



CANCER PULMONAIRE CANADA
#L'ESPOIRUNIT | RAPPORT DE 2017



CANCER
PULMONAIRE
CANADA

**RAPPORT SUR LES DIFFÉRENTES FACETTES
DU CANCER DU POU MON
CANCER PULMONAIRE CANADA**

NOVEMBRE 2017

#PARLONS D'UNE SEULE VOIX

AVANT-PROPOS AU RAPPORT DE 2017 DE CANCER PULMONAIRE CANADA

Le cancer du poumon est une épidémie mondiale.

Chaque année, il fait les gros titres comme la cause la plus fréquente de décès par cancer dans le monde entier. Les ravages causés par cette maladie ne se limitent pas au Canada; ils débordent les frontières et touchent tous les secteurs socio-économiques. C'est simple : le cancer du poumon est un problème qui touche tout un chacun!

Aujourd'hui, un diagnostic de cancer du poumon au Canada force le patient à sillonner les dédales incohérents de processus qui peuvent mener à des retards et à des restrictions en matière d'accès au traitement. La science et la technologie évoluent bien plus vite que nous aurions pu imaginer. Nous devons prévoir les progrès futurs et de nouveaux systèmes, et les processus doivent faire l'objet d'un plan d'action pour faciliter l'accès des patients.

Chaque diagnostic détermine le trajet d'une vie humaine. Malheureusement, comme il n'y a aucune technologie de pointe pour se repérer dans ces méandres tortueux, comme un GPS, plusieurs doivent traverser un terrain inexploré, et sans raison. Il y a trop d'histoires à raconter à chaque étape de ce long parcours : des enfants qui ont perdu leurs parents à cause de cette maladie, une veuve qui pleure

la disparition de son mari; la réalité du cancer du poumon est réelle et jamais oubliée.

La communauté de patients souffrant d'un cancer du poumon au Canada est témoin de la puissance de l'innovation, mais notre milieu réglementaire doit également innover, sinon nous trahissons les patients en raison des retards inutiles et de graves problèmes d'accès au traitement. Partager les meilleures pratiques et miser sur les progrès déjà réalisés constituent l'une des solutions. La communauté du cancer du poumon, composée de patients, de médecins, d'infirmiers et de membres de la famille, peut produire des résultats collectivement. Nous devons également consulter les meilleures pratiques adoptées par nos voisins internationaux en matière d'accès au traitement. Pour la première fois, des médicaments salutaires pour le cancer du poumon peuvent améliorer considérablement le pronostic de nombreux patients. Nous ne pouvons pas leur demander d'attendre que leur espoir se réalise.

#L'espoir unit et la voix du patient incarnent l'esprit de partenariat, et nous encourageons la communauté au Canada à évaluer les succès et les leçons de tous les coins du globe pour apporter des changements novateurs et des différences stratégiques dans la façon dont nous abordons cette maladie dévastatrice.

– Patients de Cancer pulmonaire Canada

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

TABLE DES MATIÈRES

- 1. APERÇU** Page 4
#LaVérité – Aperçu
- 2. LE CANCER DU POUMON AU CANADA** Page 7
#ACCÈSauDÉPISTAGE – Mise à jour sur le dépistage
#InitiationAuCancerDuPoumon – Aperçu du cancer du poumon au Canada
#ACCÈSàlaSENSIBILISATION – Le cancer du poumon et sa stigmatisation
- 3. APPROBATIONS ET ACCÈS AU TRAITEMENT DU CANCER DU POUMON AU CANADA** Page 17
#ACCÈSauTRAITEMENT
#ACCÈSauFINANCEMENT – Qui paie la facture?
#ACCÈSauxSPÉCIALISTES – #NURSEnavigation : Le nouveau pilote est prometteur
#ACCÈSauxMEILLEURSPRATIQUES – La méthode en matière de cancer du poumon au Québec
- 4. DIAGNOSTIC ET ANALYSE MOLÉCULAIRE** Page 32
#ACCÈSàlaTECHNOLOGIE – Mises à jour sur les tests
- 5. CONCLUSION** Page 37
#RÉFORMEdeI'accès – Aller dans le bon sens
- 6. QUI SOMMES-NOUS?** Page 39
#CPC – Cancer pulmonaire Canada



PARDİTİ

APERÇU

#LAVÉRITÉ APERÇU

#L'espoir unit. Il s'agit de la pierre angulaire de l'histoire du cancer du poumon au Canada. L'espoir motive les patients qui font face au combat de leur vie. L'espoir nourrit les familles qui soutiennent leurs proches durant les phases du diagnostic et du traitement. L'espoir inspire les chercheurs qui travaillent sans relâche à trouver un remède. L'espoir est le dénominateur commun de tous ceux qui sont touchés par le cancer du poumon. Malgré les statistiques de 2017 qui montrent que plus de personnes mourront du cancer du poumon (21 700) que des cancers colorectal, du sein et de la prostate combinés (18 500), il y a beaucoup de jalons à célébrer.

Dépistage

Les réalisations collectives des chercheurs et des activistes ont mené à l'établissement d'une ligne directrice nationale recommandant le dépistage régulier pour les Canadiens qui font partie des catégories à risque élevé. Il s'agit d'un grand pas en avant qui a immédiatement mené au démarrage de divers programmes pilotes provinciaux de dépistage. En d'autres termes, un nombre croissant de Canadiens recevront un diagnostic précoce et auront de meilleures chances de survie et une meilleure qualité de vie.

Nouvelles options thérapeutiques

Deux traitements ciblés supplémentaires ont été approuvés au Canada. Il s'agit d'une excellente nouvelle pour les patients qui ont besoin de choix pharmacothérapeutiques; mais seront-ils en mesure d'y accéder? C'est la bonne question à poser, et c'est le thème principal du rapport Visages du cancer du poumon de cette année. Les avancées rapides en matière de tests et d'outils diagnostiques sur les biomarqueurs repoussent les limites lorsqu'il s'agit d'évaluer les médicaments et leurs effets sur différents types de tumeurs. Les dernières percées scientifiques ont une incidence profonde sur l'histoire du cancer du poumon, et notre prochain objectif est de souder l'innovation à l'accès au traitement des patients canadiens. De nouveaux systèmes ont été testés. Des processus améliorés ont été établis. Les données probantes sont concluantes. Il est temps de réformer l'accès des patients canadiens au traitement du cancer du poumon.

Inspirer le changement fait partie de notre histoire. Les efforts menés dans les années 1960 pour sensibiliser les Canadiens aux risques liés au cancer du poumon, à l'importance du dépistage et à la détection précoce ont porté fruit. Chez les

**CPC CROIT QUE
L'ESPOIR UNIT ET
EST INÉBRANLABLE
DANS SA
RÉSOLUTION
D'AMÉLIORER
LA VIE DE CEUX
QUI SOUFFRENT
D'UN CANCER
DU POUMON.**

hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon a commencé à plafonner au milieu des années 1980 et affiche un déclin depuis (1,9 % par année depuis 1992) . La situation n'est pas aussi positive pour les Canadiennes, mais des progrès ont quand même été réalisés. Ce n'est qu'au milieu des années 1980 qu'on a constaté une baisse du taux de tabagisme chez les femmes, ce qui laisse entendre que, dans les années à venir, les taux d'incidence diminueront et que l'on entamera un nouveau chapitre. Il ne s'agit là que d'un exemple et d'un important rappel que le changement prend du temps.

La communauté du cancer du poumon comprend les dures réalités de cette maladie; elle est consciente des enjeux et déterminée à réorienter une trajectoire dévastatrice, motivée par l'optimisme et l'espoir. Il est

important de trouver le réconfort dans les réalisations et de s'attaquer aux obstacles qui continuent de menacer les Canadiens, la prochaine génération des Visages du cancer du poumon.

Cancer pulmonaire Canada fait partie du cheminement pour tant de personnes, et l'organisme continuera d'être un soutien permanent au fil des avancées. Il s'agit d'influer positivement sur la vie de chaque patient, de chaque membre de la famille et de chaque soignant. CPC se tient aux côtés des patients pour améliorer la sensibilisation, la recherche et l'accès au traitement, et réduire la stigmatisation – ce sont là ses objectifs, car chaque Canadienne et Canadien méritent une vraie chance de vaincre le cancer du poumon.

Casey Cosgrove
Burlington, Ontario





PARLÉES?

CANCER DU POUMON AU CANADA

#ACCÈSAUDÉPISTAGE

MISE À JOUR SUR LE DÉPISTAGE

La lutte contre le cancer du poumon a connu une grande victoire en 2016, suivant la publication par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs d'une nouvelle ligne directrice recommandant le dépistage annuel du cancer du poumon chez les adultes à risque élevé, âgés entre 55 et 74 ans ^{iv}. Selon un essai national de dépistage du cancer du poumon mené sur 50 000 participants, le pouvoir salutaire du dépistage ne pouvait plus être ignoré. Après le suivi de six ans, les chercheurs ont constaté une réduction de 20 % des décès des suites du cancer du poumon – une découverte importante par rapport à d'autres cancers, comme celui du sein, dont le taux de réduction moyen est de 3 % à 4 %. En outre, on a observé une diminution de 7 % de la mortalité « tous cas confondus », les patients mourant moins à cause d'autres maladies et affections. À titre de comparaison, il faut 320 dépistages de cancer du poumon pour éviter une mort par cancer pulmonaire, alors qu'il faut 600 coloscopies pour détecter un cas de cancer du côlon.

Il ne fait aucun doute que le dépistage sauve des vies. En tant que communauté, nous devons examiner les succès obtenus relativement à d'autres cancers, tels que le cancer du sein, du côlon et du col utérin, qui font l'objet de programmes de dépistage régulier, ainsi que les statistiques de survie qui démontrent à quel point le dépistage est essentiel. Les résultats de dépistage positifs observés avec d'autres cancers apportent énormément d'espoir à la communauté du cancer du poumon, qui sait qu'un dépistage précoce se traduit par une meilleure chance de traitement curatif. La réalité actuelle du diagnostic est effrayante. Près de la moitié (48 %) des diagnostics de cancer du poumon sont posés lorsque le cancer en est au stade 4, le stade le plus

avancé et le plus galopant. En outre, 27 % des diagnostics du cancer du poumon sont reçus au stade 3, ce qui est encore trop tard. Il existe également des facteurs qui compliquent le dépistage de la maladie à des étapes tardives et inacceptables.

À la suite de la recommandation du Groupe de travail, de nombreuses provinces ont rapidement mis au point des programmes pilotes dans des endroits clés. Ces programmes déjà fonctionnels évaluent le processus minutieusement, en veillant à ce qu'il soit efficace et que l'expérience du patient soit prioritaire.

L'Ontario est la première province au Canada à mettre sur pied un programme pilote de dépistage du cancer du poumon financé par les deniers publics. En Colombie-Britannique et en Alberta, des projets pilotes financés par les fondations de cancer ou les hôpitaux sont également créés pour les patients qui présentent un risque élevé. Ensemble, l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta utilisent un outil de prévision du risque de cancer du poumon pour identifier les personnes à risque élevé âgées entre 55 et 80 ans qui sont candidates au dépistage ponctuel par tomodensitométrie à faible dose. Les candidats admissibles doivent présenter un risque de cancer du poumon prédéfini de 6 ans, car le dépistage ne profite qu'aux personnes présentant un risque suffisamment élevé.

En envisageant les lieux où les tests seront effectués en Ontario, le groupe de travail voulait s'assurer que le cadre provincial était suffisamment souple pour tenir compte des changements nécessaires, tout en restant un modèle solide pour une mise en œuvre dans tout le pays. Les critères de choix des hôpitaux étaient stricts, mais il

était essentiel de s'assurer que le programme réussisse tant dans les grandes villes que les collectivités éloignées. L'hôpital d'Ottawa, l'hôpital Renfrew Victoria, Horizon Santé-Nord à Sudbury (3 hôpitaux) et Lakeridge Health à Oshawa ont été sélectionnés pour le projet pilote de trois ans.

« L'adaptation locale est primordiale. Garantir la réussite des protocoles dans différentes communautés est fondamental pour avoir un effet positif sur la maladie. C'est le premier programme du genre au Canada, et nous savons donc qu'il faudra probablement apporter des corrections en cours de chemin, mais nous avons pris un bon départ et les résultats sont encourageants jusqu'à présent »

- **Dr^e Gail Darling**, responsable du dépistage du cancer du poumon pour les personnes à risque élevé, Action Cancer Ontario.

En plus des avantages cliniques du programme pilote, il est grandement possible de réaliser des économies de coûts. En l'absence d'un cadre de dépistage structuré, les défis en matière de coûts sont trop nombreux pour être cités. Le programme pilote de l'Ontario est encourageant, et les estimations pointent vers des économies de coûts à long terme. Les cancéreux dont le diagnostic est posé assez tôt ont de meilleures chances de recevoir un traitement curatif. Lorsque le cancer du poumon est détecté tardivement, les coûts du traitement à long terme sont importants, alors que la détection précoce a un effet en chaîne.

« Nous en savons déjà beaucoup sur le cancer du poumon, et le travail accompli dans le cadre du projet pilote de dépistage augmente notre

savoir-faire ici en Alberta. Le dépistage précoce est fondamental et réduira jusqu'à 20 % les diagnostics tardifs; en outre, le dépistage de routine peut augmenter l'espérance de vie d'un patient jusqu'à 10,5 ans. Non seulement l'investissement produira des résultats cliniques positifs, mais aussi nous pouvons prévoir un modèle qui rentre dans ses frais lorsque le besoin en médicaments coûteux diminue en phase tardive »,

- a déclaré 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.

Dans de nombreux cas, un patient peut recevoir le même jour les résultats de ses tests, un diagnostic et les dates des prochaines consultations. En comparaison, l'attente des résultats d'une mammographie régulière peut parfois durer un mois. Le patient est également mis en contact avec un infirmier-pivot qui devient sa principale personne-ressource pour réserver sa prochaine consultation, discuter de ses tests, parler de ses préoccupations et, parfois, juste



Dr Stephen Lam

Vancouver, Colombie-Britannique

une personne à qui s'adresser. Le programme de dépistage de l'Ontario témoigne de ce que l'investissement peut accomplir. Les patients n'attendent pas désespérément. Ils découvrent le pouvoir de l'innovation et bénéficient de meilleures chances de vaincre le cancer du poumon.

Le dépistage du cancer du poumon n'est pas un test, mais un processus. Il repère les candidats présentant un risque suffisamment élevé de cancer pulmonaire qui profiteront d'un dépistage. Les protocoles spéciaux de tomодensitogramme pouvant déceler les petites taches utilisent moins d'un cinquième de la dose normale

de rayonnement. Une méthode normalisée pour gérer les résultats anormaux est suivie pour minimiser les méfaits causés par les tests récurrents. Il pourrait s'agir notamment de la tomographie par ordinateur à dose ordinaire ou la tomographie par émission de positons, une biopsie ou une intervention chirurgicale pour des lésions qui se révèlent non cancéreuses. En outre, les programmes de dépistage comprennent la prestation de services de désaccoutumance au tabac pour les participants qui fument toujours. Pour les provinces qui n'ont pas encore de programme de dépistage, on ne recommande pas le dépistage ponctuel par tomодensitométrie à faible dose dont le coût est pris en charge par le patient.

#VAINCRELECANCRERDUPOUMON – STEPHEN ARONSON

Les différents visages du cancer : témoignage d'un patient

Nous vous présentons Stephen (67 ans), fier grand-père et époux, résidant à Ottawa, en Ontario. Il y a six ans, sa vie a tourné au cauchemar lorsqu'il a reçu un diagnostic de cancer du poumon; mais son histoire inspire l'espoir et justifie l'intervention précoce.

Stephen connaissait bien cette maladie, son père en était décédé quelques années auparavant. Il connaissait les facteurs de risque. Il avait vécu la terreur causée par cette affection. Ancien fumeur ayant des antécédents familiaux, Stephen savait qu'il devait passer à l'acte.

C'est en hiver 2010 que sa vie a basculé. Stephen a lu dans le journal local une annonce concernant une étude de dépistage sur des Canadiens à risque élevé. Sa réponse à cette annonce allait changer sa vie à jamais. Il s'est inscrit à l'étude et subi immédiatement plusieurs tomodensitogrammes. C'est le second tomodensitogramme qui a permis de déceler une petite lésion. Sa vie a défilé devant ses yeux.

Il était important pour Stephen, mari et grand-père aimant, d'être honnête vis-à-vis du diagnostic. Le cancer du poumon lui faisait peur. Sa famille qui

le considérait comme un pilier solide, quelqu'un d'« inébranlable », était frappée de stupeur. Elle s'est unie pour agir comme la principale source de soutien du mari/père. Elle était prête à affronter chaque étape de cette épreuve, avec lui.

L'attente a été la partie la plus difficile. Stephen était fort et optimiste, mais l'attente entre les rendez-vous lui était particulièrement éprouvante, physiquement et mentalement. Suivant son intervention chirurgicale, le pronostic des médecins était positif. Le soutien qu'il a reçu a été une immense source d'espoir.

Sept ans se sont écoulés depuis son premier diagnostic. Il est en rémission et doit sa survie au pouvoir du dépistage dont il est désormais un fervent défenseur; il souhaite que tous les Canadiens aient le même espoir.

« Nous ne sommes pas ici pour nous seulement, mais pour notre famille et nos amis aussi. »

Stephen Aronson
Ottawa, Ontario

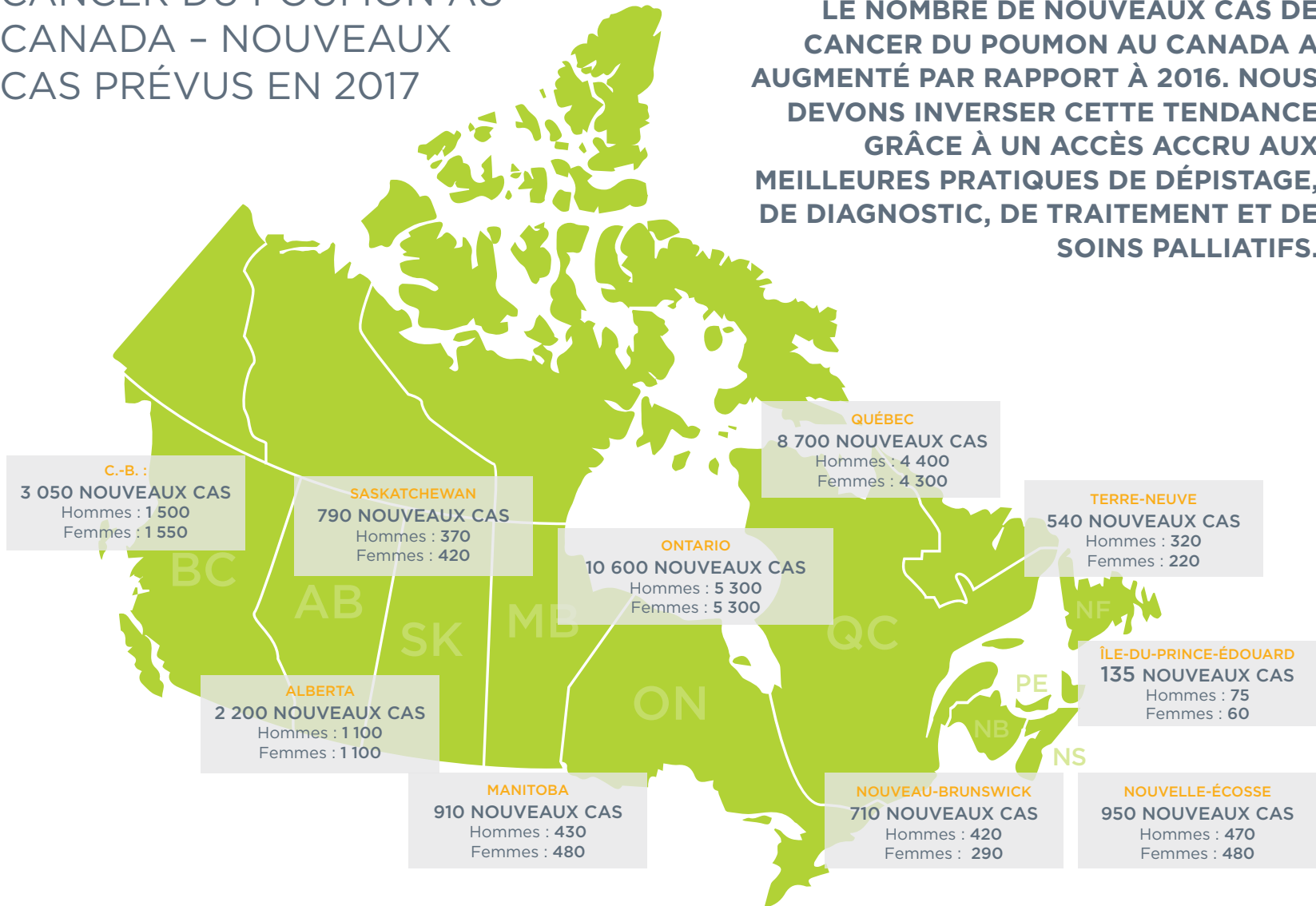


**CPC CROIT QUE
TOUTES LES
PARTIES PRENANTES
DOIVENT S'Y METTRE
AFIN DE CONCEVOIR
UN SYSTÈME DE
DIAGNOSTIC ET
DE TRAITEMENT
NOUVEAU ET
EFFICACE AU
CANADA.**

LE CANCER DU POUMON AU CANADA

CANCER DU POUMON AU
CANADA - NOUVEAUX
CAS PRÉVUS EN 2017

LE NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE
CANCER DU POUMON AU CANADA A
AUGMENTÉ PAR RAPPORT À 2016. NOUS
DEVONS INVERSER CETTE TENDANCE
GRÂCE À UN ACCÈS ACCRU AUX
MEILLEURES PRATIQUES DE DÉPISTAGE,
DE DIAGNOSTIC, DE TRAITEMENT ET DE
SOINS PALLIATIFS.



#INITIATIONAUCANCERDUPOUMON

APERÇU DU CANCER DU POUMON AU CANADA

Traduire l'histoire du cancer du poumon en chiffres peut être particulièrement brutal. Observer l'évolution de cette maladie est un exercice révélateur. On s'attend à ce qu'un plus grand nombre de Canadiens décèdent du cancer du poumon (21 100 en 2017) que du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer de la prostate combinés (18 500 en 2017) . Le cancer le plus meurtrier du Canada affiche des données effrayantes, 78 Canadiens recevant un diagnostic de cancer et 58 autres en décédant par jour . Les statistiques sont assez indicatives. Au Canada, le cancer du poumon est une épidémie à effet dévastateur sur la vie du patient, de sa famille, de ses amis et des aidants qui cheminent à ses côtés.

- ▶ **28 600** Canadiens recevront un diagnostic du cancer du poumon, soit 14 % de tous les nouveaux cas de cancer en 2017^{vii}.
- ▶ **21 000** Canadiens mourront du cancer du poumon. Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer (environ 26 %) chez les hommes et les femmes^{viii}
- ▶ **21 100** Le taux de femmes ayant reçu un diagnostic a augmenté dans presque toutes les provinces en 2017^{ix}.
- ▶ **14 400** hommes recevront un diagnostic de cancer du poumon et 11 100 en mourront^x.
- ▶ **14 200** femmes recevront un diagnostic de cancer du poumon et 10 000 en mourront^{xi}.

Quel est le taux du cancer du poumon dans chaque province?

- Le taux d'incidence du cancer du poumon en Colombie-Britannique et en Alberta est le plus bas au Canada pour les hommes et les femmes^{xii}.
- Le Québec et la Nouvelle-Écosse ont le taux de cancer du poumon le plus élevé chez les femmes, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec enregistrent le taux le plus élevé chez les hommes^{xiii}.
- L'Ontario et le Québec ont le taux de mortalité le plus élevé dans le pays, suivis par la C.-B ^{xiv}.



#ACCÈSÀLASENSIBILISATION

LE CANCER DU POUMON ET SA STIGMATISATION

La stigmatisation vécue par les patients atteints d'un cancer du poumon est indéniable. La stigmatisation et la honte sont inexplicablement associées et font partie de l'histoire du cancer du poumon. En tant que communauté, nous reconnaissons les conséquences et la relation que la stigmatisation exerce sur les patients et leurs familles, mais nous avons bon espoir que nos efforts visant à sensibiliser les Canadiens mettront fin à ce chapitre particulièrement sombre. Le « jeu de la honte » pose un danger pour le patient qui a déjà de la difficulté à rester positif et à canaliser son énergie pour survivre. La présence d'une stigmatisation intense est associée à un certain nombre de résultats cliniques négatifs^{xv}. La majorité des patients atteints d'un cancer du poumon déclarent souffrir de stigmatisation, souvent associée à la culpabilité, au regret, au blâme perçu et à d'autres opinions négatives sur leurs antécédents de tabagisme^{xvi}.

Les campagnes anti-tabac mettent l'accent sur le lien entre la consommation de tabac et le cancer du poumon. Toutefois, le tabagisme est lié à bien d'autres maladies, comme les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux. La réalité est que si vous avez des poumons, vous pouvez être atteint d'un cancer du poumon : les fumeurs actuels, les anciens fumeurs qui ont tout fait pour cesser de fumer et les personnes qui n'ont jamais fumé. Personne ne mérite d'avoir un cancer du poumon et, pourtant, les patients qui en sont atteints font face à la stigmatisation et au jugement qu'ils se sont infligé cette maladie eux-mêmes. L'industrie du tabac n'est-elle pas à blâmer davantage pour la fabrication d'un produit à très forte dépendance? Les Canadiens sont connus pour leur attitude ouverte et ne jugent pas les personnes selon leur orientation sexuelle, leur religion, leur sexe ou leur âge. Pourquoi jugeons-nous alors les personnes en fonction de leur type de cancer?

Si nous admettons les faits, l'idée que les non-fumeurs n'ont pas besoin de craindre ce cancer est une fausse idée courante, propagée par les campagnes malavisées dans les médias. Cette situation conduit à un certain nombre de complications, comme un diagnostic tardif et de faibles taux de survie – le cancer du poumon peut toucher chacun de nous, pas seulement les fumeurs. En fait, 15 % des patients atteints d'un cancer du poumon n'ont jamais fumé et 50 % avaient cessé de fumer avant que le diagnostic ne soit posé^{xvii}. Le taux de personnes n'ayant jamais fumé et atteintes d'un cancer du poumon est également en hausse, et le reciblage des reportages des médias s'impose afin de tenir compte du décalage démographique des patients ayant reçu un diagnostic.

Il est bien établi que la stigmatisation est associée à des conséquences psychosociales et médicales négatives, y compris des diagnostics retardés, une mauvaise qualité de vie, un manque de communication entre le patient et son médecin, et une mortalité accrue. Les études qui examinent la stigmatisation du cancer et ses conséquences à long terme sont rares, mais empiriquement, il est largement prouvé que la stigmatisation est associée à une faible adhésion au traitement et à une détresse psychosociale^{xviii}.

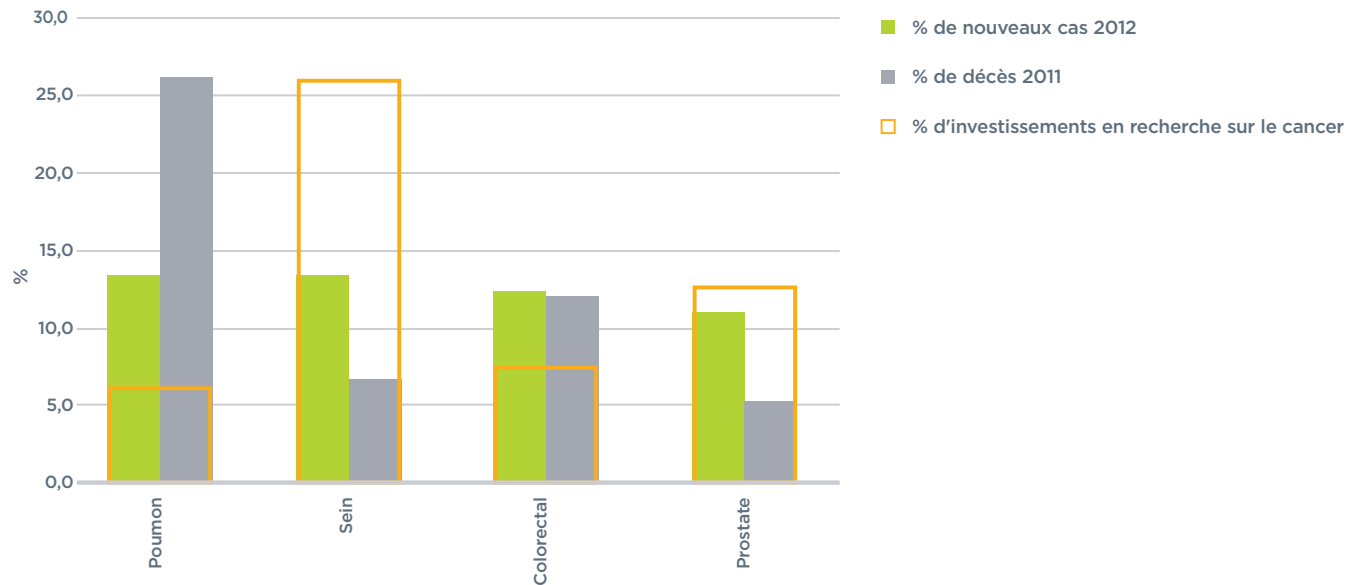
Bien que le cancer du poumon soit de loin le cancer le plus meurtrier, c'est aussi celui qui reçoit le moins de financement. Contrairement à d'autres cancers, comme ceux du sein et de la prostate, le cancer du poumon ne reçoit que très peu de fonds, ce qui est attribuable sans doute à la lourde stigmatisation autour de la maladie.

Privée du financement nécessaire, la communauté des patients atteints d'un cancer du poumon est incapable de changer la donne rapidement.

Armé de preuves sur les effets négatifs de la stigmatisation, Cancer pulmonaire Canada croit qu'une nouvelle méthode d'information et de sensibilisation en santé publique est nécessaire. Les campagnes qui informent les Canadiens sur les risques du cancer du poumon et combattent sa stigmatisation peuvent contribuer à « tourner la page » et à mettre l'accent sur le soutien plutôt qu'à encourager le blâme.

LE CANCER DU POUMON NE REÇOIT QUE TRÈS PEU DE FONDS, CE QUI EST ATTRIBUABLE SANS DOUTE À LA LOURDE STIGMATISATION AUTOUR DE LA MALADIE.

Figure 2 - Proportion des investissements en recherche sur certains cancers au Canada relativement à la répartition des nouveaux cas et des décès par type de cancer



#VAINCRELECANCRERDUPOUMON – DEBI LASCELLE

Les différents visages du cancer : témoignage d'une patiente

Voici l'histoire de Debi (60 ans), une résidente d'Ottawa, en Ontario. Debi ne pouvait pas imaginer que sa vie allait basculer en novembre 2010. À l'époque, une vaste étude (à laquelle Debi a participé) était menée dans le but d'évaluer les Canadiens exposés à un « risque élevé » de cancer du poumon. C'est cette étape qui a changé le destin de Debi à jamais. Elle a subi de nombreux examens en préparation à l'étude, et un cancer du poumon a été détecté.

Le cancer du poumon courait au sein de sa famille, et son père en était décédé. Elle avait cessé de fumer il y a plus de vingt ans et en connaissait les risques. Mais, elle est rapidement passée à un autre chapitre de sa vie, celui qui influencera fortement son point de vue, à jamais.

Debi a accepté son diagnostic de cancer du poumon. Elle savait qu'elle devait y faire face et se concentrer sur « la façon de vaincre cette maladie » plutôt que sur « la raison pour laquelle cela lui arrivait ». Elle a bien pris connaissance de sa maladie, mais a fait confiance à son médecin et à son équipe de soutien, ce que tous les patients ne sont pas en mesure de faire.

La force de Debi lui a permis d'affronter une lobectomie réussie et d'obtenir un pronostic favorable de son médecin. Elle a vécu personnellement ce qu'un patient atteint d'un cancer expérimente. La longue attente entre les

rendez-vous et l'angoisse insurmontable étaient les principaux éléments difficiles de son quotidien.

Mais, elle ne s'attendait pas à la pression de la stigmatisation. Elle parlait ouvertement de sa maladie et de son épreuve avec sa famille, mais se retenait avec bien d'autres. Elle souffrait du manque de sympathie affiché par de nombreuses personnes qui considèrent encore le cancer du poumon comme une maladie auto-infligée, une opinion qu'elle était déterminée à changer.

Bien que prise par son combat contre le cancer du poumon, Debi était consciente des retombées de sa maladie sur sa famille. Debi et John étaient mariés depuis vingt-sept ans. D'apparence bourrue, John donnait l'impression que peu de choses pouvaient le déranger. Cependant, le cancer de son épouse a été un moment terrible; grâce à leur amour, le couple a pu affronter cette épreuve ensemble.

Faire périodiquement du yoga a permis à Debi de garder l'esprit, le corps et l'âme bien vivants. Ancienne planificatrice et organisatrice convaincue, elle ne vit plus que dans le présent, au jour le jour; c'est l'espoir qui la mène au lendemain.

« J'espère avoir tous les jours des occasions pour rire, sourire et m'émouvoir. Je souhaite à chaque personne d'avoir cet espoir, indépendamment de son état de santé. »

CPC CROIT QUE LE CANCER DU POUMON N'EST PAS UNE HISTOIRE QUI NE SE RACONTE QU'EN CHIFFRES. MÊME SI LE BILAN HUMAIN EST LOURD, IL DONNE À LA COMMUNAUTÉ LA FORCE DE CHANGER LA FIN DE L'HISTOIRE.



Debi Lascelle
Ottawa, Ontario



PARTIE 3

APPROBATIONS ET ACCÈS AU
TRAITEMENT DU CANCER DU
POUMON AU CANADA

#ACCÈSAUTRAITEMENT

Le régime actuel d'évaluation et d'approbation des anticancéreux essentiels au maintien de la vie au Canada est dépassé. Cette réalité a été clairement établie dans les rapports précédents de Cancer pulmonaire Canada, notamment la façon dont de nombreux patients atteints du cancer du poumon sont morts dans l'attente d'un traitement qui aurait pu avoir une incidence profonde sur la progression de leur maladie. En plus des problèmes d'accès extrêmes, tous les types de cancer portent le fardeau de systèmes et d'infrastructures qui ne respectent pas les patients qu'ils tentent de sauver. Contrairement à d'autres cancers qui connaissent une amélioration du taux de survie, l'histoire du cancer du poumon est unique. L'absence d'un programme national de dépistage et l'intense stigmatisation sont les principaux facteurs qui mènent à des diagnostics au stade avancé. Un diagnostic effectué aux stades 3 ou 4 diminue considérablement le taux de survie parce que la plupart des patients n'ont pas le temps d'attendre le long processus d'approbation des médicaments et d'ajout à la liste provinciale. Pendant que le système se démène, les patients atteints d'un cancer du poumon continuent de mourir, et l'impatience gronde.

Selon une nouvelle analyse de la recherche publiée dans le *Journal of Canadian Health Policy*, le Canada est décrit comme un pays ayant l'un des cadres d'accès aux anticancéreux financés par l'État les plus limités^{xx}. Comment un pays reconnu internationalement pour ses soins de santé de premier ordre et sa qualité de vie peut-il donc accuser un si grand retard par rapport au reste du monde? Le Canada est un épice de l'innovation et un pays vers lequel de nombreuses personnes affluent au nom des libertés et des droits de la personne; mais si des changements radicaux nécessaires ne sont pas adoptés

immédiatement, les patients continueront de mourir, impuissants. L'analyse a étudié les retards des régimes provinciaux d'assurance médicaments à approuver certains anticancéreux, afin de déterminer le nombre de patients potentiels touchés et les coûts économiques de ces retards – les conclusions ne font que confirmer le besoin de changement et de réforme.

Comme indiqué dans ce rapport, le Canada est à la traîne en matière d'approbation des anticancéreux dans plusieurs régions. Tout d'abord, les médicaments sont souvent présentés pour approbation à Santé Canada après l'Agence européenne des médicaments et la FDA^{xx}. Trente-cinq pour cent des anticancéreux approuvés au Canada et aux États-Unis entre 1992 et 2011 ont été soumis à la FDA plus de six mois avant Santé Canada^{xxi}.

Le deuxième aspect où le Canada n'est pas à la hauteur est notre lent processus d'examen par les autorités de réglementation. Le délai médian de l'examen d'anticancéreux approuvés au Canada entre 1992 et 2011 était de 13 mois, contre 8,9 mois aux États-Unis. Le délai médian d'approbation des anticancéreux aux États-Unis a été réduit de moitié entre 1992-2001 et 2002-2011, soit de 12,7 à six mois. Le délai médian d'approbation des anticancéreux a également été réduit au Canada, mais seulement de 14 à 12,3 mois, et la proportion des anticancéreux soumis à la FDA plus de six mois avant Santé Canada est passé de 29,2 % pendant la période de 1992 à 2001 à 39,4 % pendant la période de 2002 à 2011^{xxii}.

Les retards pour recevoir un traitement anticancéreux vital ne prennent pas fin après l'homologation par Santé Canada. L'autorisation de

commercialisation n'est que le début d'une nouvelle série de difficultés. Aux États-Unis, une fois que la FDA a approuvé un médicament, les assureurs n'hésitent pas à en supporter le coût, et les patients profitent immédiatement de ce procédé rapide en accédant aux innovations qui peuvent leur sauver la vie. L'accès des patients canadiens à ces traitements est retardé en raison des évaluations de la technologie de la santé, comme l'examen des bienfaits cliniques et la négociation des prix, ou d'un éventuel fiscal supplémentaire, selon la province de résidence. Que pouvons-nous en déduire? Généralement, les Canadiens attendent plus longtemps pour que leurs médicaments soient approuvés, que leurs coûts soient remboursés ou d'y avoir accès par rapport à leurs pairs américains; de plus, en raison d'un cadre incohérent, ce temps d'attente

peut être encore plus long, selon leur province de résidence. Selon une étude récente, la durée médiane entre l'approbation par Santé Canada et le remboursement provincial des anticancéreux inscrits et approuvés entre 1989 et 2012 était deux fois plus longue à Terre-Neuve-et-Labrador (21,6 mois) qu'en Colombie-Britannique (10,8 mois)^{xxiii}.

Cette analyse montre que, selon les évaluations antérieures de l'accès provincial à cinq anticancéreux, plus de 5 000 patients étaient touchés par les retards d'approbation et d'accès^{xxiv}. Cinq mille visages du cancer du poumon! Cinq mille histoires de cancer du poumon! En prenant en compte le nombre de familles et de soignants, le bilan humain d'une infrastructure qui n'a pas évolué devient inacceptable.

**5 000 PATIENTS
ÉTAIENT TOUCHÉS
PAR LES RETARDS
D'APPROBATION
ET D'ACCÈS**



#VAINCRELECANCRERDUPOUMON – PAUL ROSENBLATT

Les différents visages du cancer : témoignage d'un patient

Nous vous présentons l'histoire de Paul (39 ans), fier papa et époux aimant, résidant à Hamilton, en Ontario. En un clin d'œil, sa réalité a changé. Il définit ce changement ainsi : « J'étais en vacances et faisais du ski en famille; le mois suivant, j'avais un cancer du poumon. » Son témoignage renforce l'importance de trouver une source d'espoir qui, selon lui, donne la force de foncer.

La plupart des Canadiens entretiennent une image stéréotypée d'une personne atteinte d'un cancer du poumon. Paul fait partie des milliers de personnes atteintes d'un cancer du poumon, qui n'ont jamais fumé et mènent une vie saine et active. En raison de ses antécédents, il n'était pas considéré comme exposé à un risque élevé de cancer du poumon. En janvier 2016, il venait de guérir d'un rhume qu'il avait attrapé de son fils, ce qui est fréquent quand on a de jeunes enfants. Une toux persistante et des infections respiratoires l'ont mené à subir un tomodensitogramme. Un cancer au stade 4 et des métastases dans tout le corps ont été décelés, y compris au cerveau. C'est à ce moment-là que Paul avait besoin d'espoir, aussi minime soit-il, pour rester positif.

La radiothérapie a été la première étape pour réduire les métastases cérébrales. Ce premier traitement a réussi : Paul pouvait maintenir son

optimisme. L'attente était la partie la plus difficile, se souvient-il. L'angoisse en attendant les mises à jour de l'hôpital. N'importe quoi. Se demandant chaque jour. L'interaction suivante de Paul avec son oncologue interniste a changé tout pour lui.

La maladie était à un stade avancé, mais parce que les tests avaient détecté la présence du gène ALK, son oncologue lui a donné beaucoup d'espoir. À l'époque, un nouveau traitement ciblé, adapté à sa maladie, faisait l'objet d'essais cliniques. Après des retards de processus, il a été inscrit aux essais cliniques. Le traitement a porté fruit et commencé à ralentir l'évolution de la maladie.

L'histoire de Paul montre que le visage du cancer du poumon n'est pas forcément celui qu'on s'imagine. Elle renforce la nécessité d'améliorer l'accès aux nouveaux anticancéreux, étant donné que les patients n'ont pas de temps à perdre. Ils ont des familles et des vies à protéger et en tant que Canadiens, ils devraient avoir toutes les chances de vaincre cette maladie dévastatrice.

« Sans aucun point d'appui, l'espoir est vraiment difficile à trouver. Trouvez une source d'espoir et laissez-la vous accompagner durant votre épreuve. C'est tout ce dont vous avez besoin. »

LE CANCER DU POUMON N'EST NI UNE COURSE NI UN INDICATEUR QU'UN PAYS FAIT UN MEILLEUR TRAVAIL QU'UN AUTRE. CPC CROIT QU'EN NOUS APPUYANT SUR LES SUCCÈS OBTENUS DANS D'AUTRES RÉGIONS, NOUS POUVONS AMÉLIORER LA VIE DES PATIENTS AU CANADA.



Paul Rosenblatt
Hamilton, Ontario

#ACCÈSAUFINANCEMENT QUI PAIE LA FACTURE?

L'esprit de collaboration et le partage de pratiques exemplaires peuvent faire avancer le programme du cancer du poumon plus rapidement. Cancer pulmonaire Canada et la communauté plus large croient fermement que nous avons besoin d'identifier les autres pays où l'accès aux traitements répond aux besoins des patients. Le Canada est un pays qui a tant de points positifs, nous pouvons donc admettre que nous avons du pain sur la planche concernant l'accès des patients à des traitements anticancéreux nouveaux et efficaces. Nous ne sommes pas parfaits, et cela n'a pas d'importance. Connaître ses imperfections et être ouvert au changement peuvent nous démarquer en tant que nation et avoir des effets profonds sur la vie des patients.

Cancer pulmonaire Canada a présenté dans son rapport de l'année dernière, sa propre analyse comparative des processus d'approbation des médicaments contre le cancer du poumon au Canada par rapport aux États-Unis. Cette analyse, mise à jour cette année, a étudié plus précisément le temps nécessaire au remboursement par le gouvernement des médicaments contre le cancer du poumon dans chaque province. 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. Les résultats alarmants de cette comparaison ont démontré clairement l'urgence d'améliorer le système canadien d'approbation des médicaments pour le bien des patients. Malheureusement, l'histoire du cancer du poumon au Canada n'a pas beaucoup évolué depuis le rapport *Les différents visages du cancer du poumon* de l'an dernier – les progrès ont été minimes.

Alecensaro (alectinib) illustre parfaitement le problème d'accès à un médicament auquel font face de nombreux patients atteints d'un cancer du poumon. Bien que le traitement ait été approuvé en 2015, une recommandation définitive pour son utilisation en deuxième intention est toujours en attente. Les provinces continuent à refuser de prendre en charge ces médicaments salvateurs, et ce, principalement et malheureusement, en raison de leur coût (voir tableau 7). Pour compliquer davantage la livraison rapide de nouveaux anticancéreux, l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC), un regroupement interprovincial des programmes et organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer au Canada, a formé un nouveau comité consultatif chargé d'examiner particulièrement l'abordabilité des médicaments et leurs répercussions budgétaires à l'échelle du Canada. Le Comité consultatif sur la mise en œuvre des médicaments anticancéreux (CCMMA) remet aux provinces des recommandations d'experts lorsqu'elles évaluent un nouveau traitement anticancéreux. Bien que l'avis des grands oncologues soit toujours apprécié, le fait que des traitements nouveaux et efficaces soient évalués à la lumière d'une analyse clinique et financière demeure une source d'inquiétude. L'incidence du cancer du poumon est profonde. Au-delà des simples chiffres, il importe de consulter les patients dans

le cadre de tout processus d'évaluation pour tenir compte de l'aspect « humain ». Comme défenseur de la communauté du cancer du poumon, CPC conseille vivement une revue détaillée de ce processus et encourage les autorités à tenir compte de la perspective du patient.

Bien que l'accès aux traitements déjà approuvés soit toujours un thème dominant, la conception de nouveaux médicaments donne de l'espoir à de nombreux patients et à leurs proches. Jusqu'à présent, deux nouvelles options thérapeutiques ont été homologuées au Canada en 2017. L'association dabrafenib (Tafinlar^{MD}) et trametinib (Mekinist^{MD}) a été approuvée dans le traitement du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique, exprimant une mutation V600 du gène BRAF, après une thérapie systémique antérieure. Environ 1 à 2 % des patients atteints d'un CPNPC expriment une mutation du gène BRAF. À la publication de ce rapport, ce traitement avait reçu une première recommandation de financement négative du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (PPEA). Et ce, malgré le taux de réponse global extraordinaire par rapport à la chimiothérapie. À moins que cette décision ne soit annulée, les patients exprimant la mutation V600 du gène BRAF au Canada pourraient ne jamais avoir accès à ce traitement. C'est d'autant plus troublant que cette décision pourrait avoir des effets néfastes sur la médecine personnalisée au Canada. Les experts cliniques et les associations internationales reconnaissent que les thérapies ciblées mènent à de meilleures issues cliniques. Des décisions comme celle-ci vont à l'encontre des meilleures pratiques cliniques et signifient que le Canada est à la traîne en ce qui a trait à la médecine personnalisée.

La deuxième victoire a été l'approbation de pembrolizumab (Keytruda^{MD}). Ce médicament rejoint le nivolumab comme immunothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC.

Le pembrolizumab a été approuvé comme traitement de première et de deuxième intentions chez les patients atteints d'un CPNPC métastatique exprimant la mutation PD-L1 et dont la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie à base de platine. Les immunothérapies sont des traitements innovants permettant d'améliorer la survie des patients atteints d'un CPNPC qui n'ont pas répondu aux traitements traditionnels. À la publication de ce rapport, le nivolumab était remboursé dans toutes les provinces, à l'exception de l'Î.-P.-É. Keytruda est toujours bloqué dans le processus réglementaire, bien que les patients et les médecins souhaitent y accéder au plus vite.

Les patients atteints d'un cancer du poumon n'ont pas le luxe du temps. Ce cancer est différent des autres, car les patients reçoivent leur diagnostic à un stade plus avancé. C'est un fait, et le taux de mortalité des suites de la maladie confirme cette affirmation. Les patients atteints d'un cancer du poumon n'ont pas de temps à perdre! Chaque jour qui passe augmente les enjeux et renforce le sentiment d'urgence. Il est temps de reconnaître que nous composons avec un système déficient parce qu'il ne sert pas les personnes qui en ont besoin. Les patients continueront de mourir dans l'attente de l'approbation et de la mise en place de la réforme de l'accès aux traitements nécessaires. Nous devons passer à l'acte maintenant!



RAPPORT SUR LES DIFFÉRENTES FACETTES DU CANCER DU POUMON POUR 2017

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPRO- BATION PAR LA FDA	JOURS SUPPLÉMENTAIRES JUSQU'À LA DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	État PPEA	Données de phase utilisées
afatinib (Giotrif ^{MD})	Traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avancé exprimant une mutation du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR)	12 juillet 2013	1er in exponent novembre 2013 (112 jours)	Recommandation finale le 2 mai 2014 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
alectinib (Alecensaro ^{MD}) en 2 ^e intention*	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique), dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent, jusqu'à la perte d'un bienfait clinique	11 décembre 2015	29 septembre 2016 (293 jours)	En attente	3
alectinib (Alecensaro ^{MD}) en 2 ^e intention en présence de métastases au système nerveux central (SNC)	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC localement avancé ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent, et qui présentent des métastases au système nerveux central (SNC)	11 décembre 2015	29 septembre 2016 (293 jours)	Recommandation finale : Non recommandé	3
ceritinib (Zykadia ^{MD}) 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 (332 jours)	Recommandation finale le 3 décembre 2015 : Non recommandé	2
ceritinib (Zykadia ^{MD}) resoumission en 2 ^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent	29 avril 2014	27 mars 2015 (332 jours)	Recommandation finale le 21 mars 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
crizotinib (Xalkori ^{MD}) 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	6 août 2011	25 avril 2012 (263 jours)	Recommandation finale le 4 octobre 2012 : Non recommandé	1/2
crizotinib (Xalkori ^{MD}) resoumission en 2 ^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d'un CPNPC avancé (sans traitement curatif) ou métastatique exprimant une mutation du gène ALK	26 août 2011	25 avril 2012 (243 jours)	Recommandation finale le 2 mai 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
crizotinib (Xalkori ^{MD}) resoumission en 1 ^{re} 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 (243 jours)	Recommandation finale le 21 juillet 2015 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3

*Au moment de mettre sous presse, la FDA examinait l'administration d'alectinib en 1^{re} intention.

Suite... Tableau 3 – 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	JOURS SUPPLÉMENTAIRES JUSQU’À LA DATE D’APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	État PPEA	Données de phase utilisées
dabrafenib (Tafinlar ^{MD}) + trametinib (Mekinist ^{MD}) en 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 (-37 jours) [approuvé seulement après l’échec d’une chimiothérapie antérieure]	Recommandation initiale : Non recommandé	2
nivolumab (Opdivo ^{MD}) en 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 2017 (725 jours)	Recommandation finale le 3 juin 2016 : Recommandé et financé par les deniers publics dans la plupart des provinces	3
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) en 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 (235 jours)	Recommandation finale le 4 mai 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) en 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 platine	4 septembre 2014	15 avril 2016 (589 jours)	Recommandation finale le 3 novembre 2016 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité, mais non encore subventionné	2/3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) en 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 (261 jours)	Recommandation finale le 23 août 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité, mais non encore subventionné	3
pemetrexed (Alimta ^{MD}) en 2 ^e intention	Traitement d’entretien chez les patients atteints d’un CPNPC non squameux avancé ou métastatique, suivant un traitement au pemetrexed et au cisplatine	2 juillet 2009	9 mai 2013 (1407 jours)	Recommandation finale le 19 novembre 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
ramucirumab (Cyramza ^{MD}) en 2 ^e intention	Pour le traitement des patients atteints d’un CPNPC avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie à base de platine en association avec le docetaxel	21 avril 2014	16 juillet 2015 (451 jours)	Fermé, non soumis	3

Tableau 4 – 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	État PPEA	Données de phase utilisées
afatinib (Giotrif ^{MD})	Traitement de 1 ^{re} 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	19 août 2014 (403 jours)	Recommandation finale le 2 mai 2014 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
alectinib (Alecensaro ^{MD}) 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, jusqu’à la perte d’un bienfait clinique	11 décembre 2015	Non financé	Recommandation finale : En attente	3
alectinib (Alecensaro ^{MD}) en 2 ^e intention avec métastases au SNC	En monothérapie chez les patients atteints d’un CPNPC localement avancé ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent, et qui présentent des métastases au SNC	11 décembre 2015	Non financé	Recommandation finale le 4 mai 2017 : Non recommandé	2
ceritinib (Zykadia ^{MD}) resoumission en 2 ^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d’un CPNPC localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK, dont la maladie a évolué pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas cet agent	29 avril 2014	Non financé	Recommandation finale le 21 mars 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
crizotinib (Xalkorj ^{MD}) resoumission en 2 ^e intention	En monothérapie chez les patients atteints d’un CPNPC avancé (sans traitement curatif) ou métastatique exprimant une mutation du gène ALK	26 août 2011	1^{er} octobre 2013 (767 jours)	Recommandation finale le 2 mai 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
crizotinib (Xalkorj ^{MD}) resoumission en 1 ^{re} 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	1^{er} décembre 2015 (1558 jours)	Recommandation finale le 21 juillet 2015 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3

KLA = kinase du lymphome
SNC = système nerveux central

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

ITK = inhibiteur de tyrosine kinase

Suite... Tableau 4 – 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	État PPEA	Données de phase utilisées
dabrafenib (Tafinlar ^{MD}) + trametinib (Mekinist ^{MD}) en 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	Non financé	Recommandation initiale le 31 août 2017 : Non recommandé	2
nivolumab (Opdivo ^{MD}) en 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	1^{er} mars 2017 (728 jours)	Recommandation finale le 3 juin 2016 : Recommandé et financé par les deniers publics dans la plupart des provinces	3
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) en 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	Non financé	Recommandation finale le 4 mai 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) en 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 platine	4 septembre 2014	Non financé	Recommandation finale le 3 novembre 2016 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	2/3
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) en 1 ^{re} intention	Pour les patients atteint d’un CPNPC métastatique non précédemment traité dont les tumeurs expriment le 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	Non financé	Recommandation finale le 23 août 2017 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
pemetrexed (Alimta ^{MD}) en 2 ^e intention	Traitement d’entretien chez les patients atteints d’un CPNPC non squameux avancé ou métastatique, suivant un traitement au pemetrexed et au cisplatine	2 avril 2009	3 mars 2014 (1 705 jours)	Recommandation finale le 19 novembre 2013 : Recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité	3
ramucirumab (Cyramza ^{MD}) en 2 ^e intention	Pour le traitement des patients atteints d’un CPNPC avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie à base de platine en association avec le docetaxel	21 avril 2014	Non financé	Fermé, non soumis	3

KLA = kinase du lymphome
SNC = système nerveux central

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

ITK = inhibiteur de tyrosine kinase

Tableau 5 – Délai entre l’approbation par la FDA et la couverture provinciale

MÉDICAMENT Nom générique (médicament d’origine)	DATE D’AP- PROBATION PAR LA FDA	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.
afatinib (Giotrif ^{MD}) 2 ^e intention	12 juillet 2013	446	445	430	461	403	1 027	535	426	689	1 200
crizotinib (Xalkori ^{MD}) 2 ^e intention	26 août 2011	918	797	769	783	767	892	828	805	949	1 711
crizotinib (Xalkori ^{MD}) 1 ^{re} intention	26 août 2011	1 746	1 763	1 773	1 794	1 749	1 627	Non financé	1 879	1 808	Non financé
ceritinib (Zykadia ^{MD}) 2 ^e intention	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 ^{MD}) 2 ^e intention	4 mars 2015	728	761	750	740	748	Non financé	759	790	883	Non financé
osimertinib (Tagrisso ^{MD}) 2 ^e intention	13 novembre 2015	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
pemetrexed (Alimta ^{MD}) 2 ^e intention	2 juillet 2009	1 764	1 764	1 705	1 795	1 734	1 917	1 734	1 887	1 734	2 335
nivolumab (Opdivo ^{MD}) 2nd line	4 mars 2015	728	761	750	740	748	749	759	790	883	Non financé
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) 2 ^e intention	4 septembre 2014	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) 1 ^{re} intention	24 octobre 2016	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
pembrolizumab (Keytruda ^{MD}) 1 ^{re} intention	24 octobre 2016	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
pemetrexed (Alimta ^{MD}) 2 ^e intention	2 juillet 2009	1764	1764	1705	1795	1734	1917	1734	1887	1734	2335
ramucirumab (Cyramza ^{MD}) 2 ^e intention	21 avril 2014	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

#VAINCRELECANCERDUPOUMON – HEATHER HOGAN

Les différents visages du cancer du poumon : témoignage d'une patiente

Nous vous présentons Heather. Elle a 58 ans et vit à Woodstock, au Nouveau-Brunswick. Éducatrice de longue date, Heather a occupé plusieurs postes. En tant que directrice adjointe à l'école élémentaire locale et institutrice, Heather est bien connue dans la communauté. C'est parce qu'elle a enseigné à des générations de tant de familles. Il va sans dire qu'elle est aimée par tellement de personnes.

D'aucuns diraient que Heather est une personne qui a toujours les choses en main, dans sa vie tant professionnelle que personnelle. Heather était le « ciment » qui tenait tout ensemble. Elle était la pierre de touche. La plus solide! Cependant, tout a basculé quand elle a reçu un diagnostic de cancer du poumon, il y a cinq ans.

Heather connaissait bien cette maladie. Son père en était atteint il y a bien des années et, après une intervention chirurgicale réussie, il y a échappé. Bien qu'elle ait connu le traumatisme de la maladie de première main, elle ne s'attendait pas à y faire face elle-même. Heather était en bonne santé et active. Elle ne correspondait pas au profil d'un patient à risque élevé.

La tumeur détectée en était au stade 3. Elle a subi une lobectomie pour enlever la tumeur et les ganglions lymphatiques alentour. En tant que cancéreuse elle-même, Heather avait une attitude toute différente. Elle a complètement perdu toute maîtrise. La chimiothérapie et la radiothérapie ont suivi et, bien que son état physique ait été bon, elle a trouvé que la pression émotionnelle était trop forte.

Certains jours, Heather se sentait optimiste et motivée. D'autres, non. La tension mentale était constante, et elle a souffert d'angoisse intense.

En tant qu'ancienne éducatrice, elle était habituée à être entourée de beaucoup de gens et d'activité à l'école. Trouver du réconfort était difficile pour elle. Force motrice de la famille, elle était toujours la première personne à répondre à l'appel des autres. Elle a eu du mal à être la personne qui devait recevoir des soins. C'était toujours elle la soignante!

Sa famille est devenue son roc. Son mari était présent à toutes les consultations, a discuté avec tous les médecins – il a tout géré. Le cancer du poumon a bouleversé sa vie il y a déjà cinq ans. Aujourd'hui à la retraite, Heather joue le rôle de personne-ressource pour toute personne atteinte d'un cancer dans sa communauté. La leçon la plus importante qu'elle ait jamais apprise touche à l'espoir et à la force!

« Personne ne peut vous préparer à l'angoisse émotionnelle et mentale qui peut vous saisir suivant un diagnostic de cancer du poumon. Vous pouvez facilement vous laisser abattre, peu importe combien vous croyez être solide. Il est normal d'admettre que vous avez besoin d'aide. Il est normal de prendre appui sur quelqu'un. »

Heather Hogan
Woodstock,
Nouveau-Brunswick



#ACCÈSAUXSPÉCIALISTES

#NURSENAVIGATION : LE NOUVEAU PILOTE EST PROMETTEUR

Un nouveau programme sans pareil est en train de changer l'expérience clinique des patients et des médecins. Établi en automne 2013, l'infirmier-pivot de la British Columbia Cancer Agency a commencé à démontrer comment un spécialiste placé de manière stratégique peut avoir un effet spectaculairement positif. Le programme pilote, organisé au Centre de Vancouver, a été lancé afin de simplifier le processus d'admission et de triage des nouveaux patients atteints d'un cancer du poumon.

Le rôle comprend divers aspects. L'infirmier-pivot est responsable de la vérification des renseignements sur la santé du patient et de la communication avec les oncologues thoraciques et les radiothérapeutes pour faciliter les épreuves d'imagerie supplémentaires, accélérer les demandes d'analyses moléculaires et effectuer des dépistages selon les symptômes du patient. La participation de l'infirmier-pivot aux activités de triage a permis de réduire les temps d'attente de traitement pour les patients, d'augmenter la fréquence et la disponibilité des résultats des analyses moléculaires lors de la consultation et d'améliorer l'attribution des ressources médicales dont le temps est limité.

« En réalité, les patients et leurs familles sont toujours reconnaissants d'avoir de mes nouvelles; nous discutons du plan pour les consultations à venir. Je suis un point de référence unique et peux fournir des informations pour aider à lever une partie de l'incertitude. La sensation de peur et d'angoisse est énorme chez les patients et leurs familles, et ce nouveau programme aide vraiment à bien atténuer leurs soucis. »

– Kelly Zibrik, infirmière-pivot

Selon les oncologues thoraciques du Centre de Vancouver, l'intégration de l'infirmier-pivot a amélioré la communication, grâce à la consignation électronique de l'évaluation de triage et du plan de traitement. L'importance d'avoir des rapports et des renseignements complets lors de la consultation a été applaudie à la fois par les médecins et les patients. La coordination des renvois et des renseignements par l'infirmier-pivot crée une ressource unique et unificatrice qui a une incidence positive sur la consultation et la planification du triage pour le patient, les préposés à l'admission, les médecins traitants, les médecins spécialistes, ainsi que les médecins et services de la BCCA.

CPC CROIT QU'IL N'EST PAS TROP TARD DE TROUVER UNE MEILLEURE SOLUTION. IL EST TEMPS DE SE RENDRE À L'ÉVIDENCE ET D'ENTREPRENDRE UNE RÉFORME POUR ACCÉLÉRER L'ACCÈS DES PATIENTS À LA NOUVELLE FRONTIÈRE DE LA MÉDECINE.

« Nous avons clairement démontré que le modèle fonctionne. Depuis son lancement, nous avons collaboré étroitement avec plus de 700 patients au cours des trois dernières années, ce qui est remarquable. Des résultats cliniques positifs sont réalisés chaque jour, nous savons que le temps est important pour ces patients, et la meilleure efficacité nous permet de leur prodiguer de meilleurs soins. »

– **D^{re} Cheryl Ho**, FRCPC, oncologue interniste, professeure clinique agrégée, Université de la C.-B., BC Cancer Agency

La preuve nous pend au nez : les programmes conçus dans un but donné et mis en œuvre efficacement améliorent un aspect principal du périple du cancer pulmonaire. Le programme pilote de l’infirmier-pivot nous montre que les procédures cliniques peuvent être perfectionnées pour améliorer l’issue clinique, tout en créant des liens humains. Dans l’état actuel des choses, les patients doivent gérer le flot de détails scientifiques complexes, les symptômes physiques de la maladie et le trouble émotif intense, ce qui n’est pas facile. Nous devons nous efforcer d’avoir plus de programmes comme celui-ci, qui offrent un point de contact humain, et orientent et soutiennent le patient.



Kelly Zibrik

Vancouver, Colombie-Britannique

#ACCÈSAUXMEILLEURESPRATIQUES

LA MÉTHODE EN MATIÈRE DE CANCER DU POUMON AU QUÉBEC

Dans un esprit de progrès, cerner les meilleures pratiques chez nous au Canada et chez nos partenaires internationaux est l'un des moyens les plus sûrs de réaliser des progrès rapides. Le Québec a adopté un modèle à nul autre pareil en matière de diagnostic. L'adoption rapide de nouvelles techniques de diagnostic s'avère bénéfique.

La province a assuré l'accès à une nouvelle technique diagnostique appelée échographie endobronchique (EEB). Il s'agit d'une technique très peu effractive, les patients pouvant donc la subir en consultation externe. La technologie permet aux anatomopathologistes de faire des prélèvements dans les masses médiastinales et les ganglions lymphatiques à l'aide d'ultrasons, améliorant considérablement leur capacité à obtenir de bonnes biopsies sans trop d'inconfort pour le patient. Les résultats peuvent être rapides de sorte qu'en une journée, un patient peut connaître son diagnostic, le stade de sa maladie et la nécessité ou non d'une intervention chirurgicale.

« L'acceptation des examens diagnostiques, comme l'EEB, a été considérable au Québec et les effets

positifs parlent d'eux-mêmes. Les gouvernements doivent se faire une image exhaustive du cancer du poumon, et non seulement pour ce qui est du traitement; le diagnostic et le dépistage sont tout aussi essentiels. Des investissements doivent être faits pour les patients et, à long terme, nous prévoyons réaliser des économies de coûts. »

- **D^r Bouchard**, pneumologue.

Un autre exemple du Québec souligne la collaboration entre les pneumologues et les oncologues. De tout temps, le niveau de collaboration entre ces deux spécialités était restreint au Canada. Les pneumologues géraient le dépistage et le diagnostic, mais prenaient rarement part au traitement. Le Québec a un modèle très différent qui ressemble à ce qui se passe en Europe quant à la façon dont ces médecins collaborent.

« Le patient constate le véritable pouvoir de la relation singulière entre la pneumologie et l'oncologie au Québec. Le partenariat garantit une meilleure prise en charge de la maladie, le pneumologue étant capable de collaborer avec le patient pour soulager les effets secondaires, entre autres. C'est vraiment un travail d'équipe. »

CPC CROIT QU'IL Y A DE BEAUX SUCCÈS À CÉLÉBRER ET DONT ON PEUT TIRER DES LEÇONS. ENSEMBLE, NOUS SOMMES PLUS FORTS, PLUS INTELLIGENTS ET PRÊTS À ASSISTER À DES CHANGEMENTS IMPORTANTS POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER DU POUMON.

A person in a white lab coat is holding a colorful ball-and-stick molecular model. The model consists of various colored spheres (white, black, red, blue, purple) connected by grey rods, representing atoms and bonds. The person's face is partially visible in the background, looking towards the camera. The overall scene is set against a light, blurred background.

PARTIE 4

DIAGNOSTIC ET
ANALYSE MOLÉCULAIRE

#ACCÈSÀLATECHNOLOGIE

MISES À JOUR SUR LES TESTS

Une nouvelle ère commence pour le traitement du cancer du poumon. La conception et l'approbation rapides de traitements novateurs ont considérablement amélioré les taux de survie et la qualité de vie des patients. La donne a changé avec l'avancée des tests utilisant des biomarqueurs chez les patients nouvellement atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avancé, ainsi que chez les patients dont la maladie récidive après un traitement aux inhibiteurs de l'EGFR. Il s'agit d'étapes importantes qui soulèvent des espoirs formidables pour les patients, leurs familles et la communauté médicale qui travaille sans relâche pour marquer des points dans la lutte contre le cancer du poumon.

De nombreux changements sont survenus durant les cinq dernières années. Notre compréhension du cancer du poumon s'est élargie et de nouvelles recherches intéressantes sont en cours, démontrant la puissance des tests utilisant des biomarqueurs et leur incidence profonde sur la survie et la qualité de vie des patients. Non seulement nous pouvons maintenant repérer les mutations génétiques, mais le traitement peut aussi être ciblé pour les patients et agira donc efficacement contre ces mutations. C'est une nouvelle ère en matière de tests, et nous devons commencer à réfléchir à la meilleure façon d'intégrer et de normaliser les tests et outils diagnostiques sur les biomarqueurs.

À l'heure actuelle, la disponibilité de certains tests, appareils et technologies est bien différente selon chaque province ou selon les cliniques visitées. La communauté du cancer du poumon doit se préparer à accueillir des technologies en évolution rapide qui rendront

bientôt les examens bien plus économiques, plus rapides et plus accessibles. Il est prouvé que les tests améliorent la réussite du traitement et la survie en général; nous voulons nous assurer qu'à mesure que de nouveaux tests et technologies sont conçus, nous pouvons les adopter et les incorporer rapidement à notre algorithme de dépistage et de traitement.

La prochaine étape consistera à établir des lignes directrices sur les tests utilisant des biomarqueurs. Il est primordial de veiller à ce qu'une méthode normalisée soit mise en place pour tous les tests, et que les infrastructures puissent évoluer au rythme de l'innovation scientifique. En misant sur le succès des tests sur les biomarqueurs pour le cancer du poumon, la situation ne pourra que s'améliorer et permettra d'atténuer les pronostics radicalement différents entre les provinces. Acteur dynamique dans les débats sur les tests, Cancer pulmonaire Canada continue de collaborer avec les plus grands spécialistes du pays pour établir des lignes directrices et plaider en faveur d'un financement supplémentaire.

Certains processus de recherches et de tests en Colombie-Britannique sont un « mirage » dans un cadre provincial incohérent. Des batteries de tests multigéniques sont maintenant offerts partout en Colombie-Britannique comme outils de diagnostic provincial. Si vous êtes un patient, la donne a changé, le traitement pouvant désormais être personnalisé pour des milliers de cancéreux admissibles.

Actuellement, les batteries OncoPanel et Onco sont des tests cliniques visant à détecter simultanément plusieurs mutations dans plusieurs gènes.

Une première au Canada, la batterie de tests est offerte à l'échelle de la Colombie-Britannique. Le travail accompli par l'équipe de chercheurs modifie la trajectoire pour de nombreux Canadiens qui feront face à un diagnostic de cancer du poumon au cours de leur vie. Des programmes similaires en Alberta font des progrès importants dans ce domaine.

« Avec le cancer, les biomarqueurs arrivent à grands pas et notre objectif est de simplifier le processus et d'en assurer l'adoption facile à l'avenir. Les fonds attribués aux services de pathologie sont généralement fixes et ne prévoient pas beaucoup de flexibilité; les obstacles fonctionnels peuvent également être insurmontables, et il faut changer cette situation pour apprécier pleinement le potentiel de ces nouveaux tests. Nous devons défendre nos intérêts par nous-mêmes. »

- **D^r Quincy Chu**, médecin, FRCPC, professeur agrégé, Division de médecine interne oncologique, Service d'oncologie, Cross Cancer Institute, Université de l'Alberta.

La dynamique centrale des différentes batteries consiste en une biopsie d'une tumeur pulmonaire que l'on soupçonne cancéreuse et d'un test ADN. Plusieurs monostests de séquençage génétique sont intégrés à une même batterie de séquençage de prochaine génération, donnant ainsi des diagnostics

rapides. Les méthodes précédentes testaient chaque gène séparément prenaient énormément de temps. Il fallait ensuite de deux à trois semaines pour se faire une idée claire de la meilleure façon de personnaliser le traitement pour le patient. Nous sommes maintenant en présence de démarches qui changent la donne dans la lutte contre le cancer du poumon.

Selon les études économiques en matière de santé, les tests sont un moyen rentable pour améliorer l'issue clinique du cancer^{xxx}. Les mutations génétiques sont choisies parce qu'elles sont les plus pertinentes sur le plan clinique pour les plans de traitement connus financés par les deniers publics ou les essais cliniques actuels. Si la portée des tests était élargie pour couvrir d'autres mutations, indépendamment de ce qui est financé par l'État, le nombre de vies sauvées serait énorme.

Les voix doivent s'élever pour plaider en faveur d'un financement accru des tests génomiques. C'est un progrès prouvé, évoluant à grande vitesse. L'exemple de la Colombie-Britannique doit être étudié et évalué attentivement. C'est là que réside l'avenir du diagnostic et du traitement du cancer; c'est un espoir qui brille au sein d'une communauté de patients inquiets.

CANCER PULMONAIRE CANADA PENSE QUE LES VOIX DOIVENT S'ÉLEVER BIEN FORT POUR DÉFENDRE UN FINANCEMENT ACCURU DES TESTS GÉNOMIQUES.



D^r Quincy Chu
Edmonton, Alberta

#VAINCRELECANCRERDUPOUMON – LORNE COCHRANE

Les différents visages du cancer pulmonaire : témoignage d'un patient

C'est l'histoire de Lorne (58 ans) qui connaît bien les ravages du cancer du poumon. Cette maladie a coûté la vie à plusieurs de ses proches. Son grand-père. Sa mère. Deux de ses tantes. C'est le diagnostic au stade 1 de son frère jumeau et la mort de sa mère en 2012 qui le poussent à subir un dépistage.

Bien que ne présentant aucun symptôme, le cancer du poumon le regarde droit dans les yeux; quelque chose lui dit qu'il doit se faire examiner. La maladie s'est propagée : plusieurs tumeurs sont décelées dans les deux poumons, les glandes surrénales, les reins et le pancréas.

Ni la radiothérapie ni la chirurgie ne sont conseillées. La chimiothérapie palliative est le seul traitement possible, et Lorne reçoit un pronostic de 12 à 13 mois. C'est un choc pour lui, sa femme et ses enfants. Il est en bonne forme et se sent bien. Comment peut-il n'avoir plus qu'un an à vivre? Son optimiste habituel ne faiblit pas face au cancer le plus meurtrier au Canada.

Son épouse n'est pas prête à accepter cette nouvelle. Elle n'est pas prête à perdre son mari, sa pierre angulaire, son meilleur ami. Maryann est

disposée à tout pour sauver son mari et recherche de nouveaux traitements et essais cliniques qui, au minimum, pourront prolonger la vie de Lorne. Après l'échec de la chimio, Mary et Lorne discutent avec leur oncologue d'autres traitements possibles, comme les médicaments faisant l'objet d'essais cliniques. Lorne reconnaît : « Je suis jeune et me sens encore en bonne santé; pourquoi ne pas essayer un nouveau traitement maintenant au lieu d'attendre d'être mourant? Si cela peut profiter aux autres, voire à moi-même, je suis prêt à servir de cobaye. Après quelques semaines, son oncologue lui annonce qu'un essai est disponible et lui demande s'il souhaite y participer; Lorne répond : « Oui ! » Sans hésiter.

Après avoir collaboré avec son oncologue pour subir les tests nécessaires, il participe à l'essai et commence le traitement. Les effets secondaires sont minimes. Au bout de 4 semaines, le phlegme diminue, ce qui est un signe positif. Après neuf semaines de traitement, l'équipe médicale remarque quelque chose. Les tumeurs ont sensiblement diminué. C'est incroyablement prometteur pour Lorne, sa famille et les chercheurs.

CPC CROIT QUE L'AVENIR DES ESSAIS CIBLÉS EST AUJOURD'HUI. LA HAUSSE DES INVESTISSEMENTS ALIMENTERA LES PROGRÈS DE LA SCIENCE ET AURA UNE INCIDENCE DIRECTE SUR LES PERSONNES QUI FONT FACE AU CANCER DU POUMON.

Finalement, les tumeurs sont non mesurables, et le pronostic qu'il a initialement reçu change. Cette réaction remarquable à un nouveau traitement modifiera la façon dont la communauté médicale envisage de traiter le cancer du poumon. L'histoire de Lorne souligne l'importance de la persistance et de l'espoir. La science et l'innovation ont changé sa vie et celle de sa famille. Lorne remarque : « Science et recherche, voici comment j'épelle ESPOIR. » Lloyd, le frère jumeau de Lorne, n'a pas eu la chance de suivre le même traitement et est décédé en novembre 2016, en raison de complications de son cancer du poumon.

Cinq ans et sept mois se sont écoulés depuis son diagnostic, et Lorne sait que sa femme, son médecin et tous les chercheurs lui ont sauvé

la vie. Il continue de subir des dépistages réguliers, ce qu'il considère comme la « nouvelle normalité ». Avec sa famille, il implore les patients de ne jamais lâcher; le cancer du poumon peut être vaincu : il en est la preuve vivante.

« Un diagnostic de cancer du poumon peut être paralysant. Vous avez besoin d'un allié pour vous accompagner durant cette épreuve. Personne ne peut affronter seul le cancer du poumon. »



Lorne Cochrane
Atmore, Alberta



PART 5

CONCLUSION

#RÉFORMEDEL'ACCÈS

ALLER DANS LE BON SENS

L'histoire du cancer du poumon au Canada est jalonnée d'obstacles. Des difficultés monumentales caractérisent cette maladie et lui donnent une illusion de défaite. Sans se décourager par l'énormité de la situation, la communauté du cancer du poumon garde espoir. La recherche qui repousse les limites a permis d'obtenir des solutions de traitement ciblé et des protocoles de dépistage avancés, et les tests sur les biomarqueurs à la fine pointe de la technologie sont devenus l'emblème de la nouvelle histoire du cancer du poumon.

Nous devons garder les choses simples. Quelques éléments vitaux changeront tout en profondeur. Des mesures importantes visant à

améliorer la vie des patients ont été prises l'an dernier, et nous en sommes reconnaissants. Ces victoires doivent être célébrées, mais nous devons toujours continuer de repousser les limites. Nous nous battons au nom de nos innombrables êtres chers.

Avec nos partenaires atteints de cette maladie, et ceux en pratique clinique, dans le secteur public et dans le milieu de la recherche, nous voulons changer cette histoire. Intervention précoce. Dépistage complet. Accès aux traitements ciblés. Plus de survivants! Nous agissons au nom des patients, pour les patients. Accorder la priorité au cancer du poumon par un dialogue soutenu donnera lieu aux changements voulus.

CANCER PULMONAIRE CANADA VEUT QUE 2017 SOIT UNE ANNÉE CHARNIÈRE POUR LE CANCER LE PLUS MEURTRIER AU CANADA. NOUS EN AVONS LA PREUVE. NOUS SAVONS QUE LE DÉPISTAGE PRÉCOCE SAUVE DES VIES ET OPTIMISE LES SERVICES DE SANTÉ. NOUS SAVONS QUE LES TRAITEMENTS CHANGENT RAPIDEMENT ET ONT DES RÉPERCUSSIONS PROFONDES SUR LA PROGRESSION DE LA MALADIE. NOTRE PRIORITÉ DOIT DÉSORMAIS ÊTRE L'ACCÈS, ET NOUS DÉFENDRONS LE DROIT DE TOUS LES PATIENTS À UNE MEILLEURE PRESTATION DES MÉDICAMENTS ET DES OUTILS DIAGNOSTIQUES AU CANADA. ENSEMBLE, NOUS SOMMES FORTS! ENSEMBLE, LE CHANGEMENT EST POSSIBLE!



QUI SOMMES-NOUS?

#CPC

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 a quatre volets :

1) **augmenter la sensibilisation au cancer du poumon**; 2) **soutenir** les patients **atteints** d'un cancer du poumon ainsi que leur famille, et défendre leurs droits, 3) offrir des **ressources éducatives** aux patients, aux membres de leur famille, aux professionnels de la santé et au grand public; et 4) **lever 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

- ⁱ http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=lung
- ⁱⁱ Statistiques de 2017 de la Société canadienne du cancer. <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR.pdf?la=fr>
- ⁱⁱⁱ Statistiques de 2017 de la Société canadienne du cancer. <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR.pdf?la=fr>
- ^{iv} Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs – <https://canadiantaskforce.ca/nouvelle-ligne-directrice-pour-le-depistage-du-cancer-du-poumon/?lang=fr>. Dernière consultation : le 30 septembre 2016.
- ^v <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{vi} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{vii} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{viii} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{ix} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^x <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{xi} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{xii} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{xiii} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{xiv} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{xv} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{xvi} <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/statistics/?region=on>
- ^{xvii} Cancer pulmonaire Canada
- ^{xviii} « *Decreasing Smoking but Increasing Stigma? Anti-tobacco Campaigns, Public Health, and Cancer Care.* » RILEY, Kristen E., Ph. D., ULRICH, Michael R., JD, MPH, HAMANN, Heidi A., Ph. D., et Jamie S. OSTROFF, Ph. D.
- ^{xix} RAWSON, SB Nigel, Ph. D. Date de publication : 31 mai 2016
- ^{xx} Rawson, N.S.B. « New drug approval times and safety warnings in the United States and Canada, 1992-2011. » *J Popul Ther Clin Pharmacol*, no 20, 2013, p. e67-81;
- ^{xxi} RAWSON, SB Nigel, Ph. D. Date de publication : 31 mai 2016
- ^{xxii} « *Decreasing Smoking but Increasing Stigma? Anti-tobacco Campaigns, Public Health, and Cancer Care.* » RILEY, Kristen E., Ph. D., ULRICH, Michael R., JD, MPH, HAMANN, Heidi A., Ph. D., et Jamie S. OSTROFF, Ph. D.
- ^{xxiii} RAWSON, SB Nigel, Ph. D. Date de publication : 31 mai 2016
- ^{xxiv} Rawson, N.S.B. « New drug approval times and safety warnings in the United States and Canada, 1992-2011. » *J Popul Ther Clin Pharmacol*, no 20, 2013, p. e67-81; RAWSON, N.S.B. « Do faster drug approvals increase safety risks? Evidence from Canada and Europe 2003-2012 », *Can Health Policy*, Toronto, Canadian Health Policy Institute, août 2014.
- ^{xxv} RAWSON, SB Nigel, Ph. D. Date de publication : 31 mai 2016
- ^{xxvi} Rawson, N.S.B. « New drug approval times and safety warnings in the United States and Canada, 1992-2011. » *J Popul Ther Clin Pharmacol*, no 20, 2013, p. e67-81.
- ^{xxvii} EZEIFE, D.A., et coll. « Comparison of oncology drug approval between Health Canada and the US Food and Drug Administration », *Cancer*, no 121, 2015, p. 1688-1693.
- ^{xxviii} Rawson, N.S.B. « Potential impact of delayed access to five oncology drugs in Canada », Vancouver, Institut Fraser, 2013.
- ^{xxix} <http://www.bccancer.bc.ca/about/news-stories/news/2016/new-genetic-tests-become-standard-of-cancer-care-in-bc>

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

Debra Bond-Gorr

CFRE
Belleville, ON

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)

Elizabeth Moreau

Infirmière praticienne
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
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^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 Leigh

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
Programme de cancérologie de
l'hôpital d'Ottawa

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste
QEII Health Sciences Centre

D^r Sunil Yadav

Cancérologue interniste
Saskatoon Cancer 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)

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 remercier les Drs Nicole Bouchard, Quincy Chu, Gail Darling, Cheryl Ho, Stephen Lam et Kelly Zibrik pour leurs connaissances et leurs contributions. Nous aimerions remercier très spécialement Stephen Aaronson, Lorne Cochrane, Heather Hogan, Debi Lassale et Paul Rosenblatt pour leurs témoignages. C'est pour eux que nous poursuivons notre combat!



**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)

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 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. MERCI!

© Cancer pulmonaire Canada, 2017



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

330, rue Bay, bureau 310
Toronto (Ontario) M5H 2S8
416 785-3439 | 1 888 445-4403
www.lungcancercanada.ca