



НАДЕЯТЬСЯ NADZIEJA
הוֹקָמָה
HOFFNUNG ΕΛΠΙΔΑ
اَلْأَمَلُ ESPERANZA СПОДИВАТИСЯ
希望 HOPE دى ما
ՀՈՒՅՍ

L'ESPOIR UNIT

RAPPORT SUR LES DIFFÉRENTS VISAGES DU CANCER DU POUMON

RECHERCHE ET ANALYSE SUR « L'ATTENTISME » RELATIF AU CANCER DU POUMON



CANCER
PULMONAIRE
CANADA

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDQUER.

2016

НЯТЬСЯ

ESPOIR

NADZIEJA

HOFFNUNG

ΕΛΠΙΔΑ

**RAPPORT SUR LES DIFFÉRENTS VISAGES
DU CANCER DU POUMON**

ERANZA

СПОДІВАТИ

NOVEMBRE 2016

ЗУНОРЕ

امال

L'ESPOIR UNIT

UN MESSAGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DU POUMON – RAPPORT DE CANCER PULMONAIRE CANADA DE 2016

AVANT-PROPOS

Alors que nous vivons dans un monde qui évolue à un rythme effréné, les patients souffrant du cancer le plus mortel au Canada **attendent encore des moyens de survivre!** Bien que le cancer du poumon tue plus de personnes que les cancers du sein, de la prostate et du côlon réunis, à cause de son caractère tabou, il accuse **un grand retard par rapport aux autres cancers pour ce qui est de la recherche, de l'aide aux patients et de l'accès opportun aux thérapies nouvelles et émergentes, susceptibles d'avoir un effet profond sur la qualité de vie et la survie globale des patients.**

En tant qu'instrument collectif qui donne voix au chapitre aux patients, **Cancer pulmonaire Canada se doit d'aborder ces inégalités** – le diagnostic de la maladie est source de traumatismes contre lesquels nous luttons, et nous faisons de notre mieux pour apprivoiser un système complexe qui ne s'est pas mis au diapason de la réalité à laquelle nous faisons face. Chaque jour de plus est un cadeau et, malgré la liste des inégalités qui s'allonge, nous restons confiants et sommes persuadés, en tant que communauté de patients, de soignants et de partisans, **que le cancer du poumon ne sombrera pas dans l'oubli!** Notre désir de vivre nous

motive à réclamer **un meilleur accès à de nouvelles thérapies efficaces**, tout en prônant pour **l'amélioration du processus d'approbation et de financement des traitements essentiels contre le cancer du poumon.**

Il n'est jamais trop tard pour susciter des changements, et nous demeurons optimistes et très confiants quant à nos chances de résoudre la stigmatisation causée par le cancer du poumon et de diffuser les connaissances sur cette maladie qui, au cours de l'année dernière seule, a tué presque 21 000 Canadiens.

Nous exhortons chacun de vous à **écouter**, à **compatir** et à **alléger** le fardeau que représente le cancer du poumon au Canada. **Le fardeau social et économique qui accable le système est intenable et atteindra bientôt son apogée.** Un meilleur soutien, des recherches plus poussées et un accès plus rapide aux thérapies innovantes amélioreront la vie des patients et de leurs soignants. Il est temps pour nous de d'être au diapason du rythme de l'innovation. Le cancer du poumon tue, et les patients n'ont pas le luxe d'attendre. **Joignez-vous à la communauté du cancer du poumon** et aidez-nous à faire des changements qui peuvent **considérablement améliorer la vie des patients et l'issue clinique.**

–Les partisans, soignants, familles et patients
de Cancer pulmonaire Canada

**LES PATIENTS
ATTEINTS D'UN
CANCER DU
POUMON ET
LEUR FAMILLE
MÉRITENT D'ÊTRE
SOUTENUES**

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION

Page 4

Remettre les pendules à l'heure – vue d'ensemble en temps réel

2. CANCER DU POUMON AU CANADA

Page 6

Le dépistage sauve des vies – le point de 2016 sur le dépistage

D'un océan à l'autre – Le cancer du poumon au Canada

Information de base sur le cancer du poumon

Cancer du poumon chez les femmes – nouvelle recherche : les femmes canadiennes sont défavorisées

Halte! Le cancer du poumon et sa stigmatisation

3. TENDANCES DE LA RECHERCHE SUR LE CANCER DU POUMON

Page 14

Recherche mondiale – le cancer « invisible »

4. ACCÈS AUX TRAITEMENTS CONTRE LE CANCER DU POUMON AU CANADA

Page 18

Les traitements au Canada – un tollé national pour un combat équitable

La carte de l'attentisme – #L'espoirRenaît, mais les patients attendent

Qui paie pour combattre le cancer – ventilation du financement

5. CONCLUSION

Page 29

Temps de passer aux actes – la VISION pour le cancer du poumon au Canada

6. QUI SOMMES-NOUS?

Page 31

Cancer pulmonaire Canada

1

INTRODUCTION



Joseph Spampinato et famille, d'Upper
Tantallon (Nouvelle-Écosse)

REMETTRE LES PENDULES À L'HEURE – VUE D'ENSEMBLE EN TEMPS RÉEL

Les patients atteints de cancer du poumon au Canada ont de quoi espérer maintenant. Le cancer du poumon demeure l'un des cancers **le plus souvent diagnostiqués**, mais heureusement, **la prise de conscience s'accroît**. L'histoire du cancer du poumon semble éveiller des échos plus positifs et davantage de compassion. Chaque année, Cancer pulmonaire Canada fait des progrès dans sa quête d'éduquer le public sur le cancer du poumon au Canada.

L'innovation et la recherche contribuent à la **découverte de solutions qui font renaître l'espoir chez les patients et leurs familles**. Le dépistage et l'acceptation du dépistage peuvent aider à la détection précoce, ce qui permet aux personnes de vivre plus longtemps. En outre, au cours des cinq dernières années seules, les patients canadiens ont eu accès à un certain nombre de nouveaux traitements. En fait, depuis 2011, Santé Canada a approuvé **sept nouveaux médicaments pour le cancer du poumon** (afatinib, céritinib, crizotinib, nivolumab, osimertinib, pembrolizumab et pémétréxed). Toutefois, **malheureusement, les délais d'approbation, les coûts et le retard dans le financement public** de ces nouveaux médicaments **constituent des barrières qui entravent l'accès aux traitements en temps opportun**.

Aujourd'hui, nous avons atteint une étape cruciale dans notre lutte contre le cancer du poumon, avec des possibilités de dépistage plus étendues et un besoin urgent d'améliorer l'accès aux médicaments nouveaux et émergents. Si nous n'arrivons pas à répondre à ces

besoins sans tarder, les conséquences pourraient être radicales.

La communauté du cancer pulmonaire fait face à la réalité de la maladie tous les jours. Elle connaît les **20 800** Canadiens qui sont décédés des suites de cette maladie en 2015 et les **28 400** qui ont reçu un diagnostic¹ – ces personnes sont le **VISAGE DU CANCER DU POUMON**.

« Lorsqu'on vous dit que vous êtes atteint d'un cancer, vous êtes sous le choc ; vos idées s'embrouillent et, en général, vous ne vous rappelez de presque rien après que votre médecin vous annonce qu'il s'agit d'un cancer du poumon. Ma femme était avec moi lorsque mon médecin a prononcé 'cancer du poumon' et elle demeure à mes côtés pendant ma lutte contre la maladie; il est important que toutes les personnes concernées tiennent bon et continuent de vivre », explique Ian McAlpine.

Cancer pulmonaire Canada salue les efforts intenses déployés pour améliorer le tableau clinique des patients atteints de cancer du poumon et de leurs familles. Cependant, nous avons à peine effleuré les possibilités, et il reste beaucoup de travail sur la planche. Un des piliers de notre lutte consiste à aborder les problèmes de sensibilisation, de soutien, d'éducation, de recherche et d'accès aux traitements, tout en concertant nos efforts pour nous attaquer à certains problèmes émergents, comme la hausse guère connue des taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes canadiennes.

**L'INNOVATION ET
LA RECHERCHE
PERMETTENT DE
TROUVER DES
SOLUTIONS QUI
OFFRENT DE
L'ESPOIR AUX
PATIENTS ET À
LEUR FAMILLE**

2

CANCER DU POUUMON AU CANADA



LE DÉPISTAGE SAUVE DES VIES – LE POINT DE 2016 SUR LE DÉPISTAGE

Il est bien établi que **plus le cancer du poumon est diagnostiqué tôt, plus les possibilités de traitement curatif s'améliorent**. En fait, les patients atteints de cancer du poumon peuvent se tourner vers les résultats positifs des programmes de dépistage nationaux sur l'amélioration des taux de survie dans les cas du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col utérin, par exemple. Malheureusement, la situation actuelle des patients atteints de cancer du poumon est désastreuse et complètement différente. En l'absence d'un programme de dépistage national, près de la moitié (48 %) des diagnostics de cancer du poumon sont posés lorsque le cancer est déjà **au stade 4**, soit le stade le plus avancé et le plus incurable, c'est-à-dire qu'il s'est déjà propagé à l'extérieur du poumon. Par ailleurs, 27 % des patients sont diagnostiqués au stade 3, et parmi ceux-là, seulement un quart pourrait en fin de compte être soigné².

Cette année, la lutte contre le cancer du poumon a connu une percée décisive lorsqu'une **recommandation historique sur le dépistage a été annoncée**. En effet, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) a publié, dans le numéro de mars 2016 du Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC), de nouvelles lignes directrices recommandant le **dépistage annuel du cancer du poumon** chez les adultes à haut risque âgés de 55 à 74 ans³, au moyen de la méthode de dépistage la plus récente, soit la **tomodensitométrie à faible dose (TMFD)**. Cette méthode est plus prometteuse,

car elle présente une vue plus complète du tissu pulmonaire et réduit de 20 % l'exposition du patient aux radiations par comparaison au tomodensitogramme habituel. L'incidence de ce genre de lignes directrices s'est fait ressentir aux États-Unis où un groupe de travail similaire a publié en 2013 des directives de dépistage plus étendu des personnes à risque élevé. L'application de ces lignes directrices relatives au dépistage a montré une baisse de **20 % de la mortalité liée au cancer du poumon aux États-Unis**⁴. Selon des données extrapolées des essais de dépistage national du cancer du poumon aux États-Unis, un programme similaire au Canada est susceptible de **sauver plus de 1 200 vies chaque année**⁵.

Selon l'étude pancanadienne de détection précoce du cancer pulmonaire⁶, le dépistage permet **de sauver des vies et d'économiser de l'argent**. Le coût moyen du dépistage par TMFD chez un adulte à risque élevé était de 453 \$ durant les 18 premiers mois suivant un tomodensitogramme de base. Si une chirurgie curative est possible, le coût moyen du traitement par personne serait de 33 344 \$ sur deux ans. Ces montants sont considérablement inférieurs au coût moyen du traitement par personne, soit 47 792 \$, pour un cancer du poumon au stade avancé nécessitant une chimiothérapie, une radiothérapie ou des soins de soutien seulement⁷. Cet **avantage économique** vient s'ajouter à une **vie sauvée** et à l'effet en cascade de la survie qui renforce davantage les familles, leurs proches et leurs communautés.

PLUS LE CANCER DU POUMON EST DIAGNOSTIQUÉ TÔT, PLUS LES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT CURATIF S'AMÉLIORENT. LE DÉPISTAGE PEUT SAUVER DES VIES ET FAIRE ÉCONOMISER DE L'ARGENT.

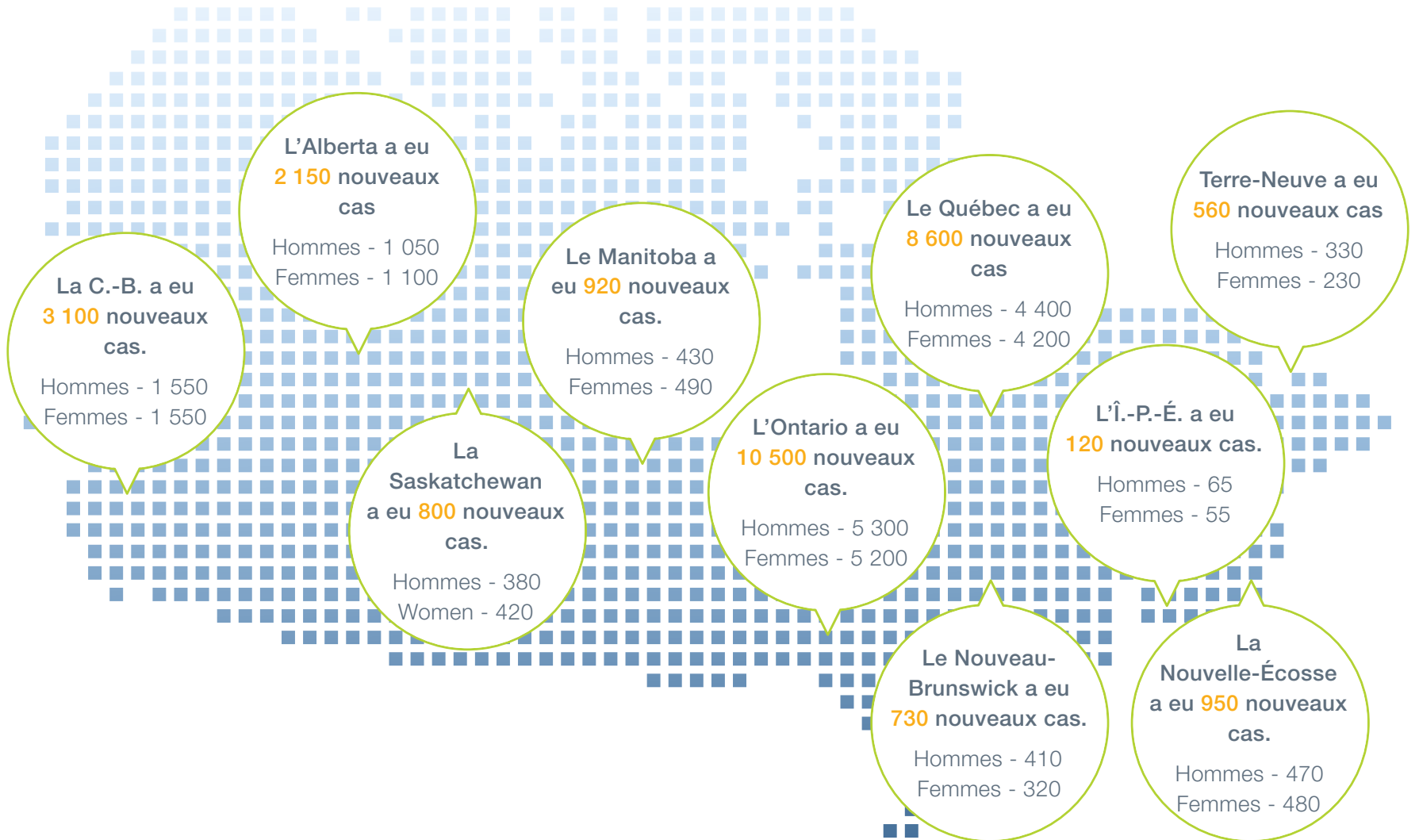
Bien qu'il reste encore du travail à faire, les provinces prennent des mesures pour étudier la manière dont les programmes de dépistage peuvent être intégrés aux systèmes de santé provinciaux. La Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario seraient en tête grâce à des projets pilotes en cours (Colombie-Britannique et Alberta) ou devant être lancés prochainement (Ontario). Les ministères de la Santé dans les autres provinces examinent la question du dépistage. Le Partenariat canadien contre le cancer a mis en place le Réseau pancanadien de dépistage du cancer du poumon (RPDCP), un groupe qui vise à tirer parti des compétences et des recommandations fondées sur des données probantes pour appuyer les politiques et meilleures pratiques en dépistage du cancer

du poumon. Le cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada du RPDCP aborde les considérations clés relatives au dépistage du cancer du poumon et met en évidence les principaux éléments d'un programme de dépistage à l'intention de la population. Bien que le cadre prévoit des conseils à l'intention des organisations envisageant de mettre en œuvre un dépistage organisé du cancer du poumon, il comprend également des considérations clés pertinentes destinées aux cliniciens pensant aiguiller leurs patients vers un programme de dépistage du cancer du poumon afin de maximiser les avantages et de minimiser les préjudices potentiels.

CANCER PULMONAIRE CANADA CROIT QUE LES NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES SONT D'UNE GRANDE IMPORTANCE POUR L'AVENIR DU CANCER DU POU MON AU CANADA ET EST ENCOURAGÉE PAR L'ÉVENTUELLE INCIDENCE QU'ELLES PEUVENT AVOIR SUR LE DIAGNOSTIC DE CANCER DU POU MON DANS TOUT LE PAYS. NOUS EXHORTONS LES DÉCIDEURS FÉDÉRAUX ET PROVINCIAUX À ACCÉLÉRER LE PROCESSUS ET À ADOPTER UN CADRE DE DÉPISTAGE NATIONAL.

D'UN OCÉAN À L'AUTRE - LE CANCER DU POUMON AU CANADA

Figure 1 - Nouveaux diagnostics du cancer du poumon en 2016⁸



INFORMATION DE BASE SUR LE CANCER DU POUMON

Les **statistiques** illustrent le nombre de patients ayant reçu un diagnostic et souffrant d'une maladie. Les statistiques sur le cancer du poumon peuvent être bouleversantes de prime abord, **mais elles ne reflètent tout simplement pas l'incidence humaine de ce cancer. Chaque**

semaine, de nombreuses familles et amis font leurs adieux à plus de **400 Canadiens** qui décèdent des suites du cancer du poumon, plus que tout autre type de cancer, **et plus que les autres cancers courants** (colorectal, du sein et de la prostate) réunis⁹.



Au total, **1 Canadien sur 13** sera atteint d'un cancer du poumon durant sa vie.¹⁰



La moyenne de mortalité au Canada est plus élevée que celle des autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).¹¹



Le tabagisme est à l'origine de la plupart des cancers du poumon. Toutefois, près de la moitié des patients atteints soit n'ont **jamais fumé** (15 %), soit sont **d'anciens fumeurs** (35 %).



La majorité des cancers de poumon sont **diagnostiqués à un stade avancé**, en partie à cause du manque de procédures de dépistage efficaces.



Les patients atteints de cancer du poumon et les membres de leur famille sont souvent **stigmatisés par les préjugés largement répandus sur le tabagisme**; beaucoup se sentent isolés et hésitent à parler aux autres de leur diagnostic.



Le cancer du poumon reçoit **peu d'attention publique ou médiatique**. Cela est dû, en partie, à la petite taille de la communauté de survivants capables de raconter leur histoire et d'attirer l'attention sur les problèmes de cancer du poumon.

CANCER DU POUMON CHEZ LES FEMMES – NOUVELLE RECHERCHE : LES FEMMES CANADIENNES SONT DÉFAVORISÉES

Dans un rapport récent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), on a examiné la période de 50 ans s'étalant de 1960 à 2010 et comparé les résultats du Canada relatifs au cancer du poumon par rapport à 17 autres pays. On a conclu que les **femmes canadiennes perdent davantage d'années potentielles de leur vie en raison du cancer du poumon en comparaison avec les femmes de la plupart des autres pays semblables**¹². En outre, depuis 1960, les femmes canadiennes se classent au dernier rang parmi les pays semblables et courent le risque d'enregistrer **le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP)** en raison du cancer du poumon¹³.

Ces conclusions viennent étayer le corps grandissant de données probantes selon lesquelles le cancer du poumon constitue **un problème de santé chez les femmes**. Un rapport supplémentaire de l'ICIS, publié en 2013, a conclu que le Canada présentait le taux de cancer du poumon le plus élevé chez les femmes en comparaison à 33 autres pays faisant l'objet de l'étude¹⁴. Au cours des 30 dernières années, le cancer du poumon a augmenté chez les jeunes femmes, alors qu'il a diminué chez les jeunes hommes âgés de 20 à 44 ans¹⁵. **Le cancer du poumon tue plus de femmes que tout autre cancer** et, surtout, il tue plus de femmes que les cancers **du sein, du corps**

de l'utérus, de l'utérus et de l'ovaire, réunis¹⁶. Les données sont claires. Les femmes canadiennes perdent la bataille contre le cancer du poumon.

Cancer pulmonaire Canada a la conviction que le Canada, en réponse à ces conclusions, doit formuler des stratégies pour réduire les taux de mortalité et d'incidence du cancer du poumon chez les femmes.

« Je pensais que je me protégeais en m'abstenant de fumer, en mangeant sainement et en adoptant un style de vie actif; en tant que jeune femme, je ne pensais même pas au cancer du poumon, relate Elizabeth Dessureault, survivante d'un cancer du poumon d'Ottawa (Ontario). **J'étais enceinte de mon premier enfant et j'ai rapidement compris que mon diagnostic était réel et que je devais rester optimiste et déterminée à battre mon cancer du poumon.** »

LES FEMMES CANADIENNES PERDENT PLUS D'ANNÉES POTENTIELLES DE LEUR VIE QUE LES FEMMES DE LA PLUPART DES AUTRES PAYS SEMBLABLES.



Jill Hamer-Wilson et famille,
d'Ottawa (Ontario)

HALTE! LE CANCER DU POUMON ET SA STIGMATISATION

CANCER PULMONAIRE CANADA FAIT VALOIR QUE PERSONNE NE MÉRITE D'ÊTRE ATTEINT D'UN CANCER DU POUMON ET PENSE QU'IL FAUT DÉPLOYER D'AVANTAGE D'EFFORTS! LE CANCER DU POUMON EST LE CANCER LE PLUS MORTEL DANS NOTRE PAYS – NOUS NOUS DEVONS D'AMÉLIORER LA SITUATION DES PATIENTS ET DE LEURS FAMILLES

Le lien entre le tabagisme et le cancer du poumon accable d'opprobre les patients déjà appelés à porter le lourd fardeau du cancer du poumon. Fumer est une cause du cancer du poumon, mais ne doit pas servir d'excuse pour blâmer ou manquer d'empathie.

« Fumiez-vous? » ne devrait pas remplacer « Comment allez-vous? ». La réalité est que si vous avez des poumons, vous pouvez être atteint d'un cancer du poumon. En fait, 15 % des patients atteints d'un cancer du poumon n'ont jamais été fumeurs et 50 % avaient cessé de fumer avant que le diagnostic ne soit posé¹⁷.

Cependant, la stigmatisation demeure enracinée **dans la réalité du cancer du poumon**. Les résultats d'un sondage découlant de notre rapport *Le visage du cancer du poumon de 2015* montrent que les soignants sentent la stigmatisation plus fortement que les patients. Au total, **38 %** des soignants ont senti devoir défendre plus ardemment leurs proches. La recherche montre également que la stigmatisation **empêche les patients d'informer** les membres de leur famille et leurs amis du diagnostic et **suscite des réticences à demander de l'aide**¹⁸. Les patients atteints du cancer du poumon affrontent la réalité accablante de la maladie, tout en

se livrant à une **deuxième lutte** contre la stigmatisation. La communauté de soignants et de patients déploie des efforts pour sensibiliser le public, améliorer la compréhension et l'empathie, et augmenter les ressources consacrées aux traitements et aux recherches.

« Lorsque je dis aux gens que mon père est décédé d'un cancer du poumon, je perçois dans leurs expressions faciales la culpabilisation associée à cette maladie, explique Christina Amaral, soignante. J'ai toujours l'impression qu'il faut justifier en quelque sorte le fait que mon père ait eu un cancer du poumon et d'affirmer qu'il ne fumait pas. J'ai l'impression d'être contrainte de communiquer autant d'information que je peux, et ce, pour tenter de les empêcher de se faire une opinion négative de son style de vie, et je suis déterminée à changer cette situation. »

Christina Amaral, fille d'Ed, décédé d'un cancer du poumon



ELIZABETH DESSUREAULT D'OTTAWA, ONTARIO

Elizabeth était enceinte de quatre mois au moment où le diagnostic de cancer du poumon a été posé. Son seul symptôme précoce était l'essoufflement qu'elle pensait associé à la grossesse. À la maison un jour, Elizabeth a commencé à cracher du sang, ce qui l'a poussée à demander une aide médicale.

En tant que jeune femme saine n'ayant jamais fumé, Elizabeth ne pensait même pas au cancer du poumon; la pensée ne l'avait même pas effleurée. À priori, le médecin a diagnostiqué une pneumonie et il a fallu une seconde consultation à l'hôpital pour qu'elle reçoive un diagnostic de cancer du poumon. Mis à part le choc et la dévastation que le diagnostic a provoqués, elle a aussi dû composer avec un pronostic de survie lamentable, pour elle et le bébé. Pis encore, elle perdu son poste d'enseignante et laissée sans assurance.

En dépit de cette situation bien sombre, Elizabeth était déterminée à vivre. Résidant avec son mari en Alberta à l'époque, les deux ont décidé de

retourner en Ontario pour rester proches de leurs familles et amis. Elizabeth n'a jamais abandonné espoir, et tous les soirs, elle lisait l'histoire d'un survivant de cancer du poumon; ce qui lui a permis de garder son optimisme et lui a donné la force d'affronter le lendemain.

En Ontario, Elizabeth a sollicité l'avis d'un autre oncologue et a commencé la lutte pour sauver sa vie et celle de son enfant à naître. Après une consultation prometteuse, elle a choisi une chimiothérapie qui était sans danger pour le bébé. Ce traitement lui a permis de réduire la taille de la tumeur et de donner naissance à un fils prématuré en bonne santé, deux mois avant terme.

Après la naissance de son fils, Elizabeth a pris les choses en main et a subi un essai de biomarqueurs aux États-Unis. Cet essai lui a permis de déterminer un traitement ciblé qui a réduit irrémédiablement la tumeur et de participer à un nouvel essai clinique qui a rapetissé la tumeur de façon si considérable qu'elle a été admissible à une lobectomie. Après un combat pour sa survie d'un an, on a annoncé à Elizabeth qu'elle n'avait plus aucune trace de la maladie.

Elizabeth partage aujourd'hui la force qu'elle a tirée de toutes les histoires pleines d'espoir des survivants au moyen d'un blogue

(fromlizzieslungs.com), pour aider ceux qui composent avec un diagnostic de cancer du poumon.



Elizabeth Dessureault et son fils Jack, d'Ottawa (Ontario)

3

TENDANCES DE LA RECHERCHE SUR LE CANCER DU POUMON



RECHERCHE MONDIALE – LE CANCER « INVISIBLE »

L'« invisibilité » du cancer du poumon est un sentiment qui prévaut tant au Canada qu'à l'échelle mondiale. Cancer pulmonaire Canada appartient à une coalition composée de groupes de patients du monde entier, connue sous le nom de **Coalition contre le cancer du poumon (CCCP)**. La CCCP voulait examiner de plus près la façon dont le cancer du poumon se compare à d'autres cancers et a entamé à cet égard une étude visant à étudier la situation de plus près, avec la participation de plus de 24 pays, dont le Canada.

Comme l'indique la CCCP clairement, **la recherche est essentielle à l'amélioration de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement du cancer**¹⁹. Compte tenu de l'incidence mondiale du cancer du poumon (plus de 1,6 million de décès par an)²⁰, des préoccupations ont été exprimées quant à l'adéquation des efforts et des progrès réalisés dans la recherche sur le cancer du poumon. Pour évaluer la situation, l'*Institute of Cancer Policy* a été chargé d'examiner **l'état de la recherche mondiale sur le cancer du poumon** afin de mieux comprendre les types d'activités de recherche en cours, de déterminer les chefs de file de ces efforts et de recenser les domaines de recherche nécessitant des investissements supplémentaires. Représentant la majorité des pays où la recherche sur le cancer du poumon est menée, les 24 pays suivants ont fait l'objet d'une évaluation : Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Canada, Chine (République populaire de), Danemark, France, Allemagne, Grèce, Inde, Italie, Japon, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Taïwan, Turquie, Corée du Sud, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis²¹. Un des

objectifs de base de l'analyse **consistait à déterminer si les résultats de la recherche avaient changé au fil du temps**, les **centres d'intérêt particuliers et leur pertinence pour les patients atteints de cancer du poumon**. Ce niveau de détail par pays servira à orienter les discussions de politique et à déterminer les aspects à améliorer.

À l'échelle mondiale, le **nombre d'articles publiés** sur le cancer du poumon a plus que doublé, passant de 2 157 en 2004 à **4 845** en 2013²². Le Canada a été classé au neuvième rang parmi les 24 pays pour ce qui est des articles de recherche publiés sur le cancer du poumon (voir figures 3 et 4).

À l'évaluation des types de recherche sur le cancer du poumon recevant le plus d'attention, il est apparu que les **médicaments et les biomarqueurs** bénéficiaient de la plus grande part de recherche, soit 31,5 % (1 238 articles de recherche). Les soins palliatifs, les soins de soutien et les problèmes de qualité de vie constituaient les catégories faisant le moins l'objet de recherches, représentant seulement 0,7 % et 0,3 % des publications, respectivement (soit 42 articles au total, en 2013), et ce, malgré le fait que la **majorité des patients aient besoin de soins de soutien à un moment donné dans leur cheminement clinique**, étant donné les faibles taux de survie liés au cancer du poumon.

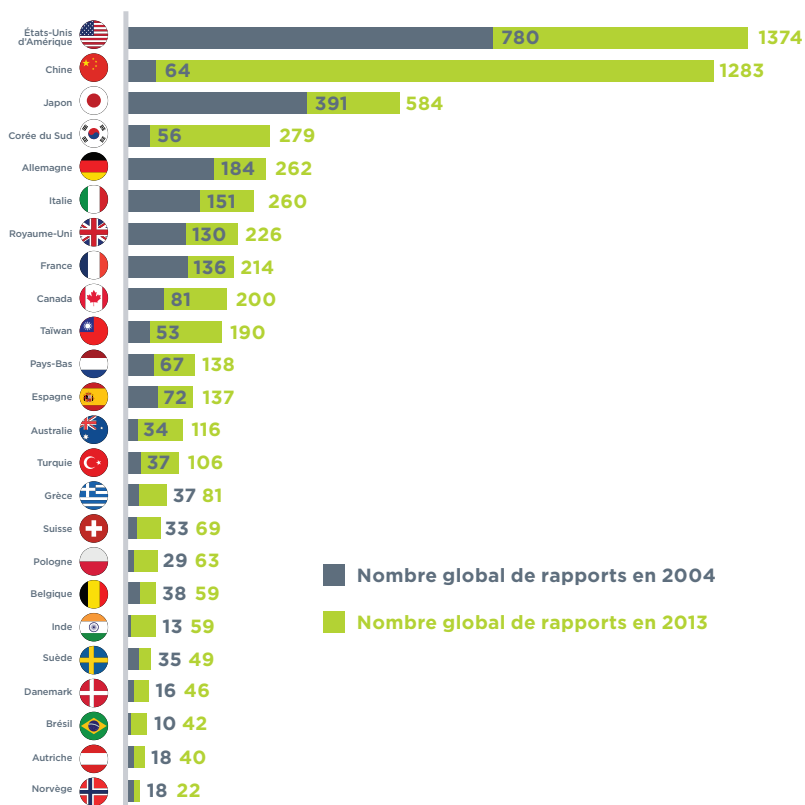
Bien que des progrès aient été réalisés, on a constaté une légère augmentation des recherches mondiales sur le cancer qui sont consacrées au cancer du poumon, de 4,4 % en 2004 à **5,6 %** en 2013. Au Canada, même

CANCER PULMONAIRE CANADA ESTIME QUE LES INVESTISSEMENTS DANS LA RECHERCHE DOIVENT AUGMENTER POUR CORRESPONDRE À L'AMPLEUR DE LA MALADIE. LA RECHERCHE DOIT SE DIVERSIFIER POUR COUVRIR LE CHEMINEMENT CLINIQUE COMPLET DU CANCER DU POU MON, Y COMPRIS LES SOINS DE SOUTIEN.

si le taux de décès lié au cancer du poumon représente **27 %** de tous les décès par cancer, il bénéficie de moins de 7 % du financement de la recherche sur le cancer.

Pourtant, on garde espoir et des progrès visibles sont réalisés. Imaginez ce qui pourrait être accompli si le financement de la recherche était proportionnel aux besoins imposés par la maladie!

Figure 2 - Pays classés selon le nombre d'articles de recherche



« Le cancer du poumon représente tellement plus que le nombre de cas diagnostiqués et le nombre de personnes qui en décèdent en conséquence; il s'agit d'une maladie complexe avec des incidences sociales, économiques et humaines qui ont une portée incroyable et doivent être évaluées en permanence », explique Miriam David, survivante du cancer du poumon de North York (Ontario).

Figure 3 - Proportion des données de recherche sur le cancer du sein c. le cancer du poumon et le cancer colorectal

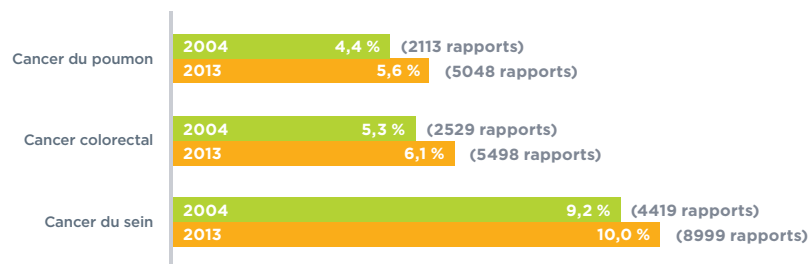
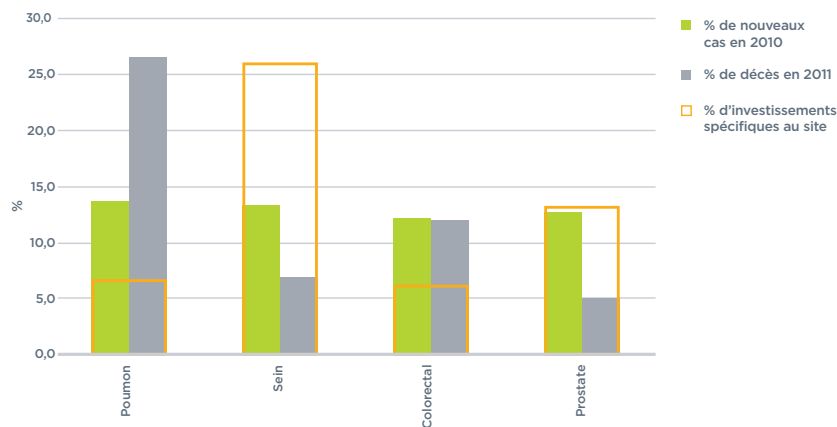


Figure 4 - Proportion d'investissements en recherche sur le cancer spécifiques au site pour 2012, relativement à la répartition des nouveaux cas et des décès causés par le cancer



MIRIAM DAVID DE NORTH YORK, ONTARIO

Enseignante, Miriam a partagé sa vie avec les étudiants et espère que son expérience avec le cancer du poumon aidera tout un nouveau public de survivants. Après avoir achevé une longue carrière d'enseignante en 2010, elle n'attendait pas de recevoir en 2011 la nouvelle dévastatrice d'un diagnostic d'un cancer du poumon.

Miriam David et Joel Shapiro
de Toronto (Ontario)



Miriam était déterminée, et son parcours braque les projecteurs sur les obstacles à surmonter et les grands efforts qu'un patient doit déployer pour survivre au Canada. Tout semblait être sur la bonne voie; elle recevait la meilleure chimiothérapie possible et restait optimiste. Malheureusement, la chimiothérapie a échoué et les tumeurs ont continué à croître dans son poumon.

Comme tant de patients avant elle, Miriam devait prendre les choses en main et se battre pour sa vie. Cela signifiait qu'elle avait à passer des tests de biomarqueurs aux États-Unis pour déterminer la mutation du cancer du poumon qu'elle portait et quel nouveau traitement ciblé pourrait fonctionner en présence d'une mutation pour laquelle il y avait un médicament ciblé. Elle a reçu les bons tests et découvert le biomarqueur qu'elle recherchait. Malheureusement,

le bon médicament pour traiter la mutation n'était pas approuvé ou disponible au Canada à ce moment-là, mais Miriam n'était pas prête à abandonner. Elle a acheté sa première dose du médicament grâce à son médecin aux États-Unis, pendant que son médecin canadien travaillait avec Santé Canada et la compagnie pharmaceutique à obtenir le médicament nécessaire pour des raisons humanitaires au Canada. Les efforts ont abouti et, quelques mois plus tard, le médicament a finalement été approuvé au Canada.

Ce traitement ciblé a bien fonctionné, ce qui a permis à Miriam de voir sa fille terminer ses études universitaires pour devenir psychologue clinicienne, d'assister au mariage de son fils et de voir naître son premier petit-fils. Après quatorze mois environ, elle avait besoin d'examiner de nouvelles options parce que le médicament

avait cessé d'agir efficacement. Miriam s'est inscrite à un nouvel essai clinique et, encore une fois, le traitement a donné du succès, cette fois pour une période de trois ans. Mais, pendant que le médicament maîtrisait le cancer dans son poumon, des métastases cérébrales ont été détectées.

De nouveau, Miriam s'est tournée vers les États-Unis où l'approbation des anticancéreux est accélérée et leur mise à la disposition des patients est beaucoup plus rapide qu'au Canada. Avec l'aide de son médecin américain, elle a pu acheter deux mois d'approvisionnement d'un médicament de nouvelle génération, recommandé par son médecin canadien au coût de 36 000 dollars canadiens. En octobre 2016, ce médicament a été approuvé au Canada. Elle travaille actuellement avec son médecin et la compagnie pharmaceutique

pour recevoir ce médicament pour des motifs humanitaires, tandis que sa société d'assurance examine sa demande d'approbation du médicament à des fins de remboursement. Elle suit actuellement le traitement et y réagit positivement.

Miriam donne des leçons de force et souligne l'importance de savoir quelles options thérapeutiques existent et comment les obtenir. Bien qu'elle soit reconnaissante de sa capacité à accéder à des traitements coûteux, son message est fort et clair : peu importe votre situation économique, vous devriez aussi avoir des options qui peuvent vous sauver la vie!

4

ACCÈS AUX TRAITEMENTS CONTRE LE CANCER DU POUMON AU CANADA



LES TRAITEMENTS AU CANADA – UN TOLLÉ NATIONAL POUR UN COMBAT ÉQUITABLE

Au cours de la dernière décennie, d'importants progrès ont permis de changer la façon dont le cancer du poumon est traité. Auparavant, les options de traitement se limitaient principalement à la chimiothérapie dont les effets secondaires diminuaient souvent la qualité de la vie restante du patient. **L'espoir renaît** : des traitements augmentant le taux de survie et réduisant les effets secondaires ont été approuvés, mais notre système de santé n'y est pas préparé. **L'accès limité aux nouveaux médicaments a soulevé un tollé chez la communauté de lutte contre le cancer.** Compte tenu du taux élevé de cancer du poumon et du sombre pronostic de survie, cette situation requiert l'attention immédiate des décideurs.

La vague des nouveaux médicaments d'immunothérapie et des traitements ciblés ont sérieusement changé la donne pour ce qui est du traitement du cancer du poumon. Ces innovations coûtent très cher. Comme les budgets consacrés au traitement du cancer subissent déjà d'énormes pressions, les patients seront privés de l'espoir qu'incarnent ces nouveaux traitements, sauf si on leur accorde l'attention qu'ils méritent.

Quand la question est examinée à la loupe, on remarque que les patients **sont non seulement privés de nouveaux**

médicaments potentiellement efficaces, mais doivent composer avec une **mosaïque déconcertante de différentes lignes directrices et listes de médicaments adoptées par les provinces.** Dans le rapport Les visages du cancer du poumon de l'année dernière, on a posé la question de savoir si le cancer du poumon est une maladie « déterminée par le code postal ». Malgré ce constat préoccupant, nous restons optimistes quant aux perspectives de progrès et de changement. Nous nous faisons un devoir d'œuvrer au profit d'un meilleur système, qui ferait l'envie des autres nations et donnerait aux patients la chance de livrer un combat équitable contre leur maladie.

« Bien que le diagnostic ait été catastrophique pour moi, je n'allais pas perdre espoir, déclare Ian McAlpine. Le traitement qui m'aurait le plus convenu n'était pas couvert en Colombie-Britannique, ce qui m'a obligé à me rendre en Ontario pour le recevoir. Les dépenses supplémentaires que j'ai engagées et l'énergie que j'ai dû déployer étaient trop lourdes à assumer et ont rendu mon voyage encore plus difficile. »

**L'ACCÈS LIMITÉ
AUX NOUVEAUX
MÉDICAMENTS
A SOULEVÉ UN
TOLLÉ CHEZ LA
COMMUNAUTÉ DE
LUTTE CONTRE
LE CANCER.**

LA CARTE DE L'ATTENTISME – L'ESPOIR RENAÎT, MAIS LES PATIENTS ATTENDENT

L'INSTITUT FRASER INDIQUE QUE LE TEMPS D'EXAMEN DE CHACUN DES MÉDICAMENTS QU'ILS ONT ANALYSÉ EST DE 1,5 À 4,5 FOIS PLUS LONG AU CANADA QU'AUX ÉTATS-UNIS.

Le Canada est avant-gardiste dans bien des domaines, mais il semblerait que nous soyons à la traîne quant aux politiques en matière de soins de santé et des infrastructures de notre système de santé.

L'analyse réalisée par l'Institut Fraser, intitulée *Potential Impact of Delayed Access to Five Oncology Drugs in Canada* (incidence potentielle de l'accès retardé à cinq médicaments anticancéreux au Canada), a révélé que sur les **33 nouveaux médicaments anticancéreux** fabriqués sur une période de huit ans, **seulement 24 ont été approuvés au Canada**, contre 30 aux États-Unis²³. Non seulement les patients canadiens ont **moins d'options** que leurs pairs américains, mais **leur temps d'attente** pour bénéficier de ces médicaments est presque le double (356 jours c. 182 aux États-Unis) pour les mêmes 24 médicaments anticancéreux²⁴.

C'est ce délai qui nous examinons dans notre rapport *Les visages du cancer du poumon* de 2016. Cancer pulmonaire Canada a examiné les huit traitements les plus récents contre le cancer du poumon **approuvés par Santé Canada** (au 15 septembre 2016) et **a enquêté sur le délai nécessaire pour qu'ils soient accessibles systématiquement aux patients**. Nous avons étudié le temps nécessaire à obtenir un financement public provincial à compter de la date d'approbation de ces traitements par la *Food and Drug Administration* (FDA). Nous avons choisi de nous appuyer sur la date d'approbation par la FDA comme point de référence pour la comparaison, car elle représente une étape importante

dans la reconnaissance de l'efficacité d'un traitement et est souvent la première approbation internationale d'un nouveau médicament. Il est important de noter que les cliniciens, en participant aux essais cliniques ou en présentant les résultats lors des conférences et dans des publications, peuvent reconnaître l'efficacité d'un traitement beaucoup plus tôt. Par conséquent, s'appuyer sur la date d'approbation par la FDA comme point de référence est une façon prudente de se faire une idée du temps d'attente réel. Pour les cliniciens, les patients et les familles, le temps d'attente peut être encore plus long.

En moyenne, les huit indications que nous avons examinées ont reçu l'approbation de Santé Canada (avis de conformité [AC] ou avis de conformité avec conditions [AC-C]) **440 jours après leur approbation par la FDA** (voir figure 6)²⁵. Comme médicament de première instance, l'afatinib a reçu l'approbation la plus rapide par Santé Canada, à 112 jours après l'approbation par la FDA, alors que le pémétréxed utilisé dans la chimiothérapie d'entretien a pris le plus de temps, soit à 1407 jours. S'il est vrai que Santé Canada a reçu le dossier pour l'approbation du pémétréxed des fabricants après la FDA, des retards importants subsistent. Le rapport de l'Institut Fraser révèle que le temps d'examen de chaque médicament analysé **prend de 1,5 à 4,5 fois plus longtemps au Canada qu'aux États-Unis**²⁶.

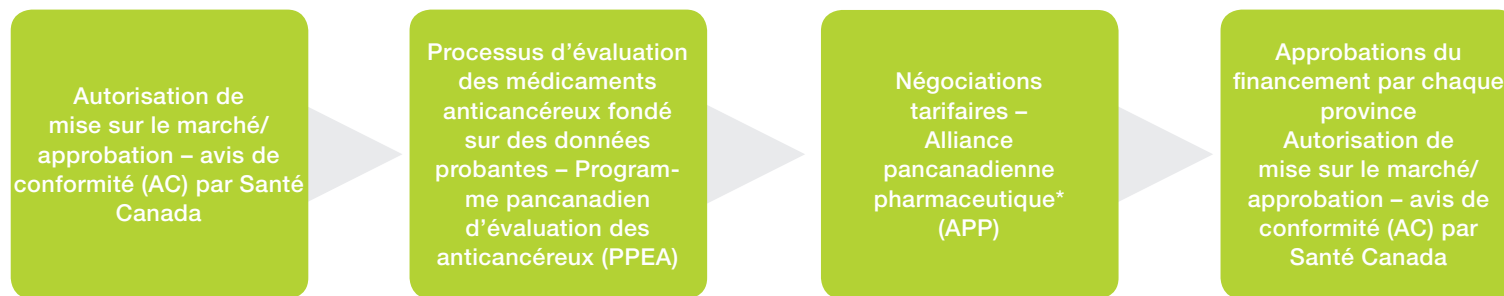
L'approbation par Santé Canada ne signifie pas un accès facile au médicament pour les patients qui n'ont pas une assurance privée ou ne sont pas aisés. Après l'AC/AC-C,

il faut encore attendre la **couverture provinciale**. Pour les médicaments faisant l'objet de l'étude par l'Institut Fraser, le délai pour l'obtention du financement public s'étirait entre **56 et 412 jours suivant l'autorisation de mise sur le marché de Santé Canada**²⁷. Pour les huit traitements que nous avons examinés, il a fallu dans le meilleur des cas attendre **plus d'un an entre l'approbation par la FDA et la couverture par la première province** (voir figure 7)²⁸. Selon un rapport de Médicaments novateurs Canada de 2016, sur les **27 médicaments pour le traitement du cancer qui ont été approuvés au Canada** entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014²⁹, **seulement 59 % étaient couverts par les régimes publics d'assurance médicaments dans toutes les provinces**. Cela place le Canada au 17^e rang parmi les 20 pays de l'OCDE qui ont été utilisés pour la comparaison.

Dans notre analyse, la situation est encore plus alarmante. Il est triste de constater que la **couverture provinciale n'est pas universelle** – certaines provinces ont refusé de financer les nouveaux médicaments approuvés pour le traitement du cancer de poumon, tandis que d'autres font attendre les patients pendant qu'elles envisagent la décision à prendre (voir figure 8).

Le cas du **céritinib** illustre parfaitement comment les patients atteints du cancer du poumon jouent la carte de l'attentisme. Ce médicament a été approuvé par Santé Canada le 7 avril 2015, **bien qu'il ait reçu l'approbation de la FDA le 29 avril 2014**, soit près d'un an auparavant. Pourtant, il n'y a encore aucune couverture du régime public provincial pour ce traitement. Par conséquent, les patients qui pourraient bénéficier potentiellement de ce traitement y ont un accès limité, **et cette attente leur fait perdre du temps et leur vie**.

Figure 5 – processus d'approbation et de financement des médicaments au Canada



Les retards peuvent survenir à n'importe quelle étape du processus d'approbation et du financement. Notre système suit essentiellement un processus en quatre étapes et **les systèmes fédéral et provinciaux constituent un obstacle** dans la course aux nouveaux traitements proposés aux patients.

* Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) évalue les médicaments et fait des recommandations au ministère

de la Santé et des Soins de longue durée. L'INESSS est formé de médecins (généralistes et spécialistes), de pharmaciens, d'un pharmaco-économiste et d'un expert en éthique. Le Québec ne participe pas au processus du PPEA et, avant le début de 2016, ne participait pas à la Commission d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB).

QUI PAIE POUR COMBATTRE LE CANCER – VENTILATION DU FINANCEMENT

Après l'approbation par Santé Canada, les médicaments anticancéreux sont évalués par le Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (PPEA), un programme de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) qui formule des recommandations servant à orienter les décisions sur le financement des médicaments anticancéreux. **De nombreux aspects du processus du PPEA peuvent être loués**, puisque son cadre délibératif donne la chance aux patients et aux cliniciens de faire un apport afin que les **valeurs axées sur le patient** et le contexte clinique réel soient pris en compte dans les recommandations. En outre, afin de réduire les délais une fois que l'approbation de Santé Canada est obtenue, les fabricants peuvent présenter leur dossier au PPEA six mois avant de recevoir l'AC/AC-C. Cependant, comme dans le cas de cécritinib, **une décision de financement négative** constitue sans doute un **obstacle insurmontable** à l'obtention d'une couverture du régime public.

Même dans le cas d'une décision de financement positive, les fabricants doivent négocier le prix du médicament avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés* (CEPMB), puis l'inscrire sur la liste de chaque province avant qu'il ne soit couvert. Ce processus aboutit à des **disparités de financement** entre les provinces. Par exemple, l'afatinib a reçu un financement public en Ontario 403 jours après son approbation par la FDA et 291 jours après son approbation par Santé Canada. Le Québec a été la dernière province à le couvrir. Il l'a finalement été 1 027 jours après son approbation par la FDA et 915 jours après l'avis de conformité (et près de deux ans après l'Ontario).

Les raisons des retards, des décisions négatives et des inscriptions tardives sont nombreuses, **à commencer par les différences entre les systèmes d'approbation de la FDA et de Santé Canada**. Santé Canada a un processus d'examen prioritaire pour accélérer l'examen des nouveaux médicaments pour les cas graves ou les domaines à besoins élevés. Toutefois, on se pose des questions sur la rapidité et l'efficacité de ce processus. En comparaison, la FDA a une

méthode en trois volets pour l'approbation des médicaments pour les maladies mortelles : Procédure accélérée, approbation accélérée et examen prioritaire³⁰.

Habituellement, les grands essais cliniques randomisés utilisés dans les études de phase 3 constituaient la « **norme de référence** » pour prouver l'efficacité d'un médicament. Les innovations en médecine mettent cette norme à défi, en particulier en raison des progrès de la thérapie ciblée et du **taux de réaction élevé** qui se produit aux premières phases des essais. Par exemple, dans une étude récente de phase 1 sur le crizotinib, le taux de réponse était de 72 % et la survie sans évolution était de 19 mois chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avec translocation ROS1, ce qui a mené la FDA à approuver le crizotinib pour cette indication en mars 2016³¹. Pour le moment, il n'y a encore **aucune recommandation de ce type au Canada**.

Les thérapies ciblées sont au cœur de la recherche sur le cancer du poumon. En fait, des huit indications que nous avons examinées dans le présent rapport, cinq concernaient des thérapies ciblées (crizotinib, cécritinib, afatinib et osimertinib comme traitements de première intention et de deuxième intention). De ces cinq, le crizotinib, le cécritinib et l'osimertinib ont été approuvés par Santé Canada d'après les données des phases 1 et 2 (essais de bonne taille, mais généralement non considérés comme suffisamment robustes pour la prise de décision). Cependant, aucun n'a encore reçu une recommandation de financement favorable du PPEA fondée sur ces données. Le crizotinib n'a reçu une recommandation de financement positive qu'après avoir été présenté à nouveau avec des données de la phase 3. La décision du PPEA concernant l'osimertinib demeure en attente, puisque le fabricant a mis sa demande **en suspens**. Dans la décision de financement négative pour le cécritinib, le PPEA a reconnu que le médicament « concordait avec les valeurs des patients et qu'il y avait des besoins évidents non satisfaits »; toutefois, ils n'étaient pas « convaincus de l'avantage clinique net »³². Cela reflète la décision négative initiale relativement

au financement du crizotinib, dans laquelle le PPEA a déclaré que « les conclusions tirées des études de phase 2 non randomisées étaient limitées »³³.

Même en cas de recommandation de financement positive d'un médicament, **il faut attendre longtemps** avant que les négociations sur les prix s'achèvent et que le médicament soit couvert dans chaque province. Les causes de ce retard sont en partie systémiques, mais le coût élevé des médicaments semble forcer les patients à assumer un fardeau financier important ou à renoncer à des traitements plus récents et plus efficaces.

L'an dernier, selon une étude du *National Bureau of Economic Research*, les prix des anticancéreux ont augmenté de 10 % chaque année depuis leur date de lancement, entre 1995 et 2013³⁴.

Après l'indexation à l'inflation et les prestations de survie, cela représente une augmentation annuelle de 8 500 \$ US. Ces coûts **ne sont pas viables pour un système de soins de santé public**.

Le cancer du poumon est une question de vie ou de mort et, bien que le système de santé dispose de mesures et de processus pour s'assurer que l'efficacité et la sécurité des nouveaux médicaments sont passées au crible, **ce système n'a pas été conçu** pour tenir compte de la renaissance de la médecine spécialisée à laquelle nous assistons actuellement. L'espoir renaît, mais le traitement est cher. Lorsque les patients apprennent qu'ils ont un cancer du poumon et doivent lutter contre cette maladie, ils veulent accéder à des traitements qui, selon eux et leur équipe médicale, leur donneront **la meilleure chance de vivre plus longtemps** et de vivre bien.

Ce ne sont pas seulement les patients qui défendent la nécessité d'évaluer notre système d'approbation des médicaments au Canada, mais ce mouvement est aussi fortement soutenu par la communauté médicale. Les cliniciens du comité consultatif médical de Cancer pulmonaire Canada conviennent qu'il est nécessaire de mettre en place **un mécanisme permettant d'accéder aux nouveaux traitements**, soit lors des essais cliniques, soit par d'autres moyens dès que des preuves cliniques convaincantes deviennent disponibles.

Les patients atteints d'un cancer du poumon n'ont pas de temps à perdre. Ils peuvent bénéficier de nombreux nouveaux traitements prometteurs dans la lutte contre le cancer du poumon, **mais doivent toujours attendre pour y avoir accès**. Les obstacles sont multiples, notamment les organismes de réglementation, les nouvelles catégories de traitement, les critères d'évaluation changeants des essais réussis et les coûts des traitements. Nous devons travailler de concert pour étudier et délier tous les facteurs pour que ces médicaments potentiellement salutaires soient fournis aux patients atteints d'un cancer du poumon avant qu'il ne soit trop tard. L'accès aux médicaments et les coûts sont des problèmes qu'il faudra résoudre – **les patients ne doivent pas en payer le prix par leur vie**. Il est temps de plaider pour le changement.

CANCER PULMONAIRE CANADA DEMANDE INSTAMMENT AIX ORGANISMES D'APPROBATION ET D'ÉVALUATION DU FINANCEMENT PUBLIC À TOUS LES PALIERS, NOTAMMENT SANTÉ CANADA, PPEA ET INESSS, D'ADOPTER UNE MÉTHODE PLUS PROGRESSISTE DANS L'ÉVALUATION DES THÉRAPIES CIBLÉES POUR LE CANCER DU POUMON.

IAN ET CATHY MCALPINE DE MONTROSE (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

La retraite est considérée comme l'apogée, la « deuxième jeunesse » de sa vie, le temps de vivre pleinement et de faire exactement ce dont on a envie, mais ce ne fut pas le cas pour Ian McAlpine. Durant le premier voyage de retraités au sud d'Ian et de son épouse Cathy, Ian a commencé à ressentir une douleur à l'épaule. Ignorant la cause de cette douleur, Ian l'a supportée jusqu'à ce que le couple sollicite un avis médical à son retour au Canada. Ian était un homme en bonne santé, ne fumait pas, s'exerçait régulièrement au club de conditionnement physique et était un incondicional du kick-boxing – il était loin de penser qu'il pouvait être atteint d'un cancer du poumon.



Ian et Cathy McAlpine
de Montrose (Colombie-Britannique)

Ian a réussi à supporter cette terrible douleur tout en se soumettant au long processus du système canadien, jusqu'à obtenir un diagnostic final. L'attente a continué à être un thème dominant dans son aventure, puisqu'il attendait le résultat des diverses analyses qui confirmeraient le cancer du poumon au stade 4 et le traitement approprié.

Après 42 ans de mariage, Ian et Cathy formaient toujours un couple dynamique et c'est cela qui a permis de sauver la vie d'Ian. Ce fut un choc pour sa famille d'apprendre son diagnostic de cancer du poumon et le poids de cette terrible nouvelle a été dévastateur pour leurs enfants et amis. Le choc et l'effroi ont laissé la place à la lutte pour survivre et,

grâce au soutien de son épouse Cathy, de sa famille, de ses amis et de son équipe de santé, Ian a entamé son combat de survie.

L'attente était inacceptable et, comme Ian recevait une forte dose de tranquillisants pour calmer ses douleurs extrêmes, Cathy a pris la situation en main et frappé à toutes les portes. Cela signifiait payer eux-mêmes pour les tests pour ne pas avoir à attendre trop longtemps, effectuer un dépistage de biomarqueurs aux États-Unis, poser beaucoup de questions et examiner les essais cliniques pour découvrir quelles nouvelles thérapies n'étaient pas encore disponibles au Canada. Il s'agit du traitement qui permettrait à Ian de maîtriser l'évolution de son cancer.

Ian a fait des progrès remarquables grâce à une nouvelle thérapie ciblée; il a réussi à se reconstruire après que la panoplie des médicaments contre la douleur l'ait considérablement affaibli et cet optimisme inhérent l'a aidé à poursuivre le combat. Fier père et grand-père, Ian célèbre aujourd'hui les moments de joie avec sa famille et partage sa courageuse aventure avec des patients nouvellement atteints d'un cancer pour leur transmettre de l'espoir. Son message est simple : soyez toujours optimiste et entourez-vous de personnes qui peuvent vous défendre lorsque vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même.

Figure 6 – Délai entre l’approbation par la FDA et celle par Santé Canada

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d’origine)	INDICATION	DATE D’APPROBATION PAR LA FDA	JOURS SUPPLÉMENTAIRES JUSQU’À LA DATE D’APPROBATION PAR SANTÉ CANADA
afatinib (Giotrif)	Médicament de première intention, R-EGF+, ECOG 0-1	12 juillet 2013 ³⁵	112 ³⁶
crizotinib (Xalkori)	Médicament de deuxième intention, KLA+, ECOG 0-2, avec une chimiothérapie préalable	26 août 2011 ³⁷	243 ³⁸
crizotinib (Xalkori)	Médicament de première intention, KLA+, ECOG 0-2	26 août 2011 ³⁹	243 ⁴⁰
céritinib (Zykadia)	KLA+, patients dont la maladie a évolué malgré l’emploi du crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent	29 avril 2014 ⁴¹	332 ⁴²
nivolumab (Opdivo)	Évolution de la maladie avec ou après chimiothérapie cytotoxique et bon indice de performance	4 mars 2015 ⁴³	359 ⁴⁴
osimertinib (Tagrisso)	Mutation T790M du R-EGF, maladie ayant évolué pendant ou après le traitement par ITK	13 novembre 2015 ⁴⁵	235 ⁴⁶
pémétrexed (Alimta)	Traitement d’entretien après traitement de première intention au pémétrexed et à la cisplatine	2 juillet 2009 ⁴⁷	1407 ⁴⁸
pembrolizumab (Keytruda)	Tumeurs exprimant le PD-L1; évolution de la maladie à la suite d’une chimiothérapie à base de platine	4 septembre 2014 ⁴⁹	589 ⁵⁰

Figure 7 – Délai entre l’approbation par la FDA et la première couverture provinciale

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d’origine)	INDICATION	DATE D’APPROBATION PAR LA FDA	JOURS SUPPLÉMENTAIRES JUSQU’À LA COUVERTURE PAR LA PREMIÈRE PROVINCE ⁵¹
afatinib (Giotrif)	Médicament de première intention, R-EGF+, ECOG 0-1	12 juillet 2013	403
crizotinib (Xalkori)	Médicament de deuxième intention, KLA+, ECOG 0-2, avec une chimiothérapie préalable	26 août 2011	767
crizotinib (Xalkori)	Médicament de première intention, KLA+, ECOG 0-2	26 août 2011	1558
céritinib (Zykadia)	KLA+, patients dont la maladie a évolué malgré l’emploi du crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent	29 avril 2014	Pas de couverture depuis maintenant 885 jours
nivolumab (Opdivo)	Évolution de la maladie avec ou après chimiothérapie cytotoxique et bon indice de performance	4 mars 2015	Pas de couverture depuis maintenant 576 jours
osimertinib (Tagrisso)	Mutation T790M du R-EGF, maladie ayant évolué pendant ou après le traitement par ITK	13 novembre 2015	Pas de couverture depuis maintenant 322 jours
pémétréxed (Alimta)	Traitement d’entretien après traitement de première intention au pémétréxed et à la cisplatine	2 juillet 2009	1705
pembrolizumab (Keytruda)	Tumeurs exprimant le PD-L1; évolution de la maladie à la suite d’une chimiothérapie à base de platine	4 septembre 2014	Pas de couverture depuis maintenant 757 jours

KLA = kinase du lymphome anaplasique
 ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group

R-EGF = récepteur du facteur de croissance épidermique
 ITK = inhibiteur de la tyrosine kinase

Figure 8 – Délai entre l’approbation par la FDA et la couverture provinciale

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d’origine)	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 (Giotrif)	12 juillet 2013	446	445	430	461	403	1027 ⁵²	535	426	689	Non financé
crizotinib (Xalkori)	26 août 2011	918	797	769	783	767	892 ⁵³	828	805	949	956
crizotinib (Xalkori)	26 août 2011	1746	1763	1773	1794	1749	1627 ⁵⁴	Non financé	1879	1808	Non financé
céritinib (Zykadia)	29 avril 2014	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab (Opdivo)	4 mars 2015	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
osimertinib (Tagrisso)	13 novembre 2015	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
pémétréxed (Alimta)	2 juillet 2009	1764	1764	1705	1795	1734	1917 ⁵⁵	1734	1887	1734	2335
pembrolizumab (Keytruda)	September 4, 2014	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

CANCER PULMONAIRE CANADA CROIT QUE SI NOUS EXAMINONS CE PROBLÈME EN AVAL, NOUS POUVONS RELEVER LES DÉFIS D’ACCÈS EN VUE D’OFFRIR PLUS RAPIDEMENT DES TRAITEMENTS QUI SAUVENT LA VIE

LAURA G. DE MONTRÉAL, QUÉBEC

Un enfant ne s'attend jamais à devenir «un soignant » pour ses parents, et Laura ne fait pas exception. Laura avait réussi sa vie professionnelle, travaillant dans un cabinet d'avocat prestigieux à Montréal, et venait à peine de terminer sa maîtrise, lorsqu'elle s'est retrouvée dans un cauchemar interminable.



Laura G. de Montréal (Québec)

Laura et sa sœur jumelle constituent le seul soutien familial, et les deux allaient bientôt devenir l'espoir dont leur mère aurait besoin dans sa lutte pour rester en vie. Au départ, Laura et sa sœur pensaient qu'il s'agissait d'une pneumonie, mais à 60 ans, leur mère a reçu un diagnostic de cancer du poumon à petites cellules, un des types les plus graves de la maladie.

Les trois ont été stupéfaites par le diagnostic, mais une fois que le choc initial s'est dissipé, Laura et sa sœur savaient que leur mère avait besoin de leur soutien physique, mental et moral pour combattre cette maladie terrible. Toutes deux avaient du mal à regarder cette femme professionnelle qui était leur meilleure amie, leur guide et leur mère souffrir du manque d'options thérapeutiques et de

perspectives fragmentaires de ses besoins médicaux, au lieu de profiter d'une retraite bien méritée. Elles se sentaient seules en aidant leur mère à supporter les effets secondaires débilissants et durables de la chimiothérapie et de la radiothérapie sur son corps et son moral. C'en était presque trop à voir!

Le traitement du cancer du poumon a connu beaucoup d'avancées permettant aux patients de combattre la maladie, tout en demeurant actifs. Ce n'est pas le cas du cancer du poumon à petites cellules; les choix sont limités et le traitement standard est draconien et ne tient pas compte des effets durables sur la qualité de vie du patient. Il peut parfois s'agir d'une question de qualité ou de quantité, explique Laura. Tant de patients au Canada

doivent sacrifier leur qualité de vie en se soumettant à des traitements « standards » qui sont inefficaces et dont les effets secondaires considérables sont prouvés. Ils n'ont pas d'accès aux traitements innovants en raison soit d'un manque d'essais soit d'un manque de couverture des nouveaux traitements par le régime provincial d'assurance médicaments.

Cette expérience a exposé Laura aux immenses difficultés que le système de santé pose aux patients atteint d'un cancer du poumon et à leurs familles, qui tentent de trouver les meilleurs traitements pour eux-mêmes et de bien vivre avec la maladie. Elle a aussi démontré le pouvoir de l'amour, de la force et de l'espoir et le don de chérir les moments précieux avec la famille et les amis.

5

CONCLUSION



ESPERANZ
HOPE
希望

TEMPS DE PASSER AUX ACTES – LA VISION POUR LE CANCER DU POU MON AU CANADA

L'espoir renaît. L'esprit de la communauté du cancer du poumon est fort et, compte tenu des progrès incroyables qui ont été réalisés en ce qui concerne la sensibilisation, le dépistage et la conception de nouvelles thérapies, **notre espoir dans l'avenir est plus grand que jamais.**

Malgré les failles du système, notre communauté continue de militer pour le changement – **nos efforts ne vacilleront jamais!** Cancer pulmonaire Canada invite les décideurs du pays à **évaluer les infrastructures qui ne répondent pas aux besoins des patients et de leurs soignants.** Autrement dit, les gouvernements fédéral et provinciaux prennent trop de temps à examiner, à approuver et à financer de nouveaux traitements contre le cancer du poumon. Nous ne devons pas nous retrouver dans

une situation où des patients remplis d'espoir meurent pendant qu'ils attendent un traitement qui pourrait leur donner une chance de vivre plus longtemps avec leur famille et leurs amis. **L'économie du cancer du poumon ne devrait jamais ôter aux patients le droit de vivre; la vie n'a pas un prix.**

Inébranlable dans ses efforts à assurer une meilleure expérience aux patients atteints d'un cancer du poumon, la communauté poursuivra ses efforts **pour briser les barrières de la stigmatisation, accélérer le diagnostic et plaider pour un accès plus rapide aux traitements disponibles.** L'attentisme n'est pas une option que les patients sont prêts à accepter – **il est temps de passer aux actes.**

CANCER PULMONAIRE CANADA EST OPTIMISTE ET PLEINE D'ESPOIR. CANCER PULMONAIRE CANADA COMPREND LA COMPLEXITÉ DE LA MALADIE ET LES DÉFIS SYSTÉMIQUES QU'ELLE POSE. CANCER PULMONAIRE CANADA EXHORTE LES DÉCIDEURS AU DIALOGUE POUR RÉSOUDRE LES PROBLÈMES SOULEVÉS. LE CANADA A BESOIN D'UN PLAN EN MATIÈRE DE CANCER DU POU MON POUR L'AVENIR!

6

QUI SOMMES-NOUS?



Conseil d'administration de
Cancer pulmonaire Canada,
personnel et amis à la
Bourse de Toronto

CANCER PULMONAIRE CANADA

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 consiste à : 1) **augmenter la sensibilisation au cancer du poumon**; 2) **soutenir** les patients atteints d'un cancer du poumon ainsi que leur famille, **et défendre leurs droits**; 3) offrir des **ressources éducatives** aux patients, aux membres de leur famille, aux professionnels de la santé et au grand public; et 4) **amasser des fonds** pour soutenir les possibilités de recherche prometteuses.

Cancer pulmonaire Canada offre également **différentes ressources** pour éduquer et soutenir les patients et leurs familles, notamment 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 de cancer du poumon et à leurs familles la possibilité **de converser et de s'offrir mutuellement de l'aide**.



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

WWW.LUNGCANCERCANADA.CA

RÉFÉRENCES

1. Statistiques de 2015 sur le cancer du poumon de la Société canadienne du cancer. Adresse URL : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
2. Statistiques de Cancer pulmonaire Canada. Adresse URL : <http://www.lungcancer.ca/Lung-Cancer/Screening.aspx>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
3. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Adresse URL : <http://canadiantaskforce.ca/news/2016-03-07/new-lung-cancer-screening-guideline/>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
4. Partenariat canadien contre le cancer (PCCC). The Health and Economic Impacts of Opportunistic vs. Organized Lung Cancer Screening in Canada. Adresse URL : <http://cc-arcc.ca/the-health-and-economic-impacts-of-opportunistic-vs-organized-lung-cancer-screening-in-canada/>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
5. Statistiques de Cancer pulmonaire Canada. Adresse URL : <http://www.lungcancer.ca/Lung-Cancer/Screening.aspx>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
6. Statistiques de Cancer pulmonaire Canada. Adresse URL : <http://www.lungcancer.ca/Lung-Cancer/Screening.aspx>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
7. Statistiques de Cancer pulmonaire Canada. Adresse URL : <http://www.lungcancer.ca/Lung-Cancer/Screening.aspx>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
8. Statistiques de 2016 sur le cancer du poumon de la Société canadienne du cancer. Adresse URL : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
9. Statistiques de 2015 sur le cancer du poumon de la Société canadienne du cancer. Adresse URL : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
10. Statistiques de 2016 sur le cancer du poumon de la Société canadienne du cancer. Adresse URL : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
11. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Une étude menée sur une période de 50 ans révèle que les Canadiennes accusent un retard au chapitre des années potentielles de vie perdues. Adresse URL : <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/rapports-sur-la-performance/international/une-etude-menee-sur-une>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
12. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Une étude menée sur une période de 50 ans révèle que les Canadiennes accusent un retard au chapitre des années potentielles de vie perdues. Adresse URL : <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/rapports-sur-la-performance/international/une-etude-menee-sur-une>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Une étude menée sur une période de 50 ans révèle que les Canadiennes accusent un retard au chapitre des années potentielles de vie perdues. Adresse URL : <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/rapports-sur-la-performance/international/une-etude-menee-sur-une>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
14. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) – Analyse comparative du système de santé du Canada : comparaisons internationales. Adresse URL : https://secure.cihi.ca/free_products/Benchmarking_Canadas_Health_System-International_Comparisons_FR.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
15. Statistiques de 2015 sur le cancer du poumon de la Société canadienne du cancer. Adresse URL : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
16. Statistiques de 2015 sur le cancer du poumon de la Société canadienne du cancer. Adresse URL : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
17. Statistiques de Cancer pulmonaire Canada. Adresse URL : <http://www.lungcancer.ca/Lung-Cancer/Screening.aspx>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
18. CHAMBERS, Suzanne K., DUNN, Jeffrey, OCCHIPINTI, Stefano, HUGHES, Suzanne, BAADE, Peter SINCLAIR, Sue, AITKEN, Joanne, YOUNG, Pip et Dianne L. O'CONNELL. « A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes », 2012. Adresse URL : <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-12-184>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
19. YARDEN, Y. et C. CAROLS, au nom de l'Association européenne de recherche sur le cancer. « Basic cancer research: why it is essential for the future of cancer therapy », European Journal of Cancer, vol. 49, no 12, 2013.
20. Ferlay, Int. Journal Cancer, no°136, 2015, p. E359-386
21. AGGARWAL, A., LEWISON, G., IDIR, S., et coll. « The State of Lung Cancer Research: A Global Analysis », Journal of Thoracic Oncology, juillet 2016. Adresse URL : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtho.2016.03.010>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016
22. AGGARWAL, A., LEWISON, G., IDIR, S., et coll. « The State of Lung Cancer Research: A Global Analysis », Journal of Thoracic Oncology, juillet 2016. Adresse URL : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtho.2016.03.010>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016
23. NSB RAWSON. « New drug approval times and safety warnings in the United States and Canada, 1992-2011 », Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, vol. 20, no 2, 2013, p. e67-81. Adresse URL : <http://europepmc.org/abstract/med/23650206>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
24. Institut Fraser. Potential Impact of Delayed Access of Five Oncology Drugs in Canada. Adresse URL : https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/potential-impact-of-delayed-access-to-five-oncology-drugs-in-canada_1.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
25. Cancer pulmonaire Canada – An analysis of approval and access timelines, 2016.
26. Institut Fraser. Potential Impact of Delayed Access of Five Oncology Drugs in Canada. Adresse URL : https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/potential-impact-of-delayed-access-to-five-oncology-drugs-in-canada_1.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
27. Institut Fraser. Potential Impact of Delayed Access of Five Oncology Drugs in Canada. Adresse URL : https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/potential-impact-of-delayed-access-to-five-oncology-drugs-in-canada_1.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
28. Cancer pulmonaire Canada – An analysis of approval and access timelines, 2016.
29. Médicaments novateurs Canada. L'accès aux nouveaux médicaments dans les régimes publics d'assurance médicaments : au Canada et dans des pays comparables. Adresse URL : http://innovativemedicines.ca/wp-content/uploads/2016/05/20160524_Access_to_Medicines_Report_FR_Web.pdf. Dernière consultation : le 11 octobre 2016.
30. S. THAUL. « How FDA Approves Drugs and Regulates Their Safety and Effectiveness », Congressional Research Service. Adresse URL : <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/R41983.pdf>. Dernière consultation : le 19 octobre 2013.
31. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm490329.htm>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
32. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : https://www.cadth.ca/sites/default/files/poodr/poodr_ceritinib_zykadia_nscld_fr_rec.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
33. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : https://www.cadth.ca/sites/default/files/poodr/poodr_xalkorin_scld_fr_rec.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
34. National Bureau of Economic Research study. Adresse URL : <http://www.nber.org/papers/w20867.pdf>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
35. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.Label_ApprovalHistory#aphist. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
36. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/giottif-advanced-non-small-cell-lung-cancer-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
37. Médicaments approuvés par la FDA. Consultable sur le site : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/202570s000lbl.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
38. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/xalkori-advanced-nscld-resubmission-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
39. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/202570s000lbl.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
40. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/xalkori-resubmission-first-line-advanced-nscld-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
41. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/205755s000lbl.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
42. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/zykadia-metastatic-non-small-cell-lung-cancer-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
43. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/125527s000lbl.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
44. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/opdivo-non-small-cell-lung-cancer-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
45. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/208065s000lbl.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
46. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/tagrisso-non-small-cell-lung-cancer-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
47. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021462s018s021s022lbl.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
48. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/pemetrexed-alimta-advanced-non-squamous-non-small-cell-lung-cancer-nscld-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
49. Médicaments approuvés par la FDA. Adresse URL : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/125514lbl.pdf. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
50. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/keytruda-non-small-cell-lung-cancer-details>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
51. Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux - Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Adresse URL : <https://www.cadth.ca/>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
52. Communiqué de presse : Nouveau traitement de première ligne maintenant remboursé par le régime public d'assurance médicaments du Québec (RAMQ). Adresse URL : <http://www.newswire.ca/news-releases/new-first-line-treatment-for-lung-cancer-now-funded-by-quebec-public-drug-plan-ramq-582667821.html>. Dernière consultation : le 19 octobre 2016.
53. Communication personnelle fournie et vérifiée par Pfizer Canada inc. (septembre 2016).
54. Communication personnelle fournie et vérifiée par Pfizer Canada inc. (septembre 2016).
55. Communication personnelle fournie et vérifiée par Eli Lilly Canada (septembre 2016).

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

D^r Paul Wheatley-Price

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

Vice-Président

Casey Cosgrove

Survivant d'un cancer du poumon
Défenseur des droits des patients
Burlington (Ontario)

Trésorière

Maria Amaral

Défenseuse des droits des soignants
Toronto (Ontario)

Secrétaire

Sumbul Ali

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

ADMINISTRATEURS

Debra Bond-Gorr

Conseillère
Belleville (Ontario)

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
BC Cancer Agency
Vancouver (C.-B.)

D^{re} Natasha Leigh

Cancérologue interniste
Hôpital Princess Margaret
Toronto (Ontario)

Lorraine Martelli

Infirmière praticienne
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Joel Rubinovich

Comptable agréé
Toronto (Ontario)

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste
QElI Health Sciences Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

Présidente

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste
Juravinski Cancer Centre

Membres

D^r Normand Blais

Cancérologue interniste
Hôpital Notre-Dame du CHUM

D^{re} Nicole Bouchard

Cancérologue interniste
Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke

D^r Quincy Chu

Cancérologue interniste
Cross Cancer Institute

D^{re} Meredith Giuliani

Radio-oncologue
Hôpital Princess Margaret

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 Leigh

Cancérologue interniste
Hôpital Princess Margaret

D^{re} Donna Maziak

Chirurgienne thoracique
L'hôpital d'Ottawa

D^r Jeffrey Rothenstein

Cancérologue interniste
Lakeridge Health

D^r Yee Ung

Radio-oncologue
Sunnybrook Health Sciences Centre

D^r Paul Wheatley-Price

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

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste
QElI Health Sciences Centre

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)

REMERCIEMENT SPÉCIAL

Cancer pulmonaire Canada aimerait exprimer ses sincères remerciements à la D^{re} Joanna Gotfrit, oncologue résidente, et à John Shin, étudiant en médecine à l'Université d'Ottawa. Tous les deux ont investi leur temps personnel dans la recherche et la compilation des statistiques pour illustrer les retards dans l'accès aux soins auxquels font face les patients atteints d'un cancer du poumon et leurs familles. Nous vous remercions de votre dévouement et votre soutien; ce rapport n'aurait pas été possible sans votre générosité.



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

10 rue St. Mary, bureau 315
Toronto, Ontario, M4Y 1P9

416 785-3439 (Toronto)

1 888 445-4403 (sans frais)

416 785-2905 (télécopieur)

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 25 \$ ou plus. Les dons peuvent être faits en ligne, au www.lungcancercanada.ca, ou en composant les numéros ci-dessus.

Corrections – les corrections suivantes ont été apportées et sont reflétées dans la version actuelle :

Page 20 : Texte corrigé : La première version mentionne incorrectement que l'afatinib a reçu l'approbation en 1407 jours. Ce nombre a été actualisé à 112 jours et celui de la chimiothérapie par pémétréxed à 1407.

Page 21 : Texte corrigé de la figure 5 : La première version rapporte que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a mené les négociations sur les prix. Cette information a été mise à jour pour refléter le rôle de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et clarifier le rôle de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Page 25 : Texte corrigé de la figure 6 : La ligne 3 indique le 11 mars 2016 comme la date d'approbation par la FDA du crizotinib comme médicament de première instance; cette date a été changée au 26 août 2011.

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

© Cancer pulmonaire Canada 2016.

Deuxième version : le 3 novembre 2016



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

10, rue St. Mary, bureau 315,
Toronto (Ontario) M4Y 1P9
416 785-3439 (Toronto)
1 888 445-4403 (sans frais)
416 785-2905 (télécopieur)

www.lungcancercanada.ca