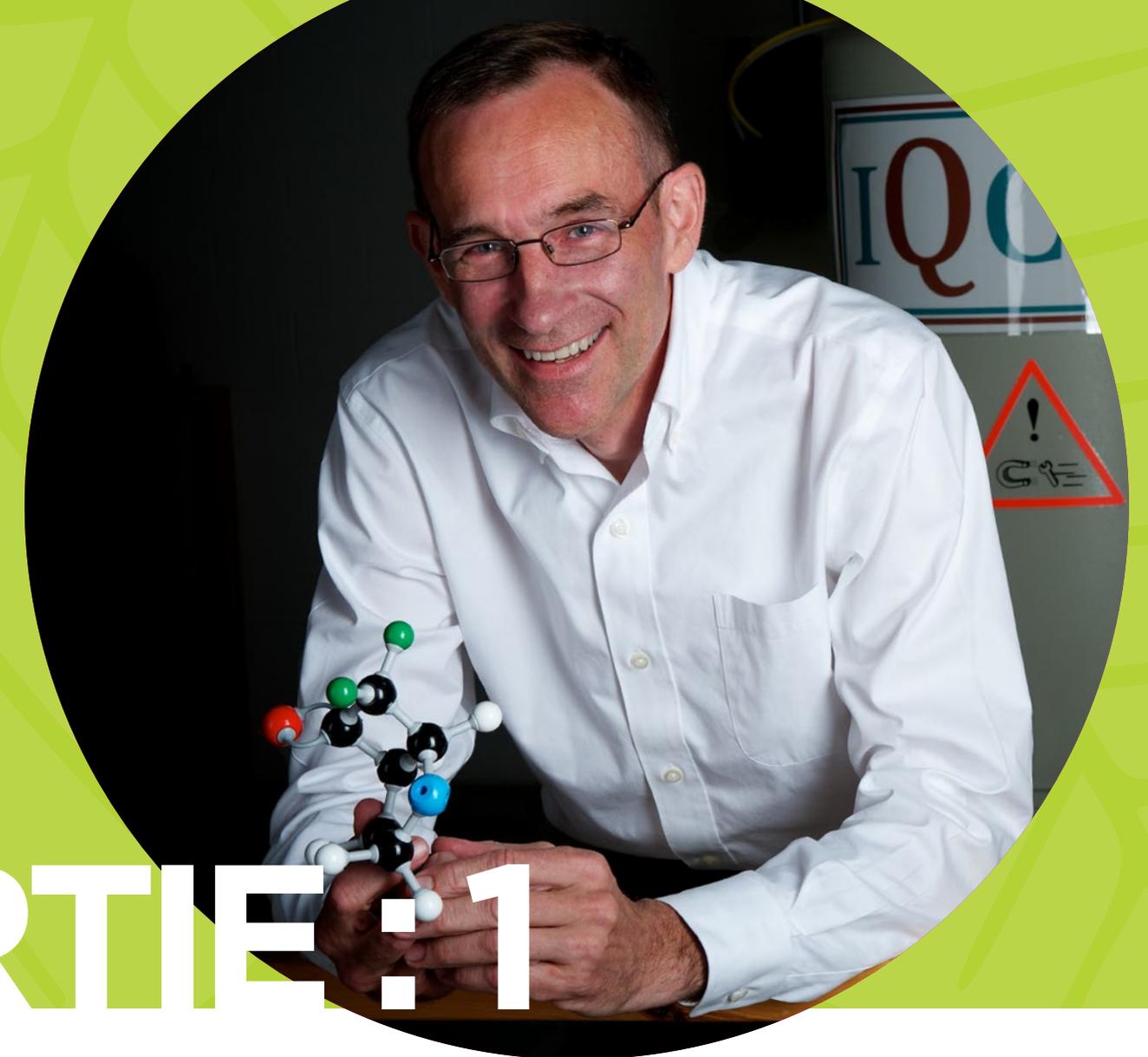
L'innovation consiste à offrir aux patients atteints d'un cancer du poumon plus de temps de qualité à passer avec leur famille et à poursuivre leurs objectifs de vie. De réels progrès ont été réalisés pour augmenter le taux de survie à cinq ans de 17 %. Bien qu'il reste encore beaucoup de pain sur la planche, les innovations des dernières années ont rendu l'expérience d'une personne atteinte d'un cancer du poumon aujourd'hui beaucoup plus différente et prometteuse qu'il y a seulement cinq ans.

Le Canada a joué un rôle important à l'échelle mondiale dans la lutte contre le cancer du poumon, faisant bien plus que sa juste part. Les chercheurs dans les hôpitaux canadiens innovent en concevant des programmes de dépistage du cancer du poumon et en améliorant les tests et le diagnostic. Des cliniciens de renommée internationale qui mettent au point des traitements dans le cadre d'essais cliniques élisent domicile au Canada. Ces essais sont importants pour les patients canadiens qui se voient offrir de nouvelles possibilités de lutter contre cette maladie

dévastatrice, mais aussi pour ceux partout au monde. De nouveaux modèles de soins aux patients sont mis au point dans les cliniques et les hôpitaux canadiens, afin d'améliorer l'expérience et les normes en matière de soins du cancer du poumon partout dans le monde. Les études et évaluations perpétuelles offrent la possibilité d'une meilleure issue clinique et peuvent être bénéfiques pour les Canadiens et au-delà. Les réalisations canadiennes ont eu des bienfaits dans tous les coins de la planète. En effet, en 2018, la communauté mondiale du cancer du poumon s'est rendue au Canada pour le Congrès international du cancer du poumon, afin d'en apprendre plus sur les dernières avancées.

Le Canada est au tournant du changement qui marquera le début d'un nouveau récit sur le cancer du poumon, fondé sur l'espoir et la force collective. Le rapport de 2018 sur les différents visages du cancer du poumon met en lumière les réalisations canadiennes dans le domaine du cancer du poumon et envisage le parcours à emprunter à l'avenir dans notre lutte pour la survie.

**TANT DE CHOSES
ONT ÉTÉ ACCOMPLIES
DANS LA LUTTE
CONTRE LE CANCER
DU POUMON.
LE PROGRÈS ET
L'ESPOIR DÉFINIRONT
LA COMMUNAUTÉ ET
NOUS PERMETTRONT
D'ALLER DE L'AVANT.**



PARTIE : 1

LE CANCER DU POUMON AU CANADA

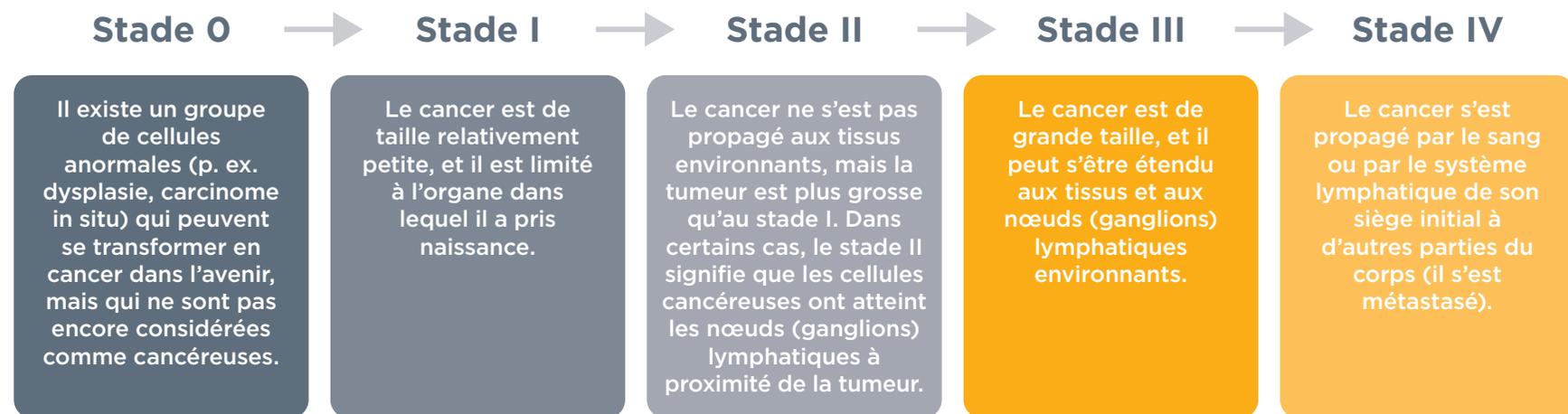
LA SITUATION ACTUELLE

#POULSCANCERPOUMON

Rapports de 2018 sur l'incidence du cancer selon le stade¹

Chaque année, la Société canadienne du cancer (SCC) publie de nouvelles statistiques sur le fardeau de la maladie pour tous les types de cancer. Cette année, la SCC a rédigé un rapport spécial sur l'incidence du cancer selon le stade, qui répond au besoin de la communauté du cancer de dresser une carte plus détaillée du cancer dans l'ensemble du pays, tout en exposant les différents fardeaux de la maladie à chaque stade de son évolution. La recherche reflète plus de vingt-cinq ans de travail et de collaboration entre les registres provinciaux et territoriaux du cancer, Statistique Canada et leurs partenaires.

Pourquoi le stade du cancer du poumon est-il important? Connaître le stade de la maladie aide les équipes médicales à évaluer le pronostic, les plans de traitement et la probabilité d'efficacité. Lorsqu'elles sont évaluées sur le plan statistique, ces informations peuvent mettre en évidence des tendances et des différences régionales. Pour le cancer du poumon, ces informations importantes ont été recueillies dans toutes les provinces, sauf au Québec, depuis 2010. La stadification systématique du cancer est catégorisée comme suit :



Dans certains cas, des lettres majuscules sont ajoutées aux chiffres pour diviser ces stades en sous stades.

Le rapport de la SCC souligne les faibles taux de survie des patients atteints d'un cancer du poumon, en grande partie en raison d'un diagnostic tardif. Par exemple, les estimations des taux de survie relative à cinq ans pour le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) aux États-Unis varient de 1 à 10 % à l'échelle des sous-stades du stade IV et de 68 à 92 % à l'échelle des sous-stades du stade I². Les estimations des taux de survie relative à cinq ans sont plus faibles en ce qui concerne le cancer du poumon à petites cellules (CPPC) : 2 % au stade IV et 31 % au stade I².

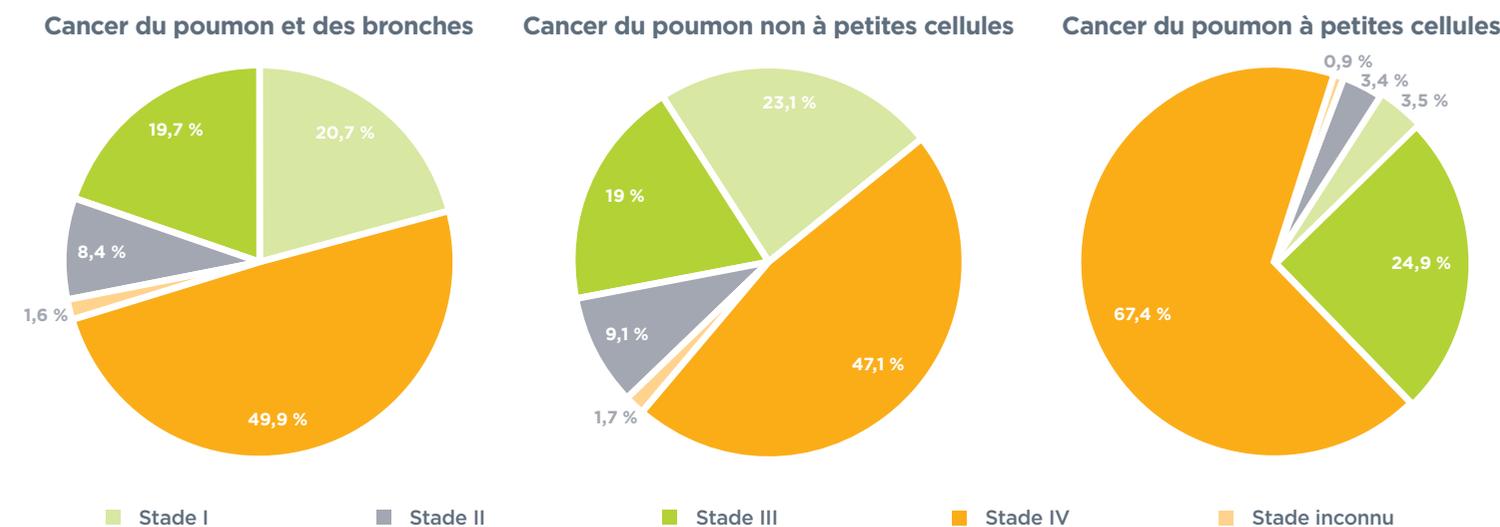
Stadification du cancer du poumon au Canada – Perspectives clés tirées du rapport spécial de la Société canadienne du cancer :

- Environ la moitié de tous les cas de cancer du poumon étaient de stade IV (figure 1). Cela représente une moyenne annuelle de 6 823 diagnostics de cancer du poumon métastatique au Canada, sans compter le Québec (tableau 2).
- Le pourcentage des diagnostics de stade IV est plus élevé pour le CPPC (67,4 %) que pour le CPNPC (47,1 %). Près du quart (23,1 %) des CPNPC

ont été diagnostiqués au stade I, comparativement à seulement 3,5 % des CPPC (tableau 2).

- La proportion des cancers du poumon de stade I semblait plus élevée chez les femmes (23,7 %) que chez les hommes (17,8 %), et celle de stade IV semblait plus élevée chez les hommes (52 %) que chez les femmes (47,1 %).
- La distribution en pourcentage des stades de cancer du poumon était relativement semblable dans l'ensemble des provinces et des territoires pour tous les stades du CPNPC (tableau 2).
- La figure 2 porte à croire qu'il existe des variations à l'échelle du pays sur le plan des TINA (taux d'incidence normalisé selon l'âge) propres à chaque stade.
- Le TINA le plus élevé du CPNPC de stade IV était en Nouvelle-Écosse (38,5 pour 100 000), et le plus faible était en Ontario (25,5 pour 100 000). En ce qui a trait au CPPC de stade IV, le TINA le plus élevé a aussi été constaté en Nouvelle-Écosse (9 habitants par tranche de 100 000), mais le plus faible a été observé en Colombie-Britannique (4,3 habitants par tranche de 100 000).

Figure 1 Répartition en pourcentage des cas de cancer du poumon et des bronches, par stade au moment du diagnostic et par sous-type, chez les deux sexes, Canada*, 2011-2015[†]



Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

*À l'exclusion de Québec [†]Comprend les cas diagnostiqués chez les personnes âgées de 18 à 79 ans

Qu'est-ce que toutes ces données nous disent²?

Les données sur la stadification du cancer du poumon confirment ce que la communauté dit depuis des années. Dans la majorité des cas de cancer du poumon, la détection a eu lieu à un stade ultérieur, lorsque le cancer s'est déjà propagé à d'autres parties du corps. Cela explique pourquoi le taux de survie au cancer du poumon est l'un des plus faibles par rapport à tous les principaux types de cancer au Canada. Les taux de survie selon le stade de la maladie nous rappellent de façon cinglante l'importance de la détection précoce.

L'analyse des données correspond également à l'information pédagogique de Cancer pulmonaire Canada selon laquelle le CPPC est plus agressif et présente un potentiel élevé de métastases, de sorte qu'il soit plus susceptible d'être détecté à un stade ultérieur que le CPNPC. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge variaient d'un bout à l'autre du pays, l'incidence étant plus élevée dans l'Est que dans le Centre et à l'Ouest.

Les taux de survie au cancer du poumon selon les groupes de stadification diffèrent d'une province à l'autre. Le rapport illustre une survie relative de deux ans au stade I du cancer du poumon allant de 66,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 84,8 % en

Colombie-Britannique. La survie relative à deux ans au stade IV variait également, allant de 7,6 % au Manitoba à 13,2 % en Colombie-Britannique. Bien qu'il y ait des différences démographiques qui peuvent expliquer en partie ces différences, le message à retenir est que les taux de survie sont faibles dans toutes les provinces. Ces exemples laissent croire en outre que les différences dans le dépistage et l'accès au traitement peuvent désavantager les patients et constituer une contrainte à la survie. Il faut plus de données pour évaluer la survie à plus long terme par stade et mieux comprendre la variation des résultats d'une région à l'autre.

Ces données mettent particulièrement l'accent sur les possibilités et le rôle important que le dépistage du cancer du poumon peut jouer dans la détection précoce du cancer du poumon. Il est maintenant établi que le dépistage par tomographie à densité (TDM) à faible dose permet davantage de diagnostiquer les patients au stade I qu'au stade IV. D'après les modèles de microsimulation de la SCC, 1,4 million de Canadiens seraient admissibles au dépistage destiné aux personnes à risque élevé en 2018 (OncoSim, version 2.51). Cela offre beaucoup de chances de sauver une vie – c'est une partie intégrante de la lutte contre le cancer du poumon que l'on ne peut ignorer.

- **PLUS DE CANADIENS MOURRONT DES SUITES D'UN CANCER DU POUMON QUE D'UN CANCER COLORECTAL, D'UN CANCER DU SEIN ET D'UN CANCER DE LA PROSTATE RÉUNIS².**

- **TOUS LES JOURS, 78 CANADIENS REÇOIVENT UN DIAGNOSTIC DE CANCER ET 58 AUTRES EN DÉCÈDENT².**

- **AU TOTAL, 28 600 CANADIENS RECEVRONT UN DIAGNOSTIC DU CANCER DU POUMON. CELA REPRÉSENTE 14 % DE TOUS LES NOUVEAUX CAS DE CANCER EN 2017².**

- **LE CANCER DU POUMON EST LA PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS PAR CANCER (ENVIRON 26 %) CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES².**

- **EN TOUT, 21 100 CANADIENS MOURRONT DES SUITES D'UN CANCER DU POUMON. LE TAUX DE FEMMES AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC A AUGMENTÉ DANS PRESQUE TOUTES LES PROVINCES EN 2017².**

- **AU TOTAL, 14 400 HOMMES RECEVRONT UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU POUMON ET 11 100 EN DÉCÈDERONT².**

- **EN TOUT, 14 200 FEMMES RECEVRONT UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU POUMON ET 10 000 EN DÉCÈDERONT².**

Tableau 1 - Nouveaux cas prévus en 2017²

PROVINCE	NOMBRE TOTAL DE CAS	FEMMES	HOMMES
Colombie-Britannique	3 150	1 500	1 550
Alberta	2 150	1 100	1 100
Saskatchewan	770	370	420
Manitoba	890	430	480
Ontario	9 000	5 300	5 300
Québec	8 300	4 400	4 300
Terre-Neuve-et-Labrador	470	320	220
Nouveau-Brunswick	810	420	290
Nouvelle-Écosse	960	470	480
Île-du-Prince-Édouard	135	75	60

ELMER COURCHENE (AÎNÉ)

Profil de patient

Elmer avait 81 ans quand il l'a découvert. Chef autochtone, il partageait sa vie entre la communauté et la famille, son équilibre parfait. Il ne s'attendait pas à un cancer du poumon, ni au nouveau parcours qui l'attendait. Ce fut un choc total pour Elmer et sa famille. Il était actif, et ce n'est que lorsqu'il a ressenti des problèmes respiratoires qu'on a découvert son cancer du poumon. Elmer parle ouvertement du fait qu'il a fumé toute sa vie et se remémore le manque de sensibilisation aux risques associés au tabagisme, à l'époque. L'amélioration de la sensibilisation au cancer du poumon chez les peuples autochtones est très importante pour Elmer lorsqu'il s'adresse aux jeunes générations, notamment en ce qui concerne les risques associés au tabagisme.

C'est en parlant avec son fils qu'il s'est rendu compte qu'il y avait deux façons d'envisager le diagnostic devant lui : laisser le cancer gagner ou tirer avantage de l'amour et du soutien autour de lui, et tenter activement de survivre. « Tiens bon », c'est ce que son fils lui a dit et c'est ce qu'il a fait en terminant sa première série de traitements.

À titre de force indépendante au sein de sa communauté et avec sa famille, il lui était parfois difficile de laisser les autres l'aider. En tant que grand-père aimant avec plus d'une douzaine d'arrière-petits-enfants, l'amour et le soutien écrasants qu'il a reçus comme patriarche de la famille étaient sa principale source d'espoir.

Le cancer du poumon fait partie intégrante du parcours de vie d'Elmer désormais. Il considère la maladie comme une chose avec laquelle il « devra composer jusqu'à la fin de ses jours », et cette expérience de vie est riche d'enseignements. Optimiste et dynamisé par le soutien de son cercle, Elmer admet : « Je ne sais pas ce que c'est que de baisser les bras. »

« Les gens pensaient que j'avais une vie parfaite. J'étais un médecin respecté avec une belle femme et des jumeaux; c'était presque idyllique. Personne n'aurait deviné que le cancer du poumon était à l'affût et essayait de menacer ma famille heureuse. Je n'avais que 52 ans. Actif et en bonne santé, je n'ai jamais fumé. Mais c'était vrai. J'ai reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules métastatique de stade IV. Comme médecin, je tenais les commandes des soins prodigués aux autres, mais pour la première fois, j'ai dû mettre mon espoir entre les mains des autres. »

- Dr Marcelo Kremenutzky



Elmer Courchene (aîné)
Pine Falls, Man.

LE CANADA CONTINUERA DE MISER SUR LA PUISSANCE ET LA FORCE DE LA COMMUNAUTÉ POUR MENER L'HISTOIRE DU CANCER DU POUMON VERS UNE FIN HEUREUSE.



PARTIE : 2

RÉALISATIONS CANADIENNES

LE POINT SUR LE DÉPISTAGE

#ESPOIRENDÉPISTAGE

Le Canada continue d'apporter une contribution importante à la base mondiale de recherches sur le cancer du poumon et d'innover dans le domaine du dépistage et du diagnostic. Le Dr Stephen Lam, FRCPC, président du Lung Tumor Group et de la fondation Judah Leon Blackmore, scientifique au BC Cancer Agency et professeur de médecine à l'Université de la Colombie-Britannique, a dirigé une équipe canadienne qui a montré qu'un outil de prévision du risque pour détecter le cancer du poumon à un stade précoce chez les personnes à risque élevé est supérieur en matière de précision par rapport aux autres modèles.

Le modèle de prévision du risque de cancer du poumon Pan Can Lung est utilisé pour déterminer si une personne devrait subir un dépistage annuel par tomographie à densité (TDM) pour détecter un cancer du poumon à un stade précoce. La nouvelle méthodologie a surpassé les performances des critères d'inclusion actuels pour le dépistage, comme la recommandation du *US Preventive Services Task Force*. À l'heure actuelle, les lignes directrices américaines et canadiennes sur le dépistage du cancer du poumon sont fondées sur l'âge et les antécédents de tabagisme. Mais, en plus, le modèle Pan Can tient compte de nombreuses autres variables, comme le sexe, les antécédents familiaux de cancer du poumon, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle.

Dans le cas du cancer du poumon, la détection précoce est d'une importance capitale. Si une personne à risque élevé reçoit un diagnostic avant l'apparition des symptômes, lorsque le cancer est à un stade précoce, les chances de survie sont très bonnes. Le Dr Lam estime que jusqu'à 75 % des patients atteints d'un cancer du poumon avancé sont incurables, mais ce taux peut être inversé. Grâce à l'adoption de protocoles de dépistage convenables, les probabilités changent

radicalement, et 75 % des diagnostics sont posés à un stade précoce où un traitement curatif est possible.

Après la publication d'une directive par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandant le dépistage annuel du cancer du poumon chez les adultes à risque élevé de 55 ans à 74 ans, qui avaient fumé au moins 30 paquets-années (c.-à-d., un paquet par jour pendant 30 ans), la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario ont été les premières provinces à mettre à l'essai des programmes de dépistage qui permettront d'élaborer une norme provinciale. Trois établissements en Ontario participent au programme qui s'étend à d'autres établissements. Le projet pilote en Colombie-Britannique est associé à un essai international de dépistage pulmonaire mené en collaboration avec l'Australie et Hong Kong, destiné à tester l'utilisation de l'informatique comme aide à la lecture des tomographies à densité et à examiner d'autres facteurs de risque de cancer du poumon, comme la pollution atmosphérique et la prédisposition génétique, afin d'améliorer davantage les critères de sélection pour le dépistage. De nouveaux programmes sont en cours à Montréal, et le projet pilote en Alberta a demandé une prolongation.

« Toutes les provinces doivent aller de l'avant ensemble pour mettre en œuvre un programme de dépistage normalisé. Les projets pilotes ont permis de cerner les problèmes potentiels, mais il est temps de mettre en place un dépistage de routine, comme c'est le cas pour le cancer colorectal et le cancer du sein. ». Le Dr Lam souligne le fait que ces programmes ne sont pas coûteux et qu'ils permettent au système de santé de réaliser des économies considérables. Lorsque les cancers sont détectés à un stade précoce, le taux de guérison s'améliore et nous éliminons les coûts de traitement à un stade avancé, qui est le stade le plus coûteux.

L'intelligence artificielle commence à devenir plus courante dans la discussion sur le dépistage du cancer du poumon. « C'est l'avenir, affirme le Dr Lam. La prochaine innovation dans le dépistage viendra de la lecture des tomographies à densité par intelligence artificielle, laquelle permet de détecter avec précision les nodules pulmonaires et d'autres changements dans les poumons, afin de déterminer le risque de cancer du poumon d'une personne. »

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

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

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

CANCER PULMONAIRE CANADA CROIT DANS L'INCIDENCE POSITIVE DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE, ET NOUS DEMANDONS À TOUS LES PALIERS DU GOUVERNEMENT D'ACTUALISER UN PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE QUI PERMETTRA DE SAUVER ENCORE PLUS DE VIES.



Dr Stephen Lam

professeur de médecine, Colombie-Britannique

NOUVELLES DES ESSAIS CLINIQUES – LE POINT DU CONGRÈS INTERNATIONAL DU CANCER DU POU MON

#ESPOIRENTRAITEMENT

Cet automne, le Canada a accueilli le 19^e Congrès international du cancer du poumon, une assemblée importante qui attire beaucoup d'attention en raison de ses mises à jour très attendues sur la recherche. Le congrès est le plus grand rassemblement international de cliniciens, de chercheurs et de scientifiques dans le domaine du cancer du poumon et de l'oncologie thoracique.

Le symposium présidentiel, organisé dans le cadre du congrès, est une présentation des principaux résultats de recherche jugés par le groupe d'experts scientifiques comme étant les plus importants.

La première présentation lors du symposium présidentiel était l'étude mondiale de phase 3 PACIFIC³. Les données ont montré que le durvalumab, un agent biologique, améliorait significativement la survie globale (SG) chez les patients atteints d'un CPNPC de stade III, non opérable, lorsqu'il est administré pendant un an après une chimioradiothérapie (CRT). Il s'agit de la première percée majeure pour cette maladie depuis de nombreuses années, qui améliore le taux de guérison. Pour mettre les choses en contexte, le cancer du poumon de stade III est le stade diagnostiqué chez des milliers de personnes chaque année au Canada; donc, de nombreuses vies seront sauvées. L'étude PACIFIC a fourni des preuves convaincantes de l'avantage sans précédent du traitement par le durvalumab comme nouvelle norme de soins.

La deuxième présentation dans le cadre du symposium présidentiel a exposé les premiers résultats d'une étude sur le brigatinib, un inhibiteur de l'ALK. En bref, l'étude a démontré que le brigatinib s'est révélé efficace dans le traitement du CPNPC ALK+, retardant en moyenne la

progression du cancer pendant au moins 16,7 mois. Cette étude portait sur des patients atteints d'un CPNPC ALK+ avancé qui n'avaient jamais reçu d'autres inhibiteurs de l'ALK auparavant. Les patients ont pris soit du brigatinib, soit du crizotinib, l'inhibiteur original de l'ALK. Le brigatinib a produit une amélioration cliniquement significative de la survie sans progression par rapport au crizotinib, ce qui augmente les options offertes à ces patients. Il faut encore du temps pour connaître tous les résultats de cette étude.

« Le Congrès international du cancer du poumon est toujours l'épicentre des nouvelles recherches qui ont le potentiel de façonner l'avenir des traitements cliniques du cancer du poumon, affirme le Dr Paul Wheatley-Price, président de Cancer pulmonaire Canada. Les données et les recherches nous ont propulsés dans une nouvelle ère de la maladie. Nous réalisons des progrès remarquables, qui se reflètent dans les issues cliniques positives rapportées lors du congrès, ce qui nous donne un grand espoir. »

La troisième présentation importante pendant le symposium présidentiel concernait l'essai IMpower133. Le cancer du poumon à petites cellules n'a pas connu de progrès depuis des décennies, et cette étude a évalué l'efficacité et l'innocuité de l'ajout de l'atézolizumab, un agent biologique, à la chimiothérapie standard à base de carboplatine et d'étoposide, chez des patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA). Les résultats ont montré que l'ajout de l'atézolizumab à la chimiothérapie a entraîné une prolongation significative de la survie et a retardé la progression du cancer, sans augmentation inquiétante des effets secondaires. L'atézolizumab, le carboplatine et l'étoposide

pourraient devenir un nouveau schéma thérapeutique standard pour les patients atteints d'un CPPC-SA non traité.

La présentation finale a toutefois été décevante, mais il est tout aussi important d'apprendre ce qui ne fonctionne pas afin de ne pas prescrire de médicaments inefficaces ou de ne pas répéter des études de recherche ayant donné des résultats négatifs. L'étude LUME-MESO a fait l'essai du nintedanib, un agent qui cible la croissance des vaisseaux sanguins dans les tumeurs, en association avec une chimiothérapie à base de pémétréxed/cisplatine, chez des patients atteints d'un mésothéliome pleural malin non résécable. En comparaison avec le groupe placebo dans cette étude, l'essai n'a fait état d'aucun avantage lié à l'ajout du nintedanib.

La présentation de l'étude NELSON, qui confirme l'incidence majeure du dépistage du cancer du poumon, a été probablement la plus percutante parmi toutes les présentations faites durant le symposium présidentiel. L'étude NELSON a été abordée plus tôt dans le présent rapport, dans le point sur le dépistage.

Le symposium présidentiel du Congrès international du cancer du poumon montre clairement le chemin parcouru par la science, et toutes ces découvertes changent la vie des patients. Il souligne l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces aux stades précoces du cancer du poumon. Toutes les recherches ne donnent pas les résultats escomptés, comme ce fut le cas pour les cibles du nintedanib. La recherche alimente la science et même lorsque les objectifs ne sont pas atteints, des progrès sont encore réalisés dans l'application de ces apprentissages à la prochaine découverte.

CANCER PULMONAIRE CANADA CROIT QUE LES ESSAIS CLINIQUES SONT UNE NORME DE SOINS ET ENCOURAGE LES PATIENTS À EXPLORER COMMENT LES ESSAIS CLINIQUES PEUVENT FAIRE PARTIE DE LEURS SOINS.



Dr Paul Wheatley-Price
président de Cancer pulmonaire Canada.

DES PROGRÈS QUI CHANGENT LA DONNE

#ESPOIRENSCIENCE

Les tests et les diagnostics avancés révolutionnent les méthodes de traitement du cancer du poumon comme jamais auparavant. De nouvelles techniques d'analyse des biomarqueurs servent à déterminer les mutations génétiques particulières à des vitesses remarquables, ce qui permet de vraiment personnaliser le traitement en fonction de chaque patient. Comme la majorité des cancers du poumon sont diagnostiqués à des stades avancés, le temps signifie qu'un patient a de meilleures chances de survie. L'objectif ultime.

Le Canada est depuis longtemps un pionnier et un chef de file dans le domaine de la recherche moléculaire, remettant en question le statu quo pour trouver de nouvelles méthodes diagnostiques. Le Dr Zhaolin Xu, professeur au Département de pathologie de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie, étudie les mutations génétiques dans le cancer du poumon humain en plus de l'évaluation pathologique de la tumeur. De nouvelles techniques d'essai permettent maintenant de diviser les patients en différents sous-groupes en fonction non seulement de la morphologie de la tumeur, mais aussi selon le profil moléculaire, leur donnant accès à des thérapies ciblées personnalisées. En 2005, le Dr Xu et ses collègues ont créé la banque de tumeurs pulmonaires QE II pour la recherche, qui a été certifiée par le Réseau canadien de banques de tumeurs (RCBT). La banque est devenue l'une des plus importantes au pays, une réalisation majeure dans le domaine de la recherche au Canada.

« Nous vivons des moments palpitants dans le domaine des tests génétiques pour le cancer du poumon; la recherche est devenue si avancée qu'elle nous donne vraiment beaucoup d'espoir et d'optimisme, précise le Dr Xu. Nous allons commencer à entendre beaucoup parler de PD-L1, qui suscite autant d'enthousiasme que les tests du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR), il y a quelques années. Je pense qu'il aura un effet spectaculaire sur la survie des patients dans les années à venir. »

Selon une nouvelle recherche menée par le Dr Xu, tous les patients atteints d'un CPNPC avancé devraient subir un test de dépistage de la protéine PD-L1 au moment du diagnostic. Les inhibiteurs du point de contrôle immunitaire sont en train de tenir leurs promesses dans le traitement du cancer du poumon. L'expression des protéines du point de contrôle immunitaire est un mécanisme qui permet aux tumeurs de désactiver la réponse immunitaire normale de l'hôte et d'éviter d'être détruites⁴. Les inhibiteurs du point de contrôle immunitaire sont efficaces contre le cancer du poumon et agissent sur un certain nombre de cibles moléculaires. Il s'agit notamment du récepteur de la protéine d'apoptose transmembranaire 1 (PD-1), exprimé sur les lymphocytes T, les cellules tueuses naturelles et certains lymphocytes B⁴. Les deux ligands PD-1 sont le ligand récepteur 1 (PD-L1) et le ligand récepteur 2 (PD-L2), qui sont tous deux exprimés dans un large éventail de cellules effectrices, de cellules présentant l'antigène et de lymphocytes T⁴.

Selon le Dr Xu, « Il s'agit d'une science complexe, et nous nous frayons un chemin en prenant note des succès et des échecs pour perfectionner nos connaissances. Le projet canadien de validation de la qualité PD-L1 22C3 se déroule actuellement dans plus d'une douzaine d'établissements au Canada, dans le but de normaliser un essai sans trousse pour l'expression du PD-L1. Ce genre de recherche peut changer la donne. »

Le nivolumab et le pembrolizumab sont deux anticorps anti-PD-1 qui sont approuvés au Canada après l'échec de la chimiothérapie traditionnelle contre le CPNPC avancé. Le nivolumab peut être prescrit sans analyse des biomarqueurs pour l'expression de la PD-L1. Le pembrolizumab est limité aux patients atteints de tumeurs exprimant la PD-L1. Approuvé par Santé Canada, le pembrolizumab s'est également révélé plus efficace que le doublet de chimiothérapie avec sels de platine chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement et dont la tumeur exprime la PD-L1 dans 50 % des cellules tumorales ou plus⁴.

Le Comité d'experts en oncologie thoracique est d'avis que le test PD-L1 devrait être facilement accessible au moment du diagnostic du CPNPC, tant squameux que non squameux, afin d'accélérer l'administration du pembrolizumab aux patients admissibles⁵. Santé Canada a approuvé le pembrolizumab comme traitement de première intention du CPNPC avancé.

CANCER PULMONAIRE CANADA CROIT QUE LES TESTS MOLÉCULAIRES SONT ESSENTIELS À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET SUGGÈRE D'INTENSIFIER LES EFFORTS POUR ASSURER LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCÈS À CES TESTS.



Dr Zhaolin Xu,

professeur au Département de pathologie de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie

#ESPOIRENORIENTATION

Jennifer Smylie était l’infirmière principale et la gestionnaire clinique de la Clinique d’évaluation du cancer Ages et du Centre de santé du sein de la femme, à l’Hôpital d’Ottawa, avant de prendre sa retraite cette année. Ses cliniques étaient responsables de l’admission des patients atteints des quatre cancers à volume élevé (cancer du poumon, cancer du sein, cancer colorectal et cancer de la prostate). Jennifer et une équipe interprofessionnelle, ainsi que des patients et des membres de leurs familles ont travaillé à peaufiner les processus et à rationaliser les voies d’évaluation et de diagnostic du cancer du poumon. Un certain nombre d’initiatives ont été mises à l’essai au cours des dernières années afin d’améliorer l’accès aux diagnostics et de faire passer les patients du renvoi au traitement le plus rapidement possible.

« J’ai commencé dans ce domaine il y a plus de 10 ans, et il faut vraiment beaucoup de coordination, car il y a tellement d’éléments à envisager. À mesure que nous améliorions de petits éléments du cheminement diagnostique et que nous célébrions les succès, nous savions que nous devions avoir une vue d’ensemble pour vraiment changer complètement le parcours de soins aux patients atteints d’un cancer du poumon – nous sommes vraiment très fiers de ce que nous avons accompli à Ottawa. »

L’expérience globale des soins aux patients et la réduction du temps de traitement étaient les principaux objectifs de ce projet-pilote. En présence d’un renvoi suspect, un examen et une réponse en une journée étaient une pratique courante. Pour tous ceux qui ont déjà attendu les résultats de leurs analyses, en particulier pour quelque chose d’aussi grave qu’un cancer du poumon, un appel le lendemain de l’hôpital est essentiel. Lors de l’examen collectif quotidien par les médecins, les radiologues peuvent

vérifier les tomodensitogrammes pendant que les chirurgiens thoraciques demandent les biopsies et les tests de stadification convenables.

« Habituellement, en moins d’une journée, une infirmière de mon équipe appelait le patient pour lui communiquer les informations et lui fixer des rendez-vous coordonnés afin de maximiser son temps à l’hôpital. Il n’était pas rare que les patients soient surpris de la rapidité avec laquelle nous agissions », dit Jennifer.

La « journée d’orientation » était souvent la première étape pour tous les patients de la clinique d’évaluation d’Ottawa. C’était l’occasion de rencontrer leurs infirmières et leur équipe de soins, de poser des questions et de subir les tests ou analyses nécessaires. Les membres de la famille et les amis jouaient un grand rôle pendant cette journée importante dans le parcours du patient, offrant confort et force. Les patients réagissaient extrêmement bien pendant cette journée, et tout le monde était rassuré que des experts géraient étroitement leurs soins.



Jennifer Smylie

l’infirmière principale et la gestionnaire clinique de la Clinique d’évaluation du cancer Ages et du Centre de santé du sein de la femme

ANDREA REDWAY

Profil d’une patiente

Le travail a emmené Andrea Redway dans des endroits éloignés. Ayant déjà vécu en Asie, elle était emballée à l’idée de voyager enfin avec son mari et ses enfants au Vietnam. Andrea est une avocate qui s’intéresse particulièrement à l’élaboration de lois justes et équitables et à la réforme du droit dans les pays en développement. En un mot, Andrea était dévouée à sa famille et aux gens qu’elle aidait par son travail. C’est lors de ce grand voyage en famille qu’Andrea a commencé à remarquer des symptômes inquiétants.

À son arrivée au Canada, elle a consulté un médecin et, comme elle voyageait souvent et qu’elle avait une toux persistante, le médecin a soupçonné des signes précoces d’une pneumonie. Les antibiotiques n’ont pas eu d’effet, et sa fatigue extrême pendant plusieurs semaines l’a poussée à retourner chez le médecin. Comme Andrea et sa famille venaient tout juste de déménager de Toronto à Ottawa, elle ne connaissait pas bien la ville et n’avait pas de médecin de famille permanent. Le médecin l’a envoyée subir des tests, et le pneumologue lui a donné cinq possibilités, le cancer du poumon étant au bas de la liste. Elle ne fumait pas, mangeait sainement et était incroyablement active. Le cancer du poumon n’a jamais été ce à quoi elle s’attendait, même si c’est exactement ce dont elle souffrait. La maladie était très avancée, au stade IV, avec des métastases au cerveau, dans les glandes surrénales, les os et des signes précoces dans le côlon. La vie d’Andrea a été bouleversée en quelques instants.

Comment allait-elle l’annoncer à ses enfants qui avaient 8 ans et 11 ans à l’époque? Andrea et son mari ont dû rapidement accepter le diagnostic afin de créer le plan de traitement le plus efficace et de déterminer la meilleure option pour leurs enfants. Le mari d’Andrea voulait qu’ils le sachent, mais elle voulait les protéger de cette nouvelle dévastatrice, le plus longtemps possible. Après en avoir parlé aux membres de leur famille et à leurs amis, ils ont attendu une semaine après le 8^e anniversaire de leur fille pour lui annoncer la nouvelle. C’était une période douloureuse pour tout le monde, la peur de perdre quelqu’un, la peur de l’inconnu, c’était parfois trop dur à gérer.

Le solide réseau de soutien d’Andrea s’est soudé rapidement. Bien qu’elle ait emménagé dans une ville nouvelle, les expressions d’amour et d’espoir n’ont pas cessé d’affluer. Andrea a reçu une association de chimiothérapie et de radiothérapie, et son équipe médicale a placé de grands espoirs dans un nouvel agent biologique qui n’était pas encore approuvé au Canada. Elle a pu recevoir une première dose dans le cadre du programme d’accès compassionnel du fabricant avant de présenter des complications chirurgicales qui ont mis sa vie en danger. Andrea était forte, et malgré une situation qui semblait désespérée à tous les niveaux, son espoir et le soutien de sa famille et de ses amis l’ont ramenée à la vie.

La nouvelle immunothérapie a eu des effets radicaux sur le cancer du poumon, réduisant la taille de la tumeur de moitié et éliminant les métastases complètement. Soudain, au milieu d’une telle incertitude, son avenir était prometteur et la famille pouvait commencer à penser au-delà du cancer du poumon qui avait pris le dessus sur la vie de tous. Cela fait deux ans qu’elle subit des analyses régulièrement, mais le cancer du poumon d’Andrea reste stable sans aucun signe de croissance.

« Même en présence d’un diagnostic de cancer au stade avancé incroyablement désastreux, on ne peut jamais perdre espoir, et je ne l’ai jamais perdu. C’est une époque différente pour le cancer du poumon; la recherche et les nouveaux traitements changent l’avenir et créent des survivants, et je suis reconnaissante d’être l’une d’eux. »

-Andrea Redway



MOBILISER LA PROCHAINE GÉNÉRATION

#ESPOIRDANS AVENIR

Il est bien établi que le cancer du poumon est extrêmement sous-financé et qu'en fait, il reçoit moins de 1 pour cent des dons privés du pays. Bien qu'il s'agisse d'un cancer si mal compris et sous-financé, il y a eu de nombreux partenariats et de nombreux jalons à célébrer. Les chercheurs canadiens participent à des avancées inouïes, y compris des thérapies ciblées. Les données les plus récentes permettent de croire que la qualité de vie et la longévité s'améliorent avec ces nouveaux traitements. Parmi les autres progrès réalisés, mentionnons la mise au point de techniques de radiothérapie de haute précision, de chirurgie robotique et d'autres techniques de chirurgie peu effractives, ainsi que des données récentes à l'appui des tomographies à faible dose comme outil de dépistage efficace de la maladie.

Chacune de ces avancées est porteuse d'espoir. Pour les Canadiens qui luttent contre un cancer du poumon, c'est souvent l'espoir qui les pousse à se battre jour après jour. C'est aussi l'espoir qui anime tant d'initiatives importantes pour l'avenir.

Convoy For Hope – Atlantic est un exemple de la façon dont l'espoir peut inspirer le changement. Cette célébration annuelle d'un jour réunit les camionneurs et leurs partenaires afin de sensibiliser le public, de promouvoir le dépistage précoce et d'amasser des fonds pour la lutte contre les quatre cancers les plus répandus au Canada atlantique. Le groupe est un partenaire de la recherche canadienne et a joué un rôle déterminant dans la production et la distribution publique d'informations de soutien aux patients atteints d'un cancer du poumon et à leurs familles.

Cancer pulmonaire Canada, Convoy For Hope – Atlantic et le Beatrice Hunter Cancer Institute ont conjugué leurs efforts à ceux de deux associations provinciales, la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick et la Dalhousie Cancer Awareness Research Society, pour offrir aux étudiants de l'Est du Canada des possibilités de recherche sur le cancer du poumon. Ensemble, ils ont financé deux bourses d'études. Ethan Toumishey, étudiant en médecine de deuxième année, est le récipiendaire du prix au Nouveau-Brunswick, et Shonara Gibson, étudiante de premier cycle, est la récipiendaire du prix en Nouvelle-Écosse.

L'esprit d'espoir ne s'arrête pas avec Convoy For Hope. La famille de Betty Rice, une patiente atteinte d'un cancer du poumon qui est décédée, croit fermement au pouvoir de l'espoir. Lorsque leur matriarche est décédée d'un cancer du poumon il y a quelques années, la famille Rice a ressenti un vide profond. Malgré son combat contre la maladie, Betty était connue pour son optimisme et sa belle humeur. La famille Rice ne voulait pas que le souvenir de Betty s'estompe et voulait transformer sa mort en un événement positif, quelque chose qui pourrait inspirer les autres dans leurs propres cheminements personnels.

Le prix Betty Rice a été créé pour promouvoir la recherche sur le cancer du poumon par des boursiers cliniciens ou des étudiants diplômés. Ce prix est un symbole de la force de Betty et constitue un phare pour le milieu de la recherche sur le cancer du poumon. Chaque année, le récipiendaire du prix bénéficie de 3 000 \$ pour ses travaux de recherche. Les demandes annuelles de bourse de recherche sont examinées

par un comité multidisciplinaire composé du Dr Kevin Rice, fils de Betty Rice, radiologue à l'UCLA, et du Dr Stephen Lam, président du comité d'examen du prix Betty Rice, BC Cancer Research Center. Le récipiendaire fait une brève présentation de son projet de recherche au Congrès annuel du cancer du poumon au Canada.

« Nous avons créé ce prix en l'honneur de ma mère. L'éducation a toujours été incroyablement importante pour elle, et cette reconnaissance incarne son espoir pour les générations futures, où la recherche et la science changeront un jour l'issue du cancer du poumon, dit Alana Korsunsky. Nous savons que l'espoir donne des ailes! Lorsque ma mère a reçu son diagnostic pour la première fois, nous en savions très peu sur la maladie. Les progrès réalisés pour cibler les traitements sont une réalisation remarquable que nous devons célébrer. »

Cancer pulmonaire Canada est bien plus que reconnaissant de tous les partenariats, comme ceux du Convoy for Hope et du Prix Betty Rice. Ce sont des fonds de dotation comme ceux-ci qui font avancer notre mission, rendant les réalisations dans le domaine du cancer du poumon plus significatives et plus prometteuses que jamais auparavant, et créant plus d'espoir chez toutes les personnes touchées par le cancer du poumon.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU POU MON EST UN EFFORT COLLECTIF ET CANCER PULMONAIRE CANADA REMERCIE LA COMMUNAUTÉ DE SON SOUTIEN.



ALANA KORSUNSKY

Profil d'une patiente

On dirait que c'était hier, se souvient Alana Korsunsky. Sa mère Betty Rice est décédée d'un cancer du poumon en 1999. Toutefois, il y a tout juste vingt ans, le paysage des traitements et des soins pour une personne atteinte d'un cancer du poumon était très différent de ce qu'il est aujourd'hui. Betty n'a jamais fumé. C'était une femme d'une cinquantaine d'années, en bonne santé, qui avait développé une toux. Qui aurait cru qu'une toux était plus qu'une simple toux? Betty avait reçu un diagnostic de cancer du poumon à petites cellules au stade III. À l'époque, Betty recevait les meilleurs soins possibles, mais c'était avant les traitements ciblés et l'immunothérapie. Après une radiothérapie, une chimiothérapie et une lobectomie, Betty était demeurée active et l'âme de toutes les réunions familiales.

La fille de Betty décrit sa mère comme quelqu'un de chaleureux qui pouvait nouer des liens avec tous ceux et celles qu'elle rencontrait. Au cours de sa lutte contre le cancer du poumon qui a duré trois ans et demi, on pouvait s'attendre à deux choses de Betty : son attitude positive et sa joie de vivre et... sa cuisine. Qu'il s'agisse de ses délicieuses pâtisseries pour les infirmières de l'hôpital ou de ses soupers du vendredi soir en famille, l'amour de Betty et ses liens avec la nourriture ont toujours rapproché les gens.

Avec tant de réalisations à célébrer, Betty a toujours voulu ce qu'il y a de mieux pour les autres. Sa fille se souvient encore de sa mère assise à côté d'un jeune garçon à l'hôpital, tous deux recevant leur chimio. Betty a alors

senti qu'elle avait une vie enrichissante avec une belle famille, qu'elle voyageait dans le monde et qu'elle voulait que tous ceux qui luttent contre le cancer aient les mêmes possibilités.

La famille Rice a perdu un membre important en raison d'un cancer du poumon. À la mémoire d'une matriarche bien-aimée qui en a inspiré plusieurs, la famille a créé le Prix Betty-Rice pour promouvoir la recherche sur le cancer du poumon au Canada. Il était très important pour Betty que les patients soient perçus comme des personnes, pas seulement comme un nom dans un dossier, mais comme la mère ou le fils de quelqu'un. Le nom de Betty ne sera pas oublié; il continuera d'inspirer de nouvelles recherches et de jouer un rôle dans la vie de quelqu'un.

Après le choc initial, il n'y avait plus de place aux pleurs. Pas de temps à perdre. Tous les membres de la famille sont passés aux actes et, malgré un pronostic grave, la famille était animée par l'espoir et l'optimisme pour l'avenir. Il ne faut pas sous-estimer les petites réalisations. L'idée qu'à chaque jour suffit sa peine m'a apporté du réconfort, et en posant des jalons atteignables, j'ai pu gagner en force et en élan. J'ai établi comme but le deuxième anniversaire de mes jumeaux. Puis, de passer une autre période de fêtes de fin d'année avec ma famille... et la liste a continué.

- Dr Marcelo Kremenchutzky

LA COLLABORATION EST UNE RÉALISATION CANADIENNE. LE TRAVAIL DE NOS PATIENTS, DE NOS PARTISANS, DE NOS INFIRMIERS, DE NOS MÉDECINS ET DE NOS CHERCHEURS NOUS PERMET DE POURSUIVRE LA LUTTE ET NOUS DONNE DE L'ESPOIR.



Betty Rice

Colombie-Britannique

PARTIE : 3

TRAVAUX EN COURS

QUI PAIE POUR LE CANCER?

#FINANCEMENTESPOIR

Cancer pulmonaire Canada croit que l'innovation en matière de traitement est porteuse d'espoir pour les patients, leurs familles et le milieu médical. Il y a quelques années, il n'y avait pas grand-chose à offrir en matière de traitements, mais heureusement aujourd'hui, c'est une toute autre histoire. L'innovation change tout et les nouveaux traitements approuvés au Canada signifient que les patients vivent plus longtemps, même lorsque la maladie est à un stade avancé, et que les taux de survie globale suivent une trajectoire ascendante.

« Au cours des dernières années, nous avons constaté tant d'améliorations dans de nombreux aspects du cancer du poumon. Le dépistage a le potentiel de sauver des milliers de vies, et la découverte scientifique de nouveaux sous-types de cancer du poumon grâce à des thérapies adaptées a révolutionné l'évolution de l'état de santé de nombreux patients. L'immunothérapie qui a émergé dans de nombreux domaines du cancer du poumon constitue un traitement bien toléré et efficace pour de nombreuses personnes, explique le Dr Paul Wheatley-Price. Nous ne pouvons pas ignorer les promesses que ces traitements peuvent nous offrir, et nous devons maintenant nous concentrer sur l'accélération des processus nécessaires pour que cet espoir puisse se concrétiser plus rapidement pour les patients. »

Chaque année, Cancer pulmonaire Canada évalue les médicaments contre le cancer du poumon approuvés au Canada, comparativement à ce qui se passe aux États-Unis. Particulièrement, cette comparaison expose les temps d'attente des patients canadiens atteints d'un cancer

du poumon pour avoir accès aux mêmes médicaments qui sauvent des vies. Le processus d'approbation aux États-Unis sert de référence à la comparaison des délais d'approbation des médicaments, puisque la FDA est souvent le premier organisme de réglementation au monde à approuver les nouveaux traitements. Les organismes de réglementation doivent être responsables de l'utilisation des deniers publics, mais d'après les données, le Canada doit moderniser son système pour que les patients aient un accès plus rapide et plus robuste à ces traitements qui changent la vie. L'espoir est à portée de main et nous ne devrions jamais refuser à un patient quelque chose qui pourrait lui procurer des bienfaits substantiels.



Tableau 2 – Délai entre l'approbation par la FDA et celle par Santé Canada

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPRO- BATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	État PPEA	Données de phase utilisées
afatinib (Giotrif®)	Traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avancé exprimant une mutation du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR)	12 juillet 2013	1^{er} novembre 2013	Recommandation finale le 2 mai 2014 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
alectinib (Alecensaro®) 2 ^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique), dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent	11 décembre 2015	29 septembre 2016	Recommandation finale le 29 mai 2018 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
alectinib (Alecensaro®) 1 ^{re} intention	Traitement de première intention chez les patients 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)	6 novembre 2017	11 juin 2018	Recommandation initiale : En instance	3
atézolizumab (Tecentriq)	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique avec progression pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci	18 octobre 2016	6 avril 2018	Recommandation initiale : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	2 + 3
brigatinib (Alunbrig)	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique), dont la maladie a évolué ou qui étaient intolérants à un inhibiteur ALK (crizotinib).	28 avril 2017	25 juillet 2017	Non soumis	2
ceritinib (Zykadia®) 2 ^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent	29 avril 2014	23 mars 2015	Recommandation finale le 3 décembre 2015 : Non recommandé	2
ceritinib (Zykadia®) Resoumission en 2 ^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent	29 avril 2014	27 mars 2015	Recommandation finale le 21 mars 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3

Information à jour au 22 octobre 2018

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

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPRO- BATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	État PPEA	Données de phase utilisées
crizotinib (Xalkori®) 2^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC avancé (sans traitement curatif) ou métastatique exprimant une mutation du gène ALK	6 août 2011	25 avril 2012	Recommandation finale le 4 octobre 2012 : Non recommandé	1/2
crizotinib (Xalkori®) Resoumission en 2^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC avancé (sans traitement curatif) ou métastatique exprimant une mutation du gène ALK	26 août 2011	25 avril 2012	Recommandation finale le 2 mai 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
crizotinib (Xalkori®) resoumission en 1^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC avancé (sans traitement curatif) ou métastatique exprimant une mutation du gène ALK	26 août 2011	25 avril 2012	Recommandation finale 21 juillet 2015 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
crizotinib (Xalkori®) ROS-1	Indiqué pour le traitement des patients atteints d'un CPNPC métastatique dont les tumeurs expriment le gène ROS1	11 mars 2016	27 août 2017	Non soumis	1/2
dabrafenib (Tafinlar®) + trametinib (MekinistMD) 2^e intention	Traitement d'association chez les patients atteints d'un CPNPC avancé, exprimant la mutation V600 du gène BRAF et ayant déjà reçu une chimiothérapie	22 juin 2017 (approuvé pour toutes intentions)	16 mai 2017 [approuvé seulement après l'échec d'une chimiothérapie antérieure]	Recommandation initiale : Non recommandé	2
nivolumab (Opdivo®) 2^e intention	Traitement des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie	4 mars 2015	26 février 2016	Recommandation finale le 3 juin 2016 : Recommandé et financé par les deniers publics dans la plupart des provinces	3
osimertinib (Tagrisso®) 2^e intention	Traitement des patients atteints d'un CPNPC localement avancé ou métastatique, exprimant la mutation T790M du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR), dont la maladie a progressé pendant ou après le traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de l'EGFR	13 novembre 2015	5 juillet 2016	Recommandation finale le 4 mai 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	2 (AC-C initial selon sur les données de la phase 2) Soumis-sion au PPEA selon les données de la phase 3

Information à jour au 22 octobre 2018

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

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPRO- BATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	État PPEA	Données de phase utilisées
osimertinib (Tagrisso®) 1^{re} intention	Traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont les tumeurs expriment la mutation EGFR	18 avril 2018	10 juillet 2018	Recommandation initiale : En instance	3
pembrolizumab (Keytruda®) 2^e intention	Pour le traitement du CPNPC métastatique avec tumeurs exprimant la mutation PD-L1 (comme déterminé par un test validé) chez les patients dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie à base de sel de platine	4 septembre 2014	15 avril 2016	Recommandation finale le 3 novembre 2016 : Recommandé et financé dans certaines provinces	2/3
pembrolizumab (Keytruda®) 1^{re} intention	Pour les patients atteint d'un CPNPC métastatique non précédemment traité dont les tumeurs expriment la mutation PD-L1 et qui ne présentent pas des aberrations génomiques tumorales du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) ou du gène kinase du lymphome anaplasique (ALK)	24 octobre 2016	12 juillet 2017	Recommandation finale le 23 août 2017 : Recommandé et financé dans certaines provinces	3
pémétréxed (Alimta®) 2^e intention	Traitement d'entretien chez les patients atteints d'un CPNPC non squameux avancé ou métastatique, suivant un traitement en première ligne avec du pémétréxed et de la cisplatine	2 juillet 2009	9 mai 2013	Recommandation finale le 19 novembre 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
ramucirumab (Cyramza®) 2^e intention	Traitement des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie à base de sels de platine en association avec le docetaxel	21 avril 2014	16 juillet 2015	Fermé, non soumis	3
durvalumab (IMFINZI®) CPNPC de stade IIIB non résécable	AC-C pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé et non résécable, dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiation à base de sel de platine	16 février 2018	4 mai 2018	Soumis au PPEA le 5 octobre 2018	3

Information à jour au 22 octobre 2018

KLA = kinase du lymphome
SNC = système nerveux central

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

ITK = inhibiteur de tyrosine kinase

Tableau 3 – Date de la couverture provinciale

Nom du médicament	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.
afatinib	1 ^{er} oct. 2014	30 sept. 2014	15 sept. 2014	16 oct. 2014	19 août 2014	4 mai 2016	29 déc. 2014	11 sept. 2014	1 ^{er} juin 2015	24 oct. 2016
alectinib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
atezolizumuab	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
ceritinib	1 ^{er} sept. 2018	Non financé	15 août 2018	19 juil. 2018	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
crizotinib (1 ^{re} intention)	1 ^{er} déc. 2015	18 déc. 2015	28 déc. 2015	18 jan. 2016	4 déc. 2015	8 fév. 2016	2 mai 2016	12 avr. 2016	1 ^{er} fév. 2016	1 ^{er} août 2018
crizotinib (2 ^e intention)	1 ^{er} mars 2014	31 oct. 2013	3 oct. 2013	17 oct. 2013	1 ^{er} oct. 2013	3 fév. 2014	1 ^{er} déc. 2013	8 nov. 2013	1 ^{er} avr. 2014	8 avr. 2014
dabrafenib + trametinib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
durvalumab	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab	1 ^{er} mars 2017	3 avr. 2017	23 mars 2017	13 mars 2017	21 mars 2017	22 mars 2017	1 ^{er} avr. 2017	2 mai 2017	3 août 2017	Not Funded
osimertinib (2 ^e intention)	1 ^{er} oct. 2018	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
pembrolizumab (1 ^{re} intention)	1 ^{er} fév. 2018	16 fév. 2018	7 déc. 2017	15 déc. 2017	17 jan. 2018	15 nov. 2017	24 mai 2018	2 mai 2018	30 mai 2018	Non financé
pembrolizumab (2 ^e intention)	1 ^{er} fév. 2018	16 fév. 2018	15 déc. 2017	7 déc. 2017	17 jan. 2018	15 nov. 2017	24 mai 2018	2 mai 2018	30 mai 2018	Non financé
pémétréxed	1 ^{er} mai 2014	1 ^{er} mai 2014	3 mars 2014	1 ^{er} juin 2014	1 ^{er} avr. 2014	1 ^{er} oct. 2014	1 ^{er} avr. 2014	1 ^{er} sept. 2014	1 ^{er} avr. 14	23 nov. 2015

Information à jour au 22 octobre 2018

Tableau 4 - Délai entre l’approbation par la FDA et la couverture provinciale

MÉDICAMENT Nom générique	DATE D’APPRO- BATION PAR LA FDA	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	N.-B.	T.- N.-L.	Î.-P.-É.
afatinib	12 juil. 2013	446	445	430	461	403	1027	535	426	719	1200
alectinib (1 ^{re} intention)	6 nov. 2017	Non financé	Non financé								
alectinib (2 ^e intention)	11 déc. 2015	Non financé	Non financé								
atezolizumuab	18 oct. 2016	Non financé	Non financé								
ceritinib	29 avr. 2014	1 586	Non financé	1 569	1 542	Non financé	Non financé				
crizotinib (1 ^{re} intention)	26 août 2011	1 558	1 575	1 585	1 606	1 561	1 627	1 711	1 691	1 620	2 532
crizotinib (2 ^e intention)	6 août 2011	938	817	789	803	787	912	848	825	969	976
dabrafenib + trametinb	22 juin-2017	Non financé	Non financé								
durvalumab	16 février 2018	Non financé	Non financé								
nivolumab (2 ^e intention)	4 mars 2015	728	761	750	740	748	749	759	790	883	Non financé
osimertinib (1 ^{re} intention)	18 avr. 2018	Non financé	Non financé								
osimertinib (2 ^e intention)	13 nov. 2015	1 053	Non financé	Non financé							
pembrolizumab (1 ^{re} intention)	24 oct. 2016	465	480	409	417	450	387	577	555	583	Non financé
pembrolizumab (2 ^e intention)	4 sept.-2014	1 246	1 261	1 198	1 190	1 231	1 168	1 358	1 336	1364	Non financé
pémétréxed (2 ^e intention)	2 juil. 2009	1 764	1 764	1 705	1 795	1 734	1 917	1 734	1 887	1734	2335

Information à jour au 22 octobre 2018

D' RAYMOND LAFLAMME

Profil de patient

Scientifique respecté et directeur fondateur de l'Institut d'informatique quantique de l'Université de Waterloo, le Dr Raymond Laflamme n'a eu aucun problème à résoudre des problèmes complexes. C'est en 2016 que Raymond reçoit un diagnostic de cancer du poumon de stade III, ce qui l'a plongé dans un milieu compliqué, imprévisible et complètement nouveau. Il justifiait l'essoufflement qu'il ressentait par des allergies printanières, il n'était pas fumeur, il ne correspondait pas au profil d'un patient atteint d'un cancer du poumon. C'est sa femme qui l'a poussé à consulter le médecin et à obtenir un renvoi à un spécialiste. Il fait remarquer qu'« elle m'a sauvé la vie en posant les bonnes questions lors de ce rendez-vous ».

Leurs enfants étaient déjà adultes et ne vivaient pas dans la maison familiale à l'époque. Ce diagnostic était menaçant pour la famille de Raymond, mais son réseau de soutien s'est rapidement constitué. Ce fut une autre révélation inattendue pour lui, à savoir à quel point le réseau de soutien et l'espoir sont importants.

Il est terrifiant de se retrouver dans le système de santé canadien avec un diagnostic de cancer – Raymond et son épouse avaient besoin d'aide pour comprendre comment déchiffrer le parcours complexe des soins. Raymond a eu la chance d'avoir un frère et une belle-sœur qui étaient médecins – ce qui s'est avéré un privilège majeur pour composer avec le cancer et comprendre quoi faire ensuite. Ils pensent souvent à la façon dont cette situation aurait pu être différente s'ils n'avaient pas reçu des conseils médicaux personnalisés

de leur famille. Ils se demandent comment d'autres Canadiens font face à leur maladie tout seuls.

De nombreux traitements de radiothérapie et de chimiothérapie ont réduit la taille de la tumeur de Raymond et l'ont rendu admissible à la chirurgie. Celle-ci a été couronnée de succès, et l'espoir qu'ils ont su garder avec tant de force les a aidés à traverser cette période extrêmement difficile de leur vie. Le travail a toujours été une priorité pour Raymond, et il avait des exploits remarquables à son actif comme preuve. Même pendant qu'il luttait contre le cancer du poumon, il a poursuivi le travail auquel il avait consacré sa vie, ce qui a décuplé son optimisme et lui a permis de ne pas laisser le cancer dominer ses pensées.

Cela fait deux ans, et Raymond est en rémission maintenant. Il a une nouvelle attitude et est heureux d'être en vie. Il est déterminé à soutenir la population de patients atteints du cancer du poumon par des initiatives de sensibilisation, de défense des droits et de collecte de fonds. Plus récemment, Raymond a terminé une randonnée à vélo de 125 km pour amasser des fonds pour le centre local de cancérologie de Waterloo, ce qui représente une réalisation d'espoir pour lui.

« Personne ne peut vaincre le cancer du poumon seul. Un réseau de soutien positif peut faire toute la différence face à un diagnostic traumatique. Demandez de l'aide et vous la trouverez. Elle existe sous tant de formes, alors acceptez-la. » -Dr Raymond Laflamme

CANCER PULMONAIRE CANADA CROIT AU POUVOIR DE L'ESPOIR, DE LA RECHERCHE ET DE LA DÉFENSE DES DROITS; ET QUE LES GRANDES RÉALISATIONS SE COMBINENT À DE GRANDS PARTENARIATS.



Dr Raymond Laflamme
Waterloo, ON



PARTIE : 4

CONCLUSION

UN MESSAGE DE CANCER PULMONAIRE CANADA #MOTIVATIONESPOIR

Nous reconnaissons les progrès et célébrons les réalisations qui nous ont propulsés dans un nouveau monde de cancer du poumon. Le Canada continue d'être un chef de file à bien des égards et, en tant que porte-parole national des patients, Cancer pulmonaire Canada se doit de nous pousser à en faire plus, puisqu'il y a tant encore à réaliser. C'est un fait que la survie s'est considérablement améliorée au cours de la dernière décennie et que la recherche crée des méthodes de traitement ciblé et des diagnostics jamais imaginés. Avec tant de progrès, nous ne pouvons pas dormir sur nos lauriers, car il y a encore des obstacles majeurs à surmonter pour ce qui est de la stigmatisation, des délais d'approbation des médicaments novateurs et de l'accès aux tests de dépistage ainsi qu'aux médicaments vitaux pour tous les Canadiennes et Canadiens. En tant que communauté avec de l'espoir en main, nous devons constamment mener des discussions importantes qui peuvent sauver et prolonger la vie des personnes atteintes d'un cancer du poumon – c'est notre devoir!

La stigmatisation continue de peser sur les patients atteints d'un cancer du poumon, malgré les histoires de Canadiens ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon sans jamais avoir fumé de leur vie. Le cancer du poumon n'est pas une maladie simplement liée au tabagisme. Démystifier cette notion peut sauver des vies. Le simple fait d'avoir des poumons suffit à avoir un cancer du poumon.

Le diagnostic et les tests moléculaires sont un pilier d'espoir pour nous tous. Les tests destinés à déterminer le bon traitement permettent de gagner du temps et, en fin de compte, d'améliorer les chances de survie d'un patient. Il est injuste qu'une Canadienne ou un Canadien n'ait pas accès à des soins cohérents qui peuvent non seulement avoir une incidence sur les symptômes physique de la maladie, mais aussi sur la qualité de vie aux différents stades du cancer. Les programmes d'orientation organisés par le personnel infirmier se sont révélés un excellent outil pour améliorer l'expérience du patient et profiter à la fois aux patients et à l'équipe médicale. De tels programmes, combinés aux dernières avancées en matière de traitement, sont synonymes d'espoir.

« Pour la communauté du cancer du poumon, il n'est pas dans notre nature de dormir sur nos lauriers, a déclaré le Dr Paul Wheatley-Price. Il y a un esprit implacable qui doit être reconnu puisqu'il nous a amenés à ce

moment historique dans l'histoire du cancer du poumon où nous pouvons ressentir un tel optimisme face à l'avenir. »

Les mises à jour cliniques du Congrès international du cancer du poumon, tenu à Toronto l'automne dernier, ont donné de l'espoir à tant de personnes. Les données montrent clairement à quel point les traitements novateurs sauvent des vies et donnent un aperçu de la nouvelle frontière de la médecine de précision. Le problème, cependant, c'est que malgré les données convaincantes pour le recours à de nouveaux médicaments, ceux-ci ne sont pas encore approuvés au Canada, ce qui crée un faux sentiment d'espoir. Selon le Dr Wheatley-Price : « L'accès est un champ d'action clé pour Cancer pulmonaire Canada, et nous continuerons de renforcer nos efforts à inciter les organismes de réglementation à améliorer la vie des Canadiens atteints d'un cancer du poumon. L'espoir est là et, ensemble, nous pouvons changer la donne. »

La voix collective des patients atteints d'un cancer du poumon doit résonner fortement. Pourquoi? En tant que principale cause de décès par cancer au Canada, le cancer du poumon demeure le plus sous-financé dans de nombreux domaines. La répartition des ressources, l'attention et même le manque de compassion ne correspondent pas à la gravité de la maladie. Accélérer la discussion sur les principaux enjeux liés au cancer du poumon au Canada profite à tout le monde – il n'y a pas de perdant quand on vainc le cancer du poumon!

« Mon cancer du poumon m'a offert une occasion unique. Après avoir prodigué des soins pendant plus de 30 ans, j'ai pu me mettre dans la peau de mes patients. Tout d'abord, il s'agit de la stigmatisation liée au cancer du poumon. Je comprenais le rôle que joue la stigmatisation dans les obstacles que doivent surmonter les patients atteints d'un cancer du poumon, mais en faire l'expérience personnellement s'est révélé tout un autre plat. J'ai ressenti le besoin de justifier ma maladie en tant que non-fumeur qui ne correspondait à aucune des statistiques. J'ai ressenti le manque de compassion. Il y avait ce besoin constant d'expliquer la situation, alors qu'un peu de gentillesse aurait dû l'emporter sur toute idée préconçue qu'on se fait sur le cancer du poumon. C'était inattendu pour moi. » - Dr Marcelo Kremenchutzky



PARTIE : 5

QUI SOMMES-NOUS?

CANCER PULMONAIRE CANADA #CPC

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

La mission de Cancer pulmonaire Canada comporte trois volets :

- 1) augmenter la sensibilisation du public au cancer du poumon;
- 2) soutenir les patients atteints d'un cancer du poumon ainsi que leur famille, et défendre leurs droits, 3) offrir des ressources éducatives aux patients, aux membres de leur famille, aux professionnels de la santé et au grand public.

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

« Beaucoup d'entre nous avons l'impression que chaque jour devrait être bon, alors que ce n'est pas du tout le cas. La vie peut être extraordinaire, mais nous devons anticiper et tirer des leçons de nos défis. C'est ici que nous trouvons la force et l'espoir d'aspirer la vie à pleins poumons. »

- Dr Marcelo Kremenichutzky

DÉFENSEUR INFATIGABLE DE LA COMMUNAUTÉ DU CANCER DU POUMON, LE D' MARCELO KREMENCHUTZKY A CHANGÉ TANT DE VIES. AVANT QUE NOUS PUISSIONS METTRE LA DERNIÈRE MAIN AU RAPPORT DE 2018 SUR LES DIFFÉRENTS VISAGES DU CANCER DU POUMON, LE D' KREMENCHUTZKY EST DÉCÉDÉ. SES PAROLES ET SES PERSPECTIVES INSPIRANTES EN TANT QUE PATIENT ET MÉDECIN CONTINUERONT DE CHANGER L'HISTOIRE DU CANCER DU POUMON ET D'AMÉLIORER LA SITUATION DE TANT DE CANADIENS TOUCHÉS PAR LE CANCER DU POUMON.

WWW.LUNGCANCERCANADA.CA

RÉFÉRENCES

¹ <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR.pdf?la=fr-CA>

² <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>

³ ANTONIA et coll. (2017). « (NCT02125461) A Global Study to Assess the Effects of MEDI4736 Following Concurrent Chemoradiation in Patients With Stage III Unresectable Non-Small Cell Lung Cancer (PACIFIC). »

⁴ KERR, K.M. et M.C. NICOLSON (2016). « Non-small cell lung cancer, PD-L1, and the pathologist », *Arch Pathol Lab Med*, n° 140, p. 249-54, [en ligne], <https://doi.org/10.5858/arpa.2015-0303-SA>.

⁵ RECK, M., RODRÍGUEZ-ABREU, D., ROBINSON, A.G. et coll. (2016). « Pembrolizumab versus chemotherapy for PD-L1-positive non-small-cell lung cancer », *N Engl J Med*, n° 375, p. 1823-33, [en ligne], <https://doi:10.1056/NEJMoa1606774>.

MENTIONS DE SOURCE

D' Marcelo Kremenichutzky avec sa famille – Heather MacEachern Tarasick (HRM Photography)

Lorne Cochrane – Darwin Mulligan Photography

Roz Brodsky – Howard Brodsky

Anne Marie Cerato avec son infirmière Nicole Perera-Low – Christina Amaral

Andrea Redway – Joelle Perrier

Jennifer McGrady – Tom McGrady

Raymond LaFlamme – Institut d'informatique quantique (IIQ)

Elder Elmer Courchene – gracieuseté de l'Assemblée des Premières Nations

Heather Hogan – Meg King

Diane Colton – Paula Hager

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

D^r Paul Wheatley-Price

Cancérologue interniste
Programme de cancérologie de
l'hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Trésorière

Maria Amaral

Défenseuse des droits des soignants
Toronto (Ontario)

Secrétaire

Sumbul Ali

Sun Life du Canada,
Compagnie d'Assurance
Toronto (Ontario)

ADMINISTRATEURS

Roz Brodsky

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

Anne Marie Cerato

Survivante d'un cancer du poumon
Défenseuse des droits des patients
Toronto (Ontario)

D^{re} Cheryl Ho

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

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste
Centre de cancérologie Juravinski
Hamilton (Ontario)

D^{re} Natasha Leighl

Cancérologue interniste
Hôpital Princess Margaret
Toronto (Ontario)

Lorraine Martelli

Infirmière praticienne
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Elizabeth Moreau

Défenseuse des droits des soignants
Ottawa (Ontario)

Joel Rubinovich

Comptable agréé
Toronto (Ontario)

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste
QEII Health Sciences Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

Présidente

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste
Centre de cancérologie Juravinski

Membres

D^r Normand Blais

Cancérologue interniste
Hôpital Notre-Dame du CHUM

D^{re} Nicole Bouchard

Pneumologue
Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke

D^r Quincy Chu

Cancérologue interniste
Cross Cancer Institute

D^r David Dawe

Cancérologue interniste
CancerCare Manitoba

D^{re} Cheryl Ho

Cancérologue interniste
BC Cancer Agency

D^{re} Diana Ionescu

Anatomopathologiste
BC Cancer Agency

D^r Stephen Lam

Pneumologue
BC Cancer Agency

D^{re} Natasha Leighl

Cancérologue interniste
Hôpital Princess Margaret

D^{re} Donna Maziak

Chirurgienne thoracique
L'hôpital d'Ottawa

D^r David Palma

Cancérologue interniste
London Health Sciences Centre

D^r Jeffrey Rothenstein

Cancérologue interniste
Lakeridge Health

D^{re} Stephanie Snow

Cancérologue interniste
QEII Health Sciences Centre

D^r Yee Ung

Radio-oncologue
Sunnybrook Health Sciences Centre

D^r Paul Wheatley-Price

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

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste
QEII Health Sciences Centre

D^r Sunil Yadav

Cancérologue interniste
Centre de cancérologie de Saskatoon

MEMBRES HONORAIRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Catherine Black

D^{re} Gail E Darling

D^r Peter Ellis

D^r WK (Bill) Evans

D^{re} Margaret Fitch

Ralph Gouda (fondateur)

D^r Michael Johnston

Peter F MacKenzie

Morton Sacks

D^{re} Frances Shepherd

D^r Yee Ung (fondateur)

EK (Ted) Weir

Magdalene Winterhoff (fondatrice)

REMERCIEMENTS

Cancer pulmonaire Canada tient à remercier le Comité consultatif médical et les experts pour leur soutien durant la rédaction de ce rapport. Nous aimerions aussi remercier D^r Stephen Lam, D^r Zhaolin Xu et D^r Paul Wheatley-Price pour leurs connaissances et leurs contributions, ainsi qu'Alana Korsunsky pour nous avoir fait part de l'histoire de Betty Rice. Nous adressons aussi un grand merci à Raymond LaFlamme, Andrea Redway, Elder Elmer Courchene et Jennifer Smylie pour leurs histoires. Nous remercions aussi la famille du D^r Marcelo Kremenutzky qui a accepté de le partager avec nous. C'est pour eux que nous poursuivons notre combat!



330, rue Bay, bureau 310
Toronto (Ontario) M5H 2S8

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

www.lungcancercanada.ca
info@lungcancercanada.ca

Numéro d'enregistrement de bienfaisance : 872775119 RR0001

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

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

Ce rapport a été rendu possible grâce au généreux soutien d'Astra Zeneca Canada, de Boehringer Ingelheim Canada, de Bristol-Myers Squibb Canada, d'Ethan Pigott, de Merck Canada, de Pfizer Oncology/EMD Serono, de Roche Canada, d'Abbvie et de Titan Creative. Sans votre aide, ce projet et cet effort n'auraient pas été possibles. MERCI!

© Cancer pulmonaire Canada, 2018.



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

330, rue Bay, bureau 310
Toronto (Ontario) M5H 2S8

416 785-3439 (Toronto)

1 888 445-4403 (sans frais)

416 785-2905 (télécopieur)

www.lungcancercanada.ca