

	Derek	+	Caitlin	+	Scott	+
+	Hellen	+	Rose	+	Arthur	+
+	Craig	+	Peter	+	Marie	+
+	Magdalene	+	Anne	+	Edmund	+
+	Lawrence	+	Damian	+	Leslie	+
+	Anjela	+	Cathy	+		



**le cancer du poumon à un stade précoce sur le devant la scène**



**CANCER  
PULMONAIRE  
CANADA**



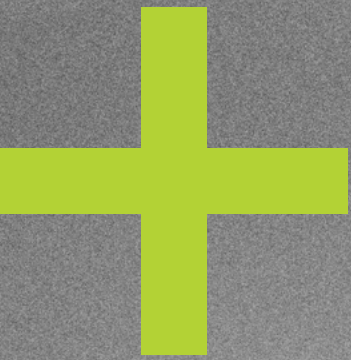
**Visages du cancer  
du poumon de 2023**





# Table des matières

<b>Qui nous sommes</b>	<b>2</b>
<b>Comment nous aidons</b>	<b>4</b>
<b>Introduction</b>	<b>8</b>
Lettre de la présidente	
État actuel du cancer du poumon au Canada	
<b>Partie 1 : Où en sommes-nous au sujet du cancer du poumon à un stade précoce?</b>	<b>12</b>
Dépistage du cancer du poumon au Canada : prochaines étapes	
Rôle de l'immunothérapie	
Le point sur la thérapie ciblée	
<b>Partie 2 : Les expériences vécues du cancer du poumon</b>	<b>21</b>
Laura Beatty - Oshawa (Ontario)	
Corina Wind - Boucherville (Québec)	
Donna Passi - Airdrie (Alberta)	
Jenny - Markham (Ontario)	
Nina Devito - Saint-Lazare (Québec)	
Fay June - Medicine Hat (Alberta)	
<b>Partie 3 : Accès au traitement</b>	<b>39</b>
Tableau 1 : État des recommandations de l'ACMTS sur les médicaments	
Tableau 2 : Date de prise en charge du médicament par le régime provincial d'assurance-médicaments	
Tableau 3 : Délai entre l'approbation par la FDA et la couverture provinciale	
<b>Conclusion</b>	<b>48</b>
Regard sur l'avenir	




# Qui nous sommes

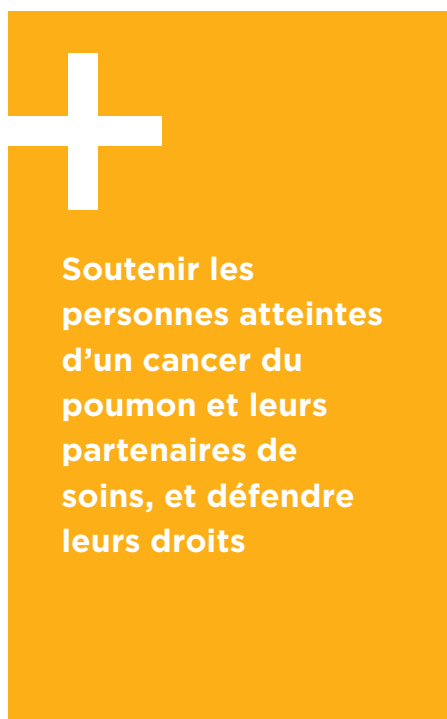


Cancer pulmonaire Canada est un organisme national de bienfaisance qui offre à la communauté du cancer du poumon des ressources éducatives, des soutiens et des services de recherche et de défense des droits. Membre de la *Global Lung Cancer Coalition*, Cancer pulmonaire Canada est le seul organisme au Canada qui s'investit exclusivement dans le cancer du poumon.

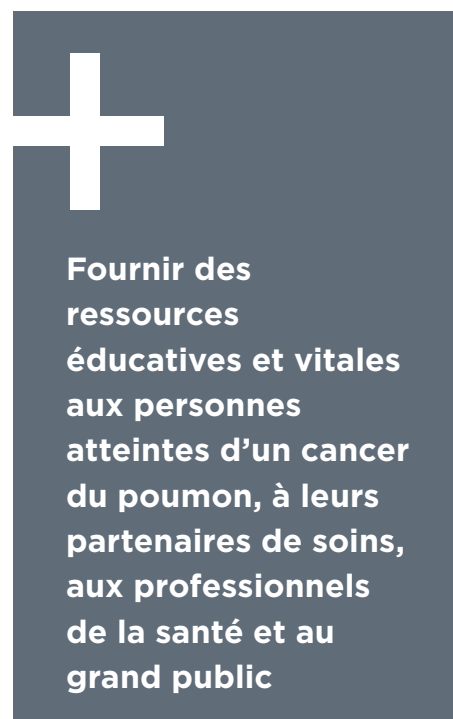
Notre mission :



**Augmenter la sensibilisation du public au cancer du poumon**



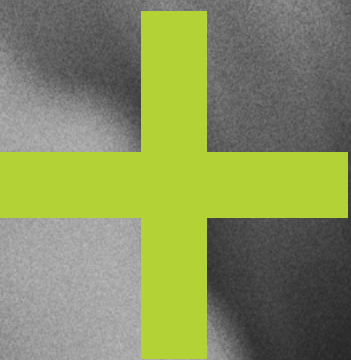
**Soutenir les personnes atteintes d'un cancer du poumon et leurs partenaires de soins, et défendre leurs droits**



**Fournir des ressources éducatives et vitales aux personnes atteintes d'un cancer du poumon, à leurs partenaires de soins, aux professionnels de la santé et au grand public**

Chaque année, nous publions le rapport *Les différents visages du cancer du poumon* pour braquer les projecteurs sur la maladie et faire entendre la voix des personnes ayant une expérience vécue.

Au nom des bénévoles et du personnel de Cancer pulmonaire Canada, nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire, d'apprendre et de défendre les droits des personnes touchées par le cancer du poumon.



Comment nous aidons





# Programmes de soutien *Les voies de l'espoir*



Les programmes de soutien *Les voies de l'espoir* offrent des espaces thérapeutiques pour échanger des expériences et apprendre des autres d'une manière sûre et solidaire. Le programme est proposé sous plusieurs formats afin de permettre au patient de choisir celui qui convient le mieux à ses besoins et à son niveau de confort.



## Groupes d'entraide en ligne :

Cancer pulmonaire Canada met à la disposition des personnes atteintes d'un cancer du poumon et de leurs partenaires de soins divers groupes de soutien pour leur permettre de se rencontrer, de faire part de leurs histoires personnelles, d'exprimer leurs sentiments et de discuter d'expériences de première main liées au cancer du poumon.



## Soutien individuel :

Fournir, tout au long de la maladie, un soutien personnalisé par téléphone et vidéoconférence aux personnes atteintes d'un cancer du poumon et à leurs partenaires de soins aux prises avec des préoccupations émotionnelles, financières et pratiques, une aide à la planification préalable des soins, des services de deuil et plus encore.



## Programme de jumelage

Ce programme donne l'occasion de tirer parti des connaissances, des expériences et des échanges positifs avec d'autres personnes atteintes d'un cancer du poumon, avec les survivants du cancer du poumon et avec leurs partenaires de soins. L'entraide forme un lien vital vers l'empathie, les conseils sur la logistique et les émotions causées par le cancer du poumon.

# + Éducation et sensibilisation



## Sommets régionaux sur le cancer du poumon

Cancer pulmonaire Canada organise des sommets régionaux sur le cancer du poumon en association avec des professionnels de la santé locaux de manière à échanger activement avec la communauté du cancer du poumon, fournissant des ressources et organisant des séances d'information essentielles. Ces activités créent une communauté de soutien pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon, leurs partenaires de soins et leurs proches, renforcent la solidarité à leur égard et la défense de leurs droits, et disséminent des informations essentielles pour les aider dans leur parcours contre le cancer.



## Balado *Voix du cancer du poumon*

*Voix du cancer du poumon* est une série de balados animés par le Dr Paul Wheatley-Price, oncologue à l'Hôpital d'Ottawa, et la Dr<sup>e</sup> Nathalie Daaboul, hématooncologue au Centre intégré de cancérologie de la Montérégie. Chaque émission comprend des entretiens avec des chercheurs de premier plan, des professionnels de la santé et des personnes ayant une expérience vécue analysant en profondeur des principaux problèmes auxquels est confrontée la communauté du cancer du poumon.



## Guide pour les patients sur le cancer du poumon

*Le guide pour les patients sur le cancer du poumon* a pour but de répondre aux besoins en informations des personnes qui font face à un diagnostic de cancer du poumon. Il contient des informations détaillées sur des sujets comme le diagnostic, la stadification, les types de cancer du poumon, les options de traitement, les essais cliniques, la gestion des activités de la vie quotidienne, la nutrition, la santé mentale et bien plus encore. Proposé en formats numérique et papier, ce guide présente les pratiques actuelles au Canada.



## Campagnes de sensibilisation

Tout au long de l'année, Cancer pulmonaire Canada mène des campagnes de sensibilisation au cancer du poumon, à l'importance du dépistage et du diagnostic précoces, ainsi qu'aux défis de la stigmatisation pour la communauté du cancer du poumon.





## Recherche

Grâce aux progrès réalisés dans le traitement et le dépistage au cours des dernières années, Cancer pulmonaire Canada reconnaît la promesse que la recherche représente : celle de l'espoir et d'un avenir meilleur pour toutes les personnes affectées par le cancer du poumon. C'est pour cette raison que Cancer pulmonaire Canada se fait fort de soutenir la communauté de chercheurs au Canada au moyen de la [subvention commémorative de recherche Geoff Ogram](#), son programme de bourses d'études et des partenariats uniques comme les [prix de l'ambition pulmonaire](#) et les [subventions nationales pour l'amélioration de la qualité](#).



## Défense des droits

En qualité de seul organisme canadien porté exclusivement sur le soutien à la communauté du cancer du poumon, Cancer pulmonaire Canada s'engage à plaider en faveur d'un changement de politique – de la mise en œuvre et de l'expansion des programmes de dépistage du cancer du poumon à la garantie d'un accès équitable aux traitements proposés. Dans les coulisses, notre [équipe de conseillers médicaux](#) – une équipe de professionnels de la santé et de chercheurs bénévoles de premier plan – renforce ces efforts en rencontrant les sphères du pouvoir et en travaillant sans relâche pour que de nouveaux traitements prometteurs soient mis à la disposition de tous les Canadiens.

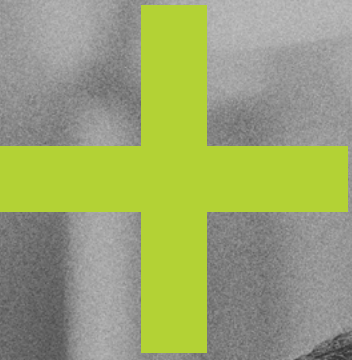


## Give a Breath 5k

La principale de collecte de fonds de Cancer pulmonaire Canada au profit de la communauté de personnes aux prises avec le cancer du poumon. Les fonds amassés servent à offrir des soutiens et à faire œuvre de pédagogie, à dynamiser les efforts de sensibilisation, à financer les études de recherche et à mettre les ressources indispensables entre les mains de ceux qui en ont besoin. Chaque année, vous pouvez vous joindre à nous en juin et faire partie du mouvement. Rendez-vous sur [www.giveabreath.ca](http://www.giveabreath.ca)



Si vous trouvez cette publication utile, veuillez envisager de faire un don pour nous permettre de continuer à fournir ces soutiens gratuits aux milliers de membres de notre communauté de personnes atteintes du cancer du poumon qui en ont besoin. Vous pouvez faire un don sur notre site Web, au [www.lungcancerCanada.ca](http://www.lungcancerCanada.ca)



# Introduction





# Lettre de la présidente

D<sup>re</sup> Stephanie Snow

L'année 2023 a été émaillée de changement, de croissance et de renouveau, non seulement pour Cancer pulmonaire Canada en tant qu'organisation, mais aussi dans la perspective plus large du cancer du poumon *au Canada*. CPC a continué de s'investir auprès des personnes atteintes d'un cancer du poumon et d'être un vecteur de mobilisation et de défense des droits des patients, directement auprès de la communauté du cancer du poumon. À titre de petit organisme de bienfaisance évoluant dans une conjoncture économique difficile, nous sommes fiers d'avoir continué à élargir et à amplifier nos programmes, devant y parvenir avec moins de ressources, en grande partie grâce à des partenariats concrets.

Avec la fin de la pandémie, nous nous sommes réjouis de l'occasion d'avoir à nouveau des interactions humaines sûres. Pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon, le soutien des membres de la famille, des amis et des communautés fait partie intégrante du bien-être et de la qualité de vie. Nous avons entendu tant de témoignages d'isolement, d'angoisse et de tristesse durant la pandémie qu'entendre de nouvelles histoires d'esprit de communauté et de regroupement familial fut une véritable bouffée d'air frais.

Le retour aux activités sociales a également été synonyme de retour aux activités en personne pour la communauté du cancer du poumon. La Soirée de l'espoir hybride unique de cette année était une première pour Cancer pulmonaire Canada, jumelant une séance virtuelle avec des rassemblements locaux partout au pays. Nous avons progressé dans notre objectif d'accroître notre présence au Québec et de fournir plus

de ressources aux francophones grâce à des événements en personne. Le Sommet de Montréal sur le cancer du poumon – notre premier événement en personne après la pandémie a été tenu en novembre 2022 et une série de balados en français avec la D<sup>re</sup> Nathalie Daaboul sera bientôt lancée. Les sommets en personne sont de retour partout au pays, notamment à Vancouver, Sudbury, Sault Ste. Marie et Edmonton au cours des 12 derniers mois. Nous prévoyons aussi en faire autant en 2024 à Toronto, Moncton, Winnipeg, Niagara, Halifax et Vancouver.

Même si les facteurs de stress liés à la pandémie se sont estompés, le cancer du poumon demeure un lourd fardeau pour bon nombre de personnes. Cancer pulmonaire Canada a élargi le programme *Les voies de l'espoir* grâce à un réseau de plus en plus vaste de travailleurs sociaux, ce qui nous permet d'offrir plus d'heures de soutien aux personnes qui en ont besoin. Le succès de ce programme est directement lié aux campagnes de collecte de fonds *Give A Breath 5 km* à Edmonton, Vancouver, Toronto, qui ont permis de recueillir virtuellement plus de 350 000 \$ depuis sa création en 2019.

Le soutien individuel assuré par le réseau d'entraide est aussi un service important pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon et leurs proches. Grâce à notre association avec Wellspring, les pairs animateurs bénéficient désormais d'une formation officielle. Cancer pulmonaire Canada a par ailleurs établi plusieurs pôles de soutien dirigés par les patients dans l'Ouest du Canada. De plus, à cause de l'inflation et de la toxicité financière du cancer du poumon, *Kayla's Angel Fund* continue de compenser le coût des permis de stationnement, des déplacements en Uber et d'autres services essentiels.

La défense du droit à un accès équitable et rapide au diagnostic et aux soins est une pierre angulaire de notre mandat. Tenir haut la vigueur de notre défense des droits est particulièrement important compte tenu des immenses pressions sur nos systèmes de soins de santé.

Lors de rencontres organisées récemment à Queen's Park (Toronto), les référents du cancer du poumon ont parlé directement aux députés ontariens et à d'autres décideurs politiques clés de la façon dont les obstacles à l'accessibilité et les pénuries de personnel se répercutent sur le diagnostic et les soins du cancer du poumon.

Nous avons transmis des messages similaires aux décideurs de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, ainsi qu'aux représentants du gouvernement fédéral sur la Colline du Parlement. Cette année, la bourse Anne-Marie Cerato pour les jeunes référents nous permettra d'honorer un pilier de la communauté du cancer du poumon et de notre organisation.

Le paysage du traitement du cancer du poumon a radicalement changé au Canada au cours de la dernière année, en particulier pour le cancer du poumon non à petites cellules à un stade précoce, grâce à un nouvel accès à l'immunothérapie dans une intention curative avant ou après la chirurgie à intention curative. L'équipe de conseillers médicaux de CPC a rédigé sept mémoires pour défendre des traitements particuliers en 2023.

La nomination du D<sup>r</sup> Kevin Jao, oncologue montréalais, à la coprésidence de l'équipe de conseillers médicaux avec la D<sup>re</sup> Rosalyn Juergens, aidera CPC à défendre plus efficacement les droits des patients dans le contexte de l'évaluation des technologies de la santé au Québec.

Pour nous assurer que les personnes atteintes d'un cancer du poumon et leurs familles reçoivent des informations à jour et crédibles sur le traitement et les mesures de soutien disponibles, nous mettons à jour le *guide pour les patients sur le cancer du poumon* de Cancer pulmonaire Canada et remanions notre site Web.

Nous avons constaté aussi un meilleur accès au dépistage vital du cancer du poumon. Les provinces/territoires au Canada ont déjà mis en place des programmes pilotes ou prévoient en lancer très prochainement. Il est essentiel de sensibiliser et de soutenir le dépistage jusqu'à ce que chaque Canadien et Canadienne admissible ait accès à un programme permanent de dépistage du cancer du poumon. La famille de Mike Bossy, héros du hockey né à Montréal et décédé d'un cancer du poumon en 2022, a créé un fonds commémoratif en son nom afin de sensibiliser au dépistage du cancer du poumon, y compris le programme pilote du Québec.

Aucune des percées en matière de dépistage et de soins n'aurait été possible sans l'appui à la recherche. En 2023, Cancer pulmonaire Canada s'est associé à la Lung Ambition Alliance et à AstraZeneca pour offrir deux bourses de 50 000 \$ pour la recherche sur le cancer du poumon au Canada. CPC offre également une subvention commémorative de recherche annuelle Geoffrey Ogram et des bourses d'études en partenariat avec le Beatrice Hunter Cancer Research Institute et le Badner Family Fund. Nous avons également lancé une subvention nationale pour l'amélioration de la qualité, un partenariat entre Cancer pulmonaire Canada, la Lung Health Foundation, Pfizer et l'Association pulmonaire du Québec dans le but de fournir 200 000 \$ à l'appui du travail de deux bénéficiaires.

À Cancer pulmonaire Canada, nous avons réalisé des progrès dans nos partenariats et nos programmes, mais surtout, dans l'aide aux personnes atteintes d'un cancer du poumon. Tant de réalisations sont possibles lorsque nous nous soudons dans le but simple et commun de changer la donne chaque jour pour aider les personnes touchées par le cancer du poumon.



# État actuel du cancer du poumon au Canada

## Statistiques de 2023

Le cancer du poumon demeure le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada, soit environ 31 000 nouveaux cas en 2023. Les quatre cancers les plus courants au Canada, à savoir les cancers du poumon, de la prostate, du sein et colorectal, représenteront près de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer. On estime qu'un Canadien sur 14 (7 %) recevra un diagnostic de cancer du poumon au cours de sa vie.

Cependant, une lueur d'espoir se profile à l'horizon. C'est la survie au cancer du poumon qui s'est le plus améliorée au fil des ans et, en 2023, les taux de mortalité pour le cancer du poumon ont diminué plus rapidement que pour n'importe quel autre type de cancer déclaré au Canada.

Le taux de survie net à cinq ans pour le cancer du poumon était de 22 % en 2023, un taux inférieur à celui de la plupart des autres cancers. Dans l'ensemble, le taux moyen de survie au cancer est de 64 %, ce qui laisse beaucoup de place à l'amélioration eu égard au cancer du poumon.

En général, 70 % des Canadiens atteints d'un cancer du poumon reçoivent leur diagnostic aux stades III et IV, lorsque le cancer s'est propagé et que les taux de survie chutent considérablement : 62 % au stade I, 39 % au stade II, 16 % au stade III et 3 % au stade IV. Il reste du pain sur la planche pour soutenir les personnes atteintes d'un cancer du poumon, ainsi que leurs partenaires de soins et leurs êtres chers. Des améliorations sont nécessaires dans les domaines de l'accès aux traitements, de la sensibilisation et de la lutte contre la stigmatisation associée à la maladie.

Heureusement, la recherche a donné lieu à la mise au point de nouveaux traitements et à l'émergence de programmes de dépistage précoce partout au pays. Des scientifiques enthousiastes étudient de meilleures façons de s'attaquer à l'étiologie du cancer du poumon. Bien qu'il faille encore de nombreuses années avant que le cancer du poumon devienne une maladie couramment curable, voire chronique, l'accès à de nouvelles thérapies ciblées et systémiques transforme tous les aspects des traitements disponibles pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon.

Le cancer du poumon est responsable d'un décès par cancer sur quatre



**(24 %)**  
au Canada.



**70 %**  
des cancers sont diagnostiqués aux stades III et IV.

**31 000**

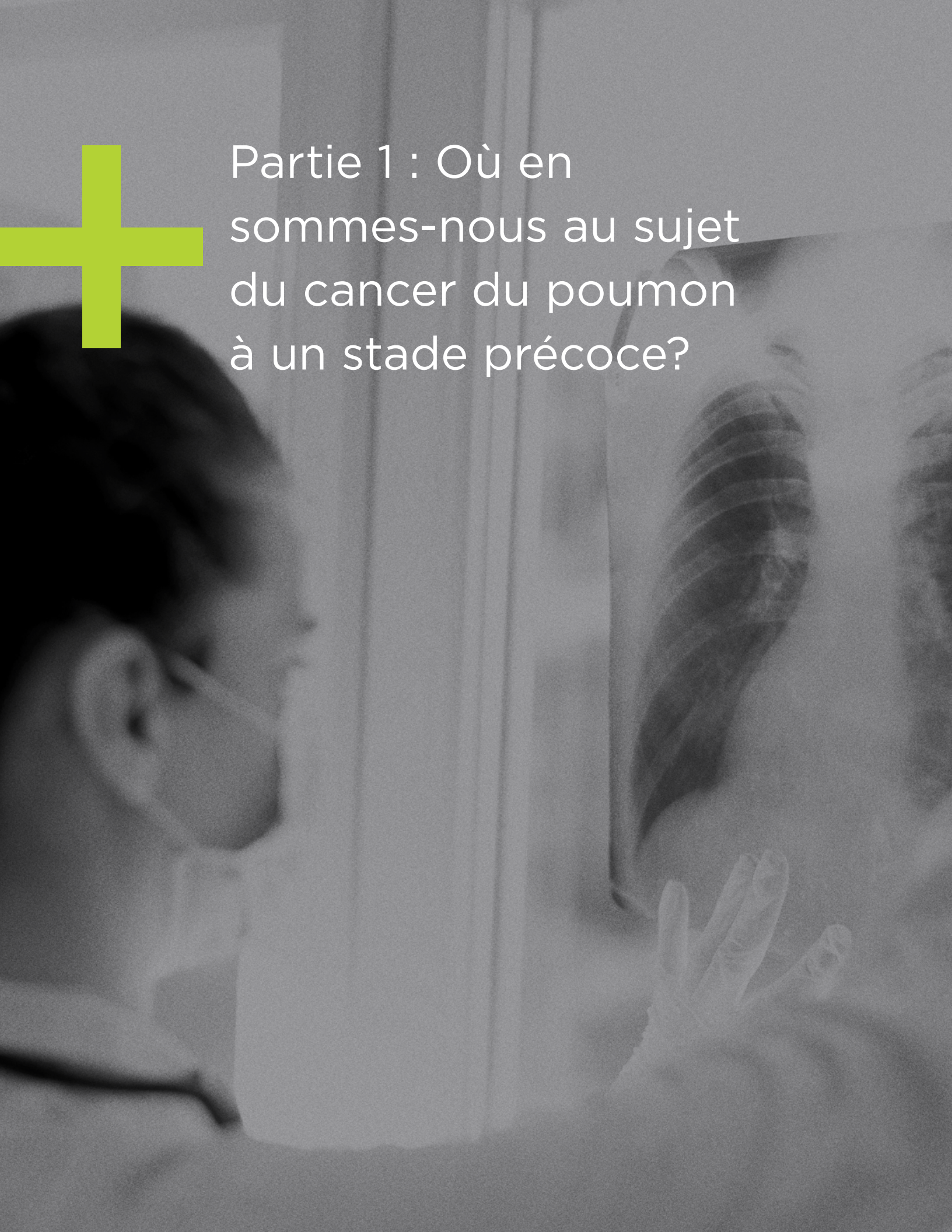
Canadiens ont reçu un diagnostic de cancer du poumon en 2023.

**20 600**

Canadiens mourront des suites d'un cancer du poumon en 2023.

Un Canadien sur **14 (7 %)**

recevra un diagnostic de cancer du poumon au cours de sa vie.



Partie 1 : Où en sommes-nous au sujet du cancer du poumon à un stade précoce?



# + Dépistage du cancer du poumon au Canada : prochaines étapes

Dr Christian Finley  
Chirurgien thoracique, Université McMaster

Le cancer du poumon est le cancer le plus diagnostiqué au Canada et tue plus de personnes que les cancers de la prostate, du sein et du côlon, confondus. La plupart des patients atteints de cancer du poumon ont un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC), et il est alarmant de constater que la majorité des cas sont diagnostiqués à un stade avancé, ce qui ne laisse la possibilité d'une intervention chirurgicale qu'à un tiers.

Le stade auquel le cancer du poumon est détecté sape considérablement les taux de survie. « Le taux de survie d'une personne dont le cancer du poumon est détecté à un stade précoce est supérieur à 80 %. En revanche, pour une personne au stade IV, ce pourcentage chute à un seul chiffre », note le Dr Finley. Par conséquent, la clé pour « sauver des vies » réside dans la détection précoce. « Plusieurs études internationales ont montré que le dépistage du cancer du poumon améliore le taux de survie de 20 %. En d'autres termes, une personne sur cinq vit plus longtemps si elle reçoit un diagnostic précoce », explique le Dr Finley. Grâce aux progrès dans les traitements, notamment la chirurgie endobronchique, les thérapies ciblées et l'immunothérapie, la détection précoce offre de nombreuses chances d'une vie sans cancer.

**+ Le dépistage du cancer du poumon est efficace, mais des difficultés persistent**

D'après le Dr Finley, le dépistage du cancer du poumon représente l'un des changements positifs les plus

importants de la médecine moderne. « Il s'agit du progrès le plus marquant observé dans le traitement du cancer du poumon. Il a fondamentalement changé la stadification au moment du diagnostic ». Et d'ajouter, « Auparavant, seulement environ 20 à 25 % des personnes ayant reçu un diagnostic en étaient aux premiers stades. Mais un dépistage efficace a propulsé ce chiffre à 85-90%. »

Toutefois, des ornières parsèment le parcours vers le dépistage universel du cancer du poumon. L'incroyable ampleur de la mise en œuvre des dépistages du cancer du poumon pose des complexités logistiques, amplifiées par la déshumanisation sociale et l'inertie inhérente au système de santé.

Le Dr Finley reste malgré tout optimiste. « Grâce aux efforts de la défense des intérêts et à la mobilisation politique, nous avons assisté à la mise en place concrète de programmes de dépistage du cancer du poumon dans quelques provinces canadiennes. » Toutefois, il souligne qu'un accès équitable est essentiel à un dépistage efficace, en particulier pour les groupes vulnérables, comme les personnes ayant un faible statut socioéconomique, les immigrants récents ou les personnes atteintes de maladies mentales. « Ces populations sont souvent confrontées à de multiples obstacles qui vont des difficultés de transport à des problèmes de connaissances du système de santé », souligne le Dr Finley.

Pour améliorer l'efficacité et l'adoption des programmes de dépistage du cancer du poumon, le Dr Finley souligne plusieurs stratégies essentielles :

- Donner un coup de fouet à la mobilisation politique en collaborant avec les hautes sphères du pouvoir politique pour veiller à ce que le programme reste une priorité.
- Améliorer l'accessibilité en adoptant un modèle de distribution qui rapproche les centres de dépistage de la population.
- Améliorer l'accès équitable en embauchant des infirmières-pivots et des travailleurs sociaux pour trouver les populations vulnérables plus facilement et les aider dans les démarches de dépistage.

- Promouvoir la collaboration avec les équipes de santé familiale, en particulier celles qui sont au service des populations vulnérables.

Grâce à des efforts appliqués, le schéma narratif du dépistage du cancer du poumon peut subir une révolution conceptuelle. Le D<sup>r</sup> Finley est animé par une ambition : « Nous souhaitons vivement reproduire le succès des campagnes de dépistage du cancer du sein pour porter notre taux actuel de prise de 10 % à un pourcentage impressionnant de 66 %. »

## + Le dépistage du cancer du poumon au Canada prend son élan

Les programmes de dépistage en sont encore embryonnaires, mais de fortes pressions s'exercent pour en mettre en œuvre de nouveaux et renforcer les programmes actuels partout au Canada. « La pandémie de COVID-19 a interrompu ces programmes et ralenti notre élan. Heureusement, nous sommes de nouveau remis sur les rails et repris nos progrès antérieurs à la pandémie », explique le D<sup>r</sup> Finley.

Selon le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), la Colombie-Britannique a déjà lancé un programme de dépistage; les autres provinces suivront progressivement :

- La Colombie-Britannique a lancé un programme complet de dépistage à l'échelle de la province au printemps 2022.
- L'Ontario offre des services de dépistage du cancer du poumon dans quatre établissements distincts et la collaboration se poursuit avec le ministère de la Santé pour élargir le rayon d'action du programme.
- Le Québec a lancé une initiative pilote de dépistage en 2021.
- L'Alberta a lancé un programme pilote en 2022.
- Les autres provinces ont financé des projets de dépistage et prévoient de mettre en œuvre leurs propres programmes.

Le dépistage du cancer du poumon s'adresse principalement aux personnes à risque élevé. Les programmes canadiens de dépistage du cancer du poumon calculent le risque

qu'une personne développe un cancer du poumon au cours des six années suivantes et recommandent généralement le dépistage pour les personnes dont le risque est de 1,5 à 2 % ou plus. La plupart des programmes calculent le risque de cancer du poumon à l'aide d'un modèle issu de l'essai de dépistage du cancer de la prostate, du poumon, colorectal et de l'ovaire (modèle PLCO) ou d'une version modifiée de 2012 (PLCO<sub>m2012</sub>). Les facteurs les plus importants dans ces modèles sont l'âge de la personne et ses antécédents de consommation de produits du tabac, mais le niveau d'éducation, l'origine ethnique, les antécédents familiaux de cancer du poumon, les antécédents personnels de cancer, l'indice de masse corporelle (IMC) et si la personne a un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), sont toutes prises en compte.

L'outil de dépistage utilisé est la tomodensitométrie à faible dose (ou TMFD). Celle-ci constitue une méthode rapide et non effractive, adaptée aux différents milieux médicaux, des hôpitaux aux cliniques privées. Même si le dépistage nécessite une ordonnance d'un médecin, les personnes qui n'ont pas un médecin de famille peuvent toujours participer au programme qui les jumellera à un médecin.

## + Le chemin à suivre

« La mise en œuvre d'un programme national de dépistage est toujours difficile, explique le D<sup>r</sup> Finley. Il est crucial de maintenir la pression pour que le dépistage du cancer du poumon reste à l'avant-plan des programmes des décideurs politiques, ce qui nécessite des efforts soutenus de la part des organismes de défense des droits et une mobilisation communautaire active. »

Les possibilités de sauver des vies grâce au dépistage sont énormes, mais les rouages logistiques restent complexes. « Tout doit être préalablement mis en place. Par exemple, nous devons avoir des processus pour faire parvenir le message aux bonnes personnes, réserver des rendez-vous rapidement, communiquer les résultats correctement et planifier les suivis », souligne le D<sup>r</sup> Finley. De plus, il est essentiel d'avoir des conseils, des programmes de sevrage tabagique et une formation pour tous les experts concernés pour assurer la qualité du programme. Il conclut : « Plus important encore, nous devons nous assurer que le système est équitable, donnant la priorité aux personnes qui en ont le plus besoin. »





# + Rôle de l'immunothérapie

D<sup>re</sup> Stephanie Snow  
Présidente, Cancer pulmonaire Canada  
Oncologue, Centre des sciences de la santé QEII

Nous sommes très nombreux à penser que le rôle principal du système immunitaire est de combattre les infections bactériennes et virales. Mais ce système joue également un rôle crucial dans la recherche et la destruction des cellules cancéreuses. Les globules blancs agissent comme les « soldats » du système immunitaire. Ils circulent dans l'organisme, en quête de menaces. Néanmoins, les cellules cancéreuses peuvent être insaisissables, se dissimuler à la vue de ces soldats ou les duper. Parfois, même si un globule blanc détecte une cellule cancéreuse, des signaux vagues provenant de cette cellule peuvent arrêter le globule blanc de la détruire. C'est là qu'intervient l'immunothérapie, une solution médicamenteuse qui vise à démystifier cette duperie.

« Le système immunitaire est régulé par des protéines et des récepteurs qui détectent la présence des cellules cancéreuses. Ces protéines, agissant comme des points de contrôle, peuvent être exprimées à la surface externe des cellules cancéreuses », explique la D<sup>re</sup> Snow. Les trois points de contrôle les plus importants visés par les médicaments immunothérapeutiques du cancer du poumon sont PD-1, PD-L1 et CTLA-4. D'une part, les médicaments qui ciblent ces points de contrôle sont appelés inhibiteurs de point de contrôle. Ceux qui bloquent PD-1 et PD-L1 neutralisent ces protéines, « relâchant ainsi le frein » qui empêchait le système immunitaire de tuer les cellules cancéreuses. D'autre part, les médicaments qui ciblent CTLA-4 améliorent la production de globules blancs cancéreux.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs médicaments immunothérapeutiques destinés à traiter le cancer du poumon ont été lancés sur le marché et sont devenus la norme en soins pour le cancer du poumon à un stade avancé ou incurable. « Plus récemment, pour le cancer du poumon à un stade précoce, la recherche a mis l'accent sur les inhibiteurs des points de contrôle PD-1 et PD-L1, explique la D<sup>re</sup> Snow. Ces médicaments peuvent être administrés après un traitement à intention curative avec chirurgie ou chimioradiation (traitement adjuvant) ou avant la chirurgie (traitement néoadjuvant), et seules trois à quatre doses sont nécessaires. »

## + Nivolumab en néoadjuvant contre le cancer du poumon à un stade précoce

« Au Canada, nous avons commencé à utiliser l'immunothérapie (hors essais cliniques) pour le cancer du poumon à un stade précoce opérable au cours de la dernière année, explique la D<sup>re</sup> Snow. Le nivolumab (dont le nom du médicament d'origine est Opdivo<sup>MD</sup>) est un inhibiteur de type anti-PD-1, accessible aux Canadiens depuis l'année dernière, d'abord par l'intermédiaire d'un programme d'accès en septembre 2022, puis dans le cadre d'un financement provincial. »

Les essais cliniques du nivolumab portaient sur des patients atteints d'un cancer du poumon opérable de stade IB à IIIA. La moitié des patients a reçu trois doses de nivolumab et de chimiothérapie avant la chirurgie, et l'autre n'a reçu que des doses de chimiothérapie.

Selon les résultats obtenus, le nivolumab a prolongé la vie des patients sans récurrence du cancer. De plus, un pourcentage plus élevé des patients du groupe qui a reçu le nivolumab ont présenté une réponse pathologique complète, ce qui signifie qu'aucune cellule cancéreuse détectable n'est restée dans leur biopsie chirurgicale après le traitement.

## + Pembrolizumab pour le traitement périopératoire du cancer du poumon à un stade

« Le pembrolizumab (dont le nom du médicament d'origine est Keytruda<sup>MD</sup>) est un inhibiteur de type anti-PD-1 dont l'utilisation a fait ses preuves dans le cadre du traitement périopératoire des patients atteints d'un cancer du poumon à un stade précoce », explique la D<sup>re</sup> Snow.

Les essais périopératoires du pembrolizumab ont été menés sur des patients atteints d'un cancer du poumon opérable de stade II ou III. Ces patients ont été répartis en deux groupes. Le premier a reçu quatre doses de pembrolizumab en néoadjuvant et de chimiothérapie à base de cisplatine, suivies d'une intervention chirurgicale et d'un pembrolizumab adjuvant. Le second groupe a reçu quatre doses de chimiothérapie néoadjuvante et un placebo, suivies d'une intervention chirurgicale et d'un placebo.

Selon les résultats obtenus, deux ans après le traitement, un pourcentage plus élevé de patients du groupe pembrolizumab étaient en vie et sans récurrence de cancer que ceux du groupe ayant reçu la chimiothérapie uniquement. De plus, un pourcentage plus élevé de patients du groupe pembrolizumab ont présenté une réponse pathologique complète, ce qui signifie qu'aucune cellule cancéreuse détectable n'est restée dans leurs biopsies chirurgicales après le traitement.

## + Durvalumab pour le traitement adjuvant du cancer du poumon de stade III

« Bien que nous continuions d'acquérir des connaissances sur l'immunothérapie néoadjuvante pour le traitement du cancer du poumon opérable, nous en avons plus sur le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon de stade III non opérable au Canada. Ces tumeurs sont avancées et localisées, mais ne se prêtent pas à une ablation chirurgicale, explique la D<sup>re</sup> Snow. Mais ces patients peuvent quand même se faire soigner par chimioradiation, suivie d'une immunothérapie d'un an au durvalumab (dont le nom du médicament d'origine est Imfinzi<sup>MD</sup>), un inhibiteur de type anti-PD-L1. »

Les essais du durvalumab pour le traitement du cancer du poumon non opérable de stade III ont montré une amélioration absolue de 10 % du taux de survie cinq ans après la fin du traitement. Plus précisément, 42,9 % des patients ayant pris du durvalumab après une chimioradiation étaient encore en vie cinq ans après le traitement, contre 33,4 % des patients ayant subi une chimioradiation uniquement. « Grâce au durvalumab, nous constatons un taux de guérison bien plus élevé chez ces patients. Essentiellement, un patient de plus sur 10 peut être guéri », explique la D<sup>re</sup> Snow. De plus, un plus grand nombre de patients du groupe ayant reçu le durvalumab étaient en vie et sans récurrence de cancer après cinq ans.

« Les résultats quinquennaux des grands essais cliniques sont la référence absolue, souligne la D<sup>re</sup> Snow. Si le cancer du poumon non à petites cellules récidive ou progresse après le traitement, ce sera généralement au cours des trois premières années. Bien que certains cancers puissent réapparaître au cours de la quatrième ou la cinquième année, il est rare de voir une récurrence ou de nouvelles métastases une fois que le jalon de cinq ans a été franchi. »

## + Atézolizumab pour le traitement adjuvant du cancer du poumon à un stade précoce

« Nous avons désormais accès à l'atézolizumab (dont le nom du médicament d'origine est Tecentriq<sup>MD</sup>), un inhibiteur de type anti-PD-L1, en tant que traitement adjuvant financé pour les patients atteints d'un cancer du poumon à un stade précoce, note la D<sup>re</sup> Snow. Toutefois, son utilisation est limitée au Canada aux patients présentant une expression élevée de PD-L1 dans au moins 50 % de leurs cellules tumorales, soit environ un tiers des patients. »

Les essais de l'atézolizumab ont été menés auprès de patients atteints d'un cancer du poumon opérable de stade IB à IIIA, qui ont subi une intervention chirurgicale, puis une chimiothérapie à base de platine. Par la suite, la moitié des patients a été traitée à l'atézolizumab; les autres ont reçu des soins de soutien.

Les résultats des essais ont montré que l'atézolizumab prolongeait la durée de vie des patients sans que leur

cancer récidive. Cependant, les patients ayant un statut PD-L1 élevé ont connu le taux de survie le plus élevé, ce qui a permis de limiter l'approbation au Canada à cette population uniquement.

« L'atézolizumab ne peut être administré avant que le patient n'ait subi une chimiothérapie adjuvante, ce qui peut poser des difficultés, souligne la D<sup>re</sup> Snow. Les données probantes liées à l'atézolizumab nous obligent à administrer d'abord une chimiothérapie à base de cisplatine, laquelle peut être associée à des lésions rénales, lésions nerveuses et déficiences auditives irréversibles. À cause de ces risques, il n'est pas possible de prescrire ce régime à certaines personnes, notamment celles qui ont des prothèses auditives, une fonction rénale limitée ou une grave neuropathie attribuable au diabète. »

### + Pembrolizumab pour le traitement adjuvant du cancer du poumon à un stade précoce

« Santé Canada a récemment approuvé le pembrolizumab comme traitement adjuvant pour les patients atteints d'un cancer du poumon à un stade précoce, quel que soit leur statut PD-L1. Ce régime est actuellement financé par un programme d'accès », note la D<sup>re</sup> Snow.

Les essais du pembrolizumab en adjuvant ont porté sur des patients atteints d'un cancer du poumon opérable de stade IB à IIIA. Ces patients ont d'abord subi une intervention chirurgicale, puis une chimiothérapie. Par la suite, la moitié du groupe a reçu du pembrolizumab et l'autre, un placebo.

Selon les résultats des essais, le pembrolizumab en adjuvant a prolongé la vie des patients sans récidive.

### + Les médicaments d'immunothérapie sont bien tolérés

L'immunothérapie est généralement bien tolérée.

« Les effets secondaires les plus courants appartiennent à un groupe appelé réactions indésirables à médiation immunitaire, qui se produisent lorsque la stimulation du système immunitaire pousse les globules blancs à s'attaquer aux tissus sains, provoquant une inflammation », explique la D<sup>re</sup> Snow.

Ces effets secondaires sont mineurs et facilement gérés, comme des démangeaisons ou un dysfonctionnement thyroïdique. Mais il arrive que l'inflammation affecte des organes vitaux, rendant le patient gravement malade. Dans de rares cas, il peut même mettre sa vie en danger. Plus précisément, si cette inflammation se produit dans les poumons, elle peut retarder ou mettre fin à l'option chirurgicale ou la retarder pour les patients subissant une immunothérapie néoadjuvante avant leur intervention chirurgicale.

« Mais nous avons beaucoup d'expérience dans le dépistage et l'identification de ces effets secondaires, ce qui nous permet de les détecter et de les traiter tôt », assure la D<sup>re</sup> Snow.

### + Effets de l'immunothérapie néoadjuvante sur le système de santé

L'immunothérapie néoadjuvante a posé de nombreuses difficultés et complexités pour le système de santé pour ce qui est de la prestation de soins rapides et optimaux aux patients atteints de cancer du poumon. La D<sup>re</sup> Snow souligne : « Habituellement, les patients subissaient d'abord une intervention chirurgicale. Ensuite, nous discutons avec eux d'une éventuelle chimiothérapie supplémentaire, thérapie ciblée et/ou radiothérapie. Mais la montée de la thérapie néoadjuvante a considérablement remodelé notre approche. »

Aujourd'hui, les patients consultent des oncologues avant leur chirurgie pour envisager une immunothérapie néoadjuvante. Une telle inflexion dans le traitement exige une approche collaborative et multidisciplinaire, réunissant des experts de diverses disciplines médicales dans le but de mettre au point rapidement un solide plan de traitement.

Parallèlement, cette nouvelle orientation nécessite une caractérisation moléculaire initiale des tumeurs. L'accès rapide aux résultats moléculaires est essentiel, car en déterminant l'état mutationnel d'une tumeur ou son expression du PD-L1 peut fortement influencer sur les décisions en matière de traitement.

Qui plus est, cette inflexion met l'accent sur l'accès rapide aux techniques d'imagerie, comme les tomographies par émission de positons (TEP) et

l'imagerie par résonance magnétique (IRM), pour s'assurer au plus tôt que les tumeurs sont opérables. Pourtant, l'accès à ces ressources en radiologie a été difficile dans certains centres canadiens, ce qui creuse davantage la complexité. De plus, la recommandation de la stadification chirurgicale du médiastin dans le cadre d'interventions comme l'échographie endobronchique a intensifié la demande en ressources déjà très sollicitées.

De plus, les chirurgiens en particulier sont confrontés à des difficultés en constante évolution. Opérer sur une tumeur après une immunothérapie est un terrain inconnu pour beaucoup, surtout hors des milieux universitaires. Les chirurgiens doivent adapter leurs techniques et anticiper les nouvelles difficultés lorsqu'ils opèrent sur des tissus exposés à l'immunothérapie.

Essentiellement, si l'immunothérapie néoadjuvante a élargi les horizons du traitement du cancer du poumon, elle a également « secoué » le système de santé.

La Dre Snow souligne l'importance de la collaboration et du soutien interdisciplinaire pour que l'équipe soignante puisse évoluer parallèlement à ces progrès.

### **+ Un avenir prometteur pour le cancer du poumon à un stade précoce**

Compte tenu des progrès de l'immunothérapie et d'autres traitements, la D<sup>re</sup> Snow est optimiste quant à l'avenir des patients atteints d'un cancer du poumon à un stade précoce. « J'ai bon espoir que nous verrons plus de patients guérir. Guérir le cancer, c'est comme redonner la vie à quelqu'un, lui permettre de s'épanouir et de contribuer à la société, déclare-t-elle. En guérissant les patients, on évite aussi de mettre le système de santé en détresse et élimine les coûts liés au retour de patients atteints d'un cancer incurable après quelques années ».



# Le point sur la thérapie ciblée

D<sup>re</sup> Cheryl Ho  
Cancérologue, BC Cancer

L'EGFR, ou récepteur du facteur de croissance épidermique, est une protéine qui aide les cellules à se développer et à se diviser. Une mutation du gène EGFR peut mettre la protéine en constante activité, ce qui mène à une croissance cellulaire incontrôlée et, par conséquent, au cancer.

La mutation EGFR est fréquente chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon. Ainsi, au cours des deux dernières décennies, les scientifiques se sont investis dans le développement de médicaments qui ciblent précisément ces protéines mutées. Ces médicaments, connus sous le nom de thérapies ciblées anti-EGFR ou inhibiteurs de l'EGFR, bloquent le signal de l'EGFR aux cellules cancéreuses, arrêtant leur croissance.

L'osimertinib (dont le nom du médicament d'origine est Tagrisso) est un inhibiteur de l'EGFR de troisième génération, qui a déjà établi la norme en soins aux patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatiques exprimant une mutation de l'EGFR. « L'efficacité du médicament pour les stades avancés a incité les chercheurs à approfondir les recherches sur son potentiel de guérison pour le cancer du poumon à un stade précoce », note la D<sup>re</sup> Ho. Les essais ADAURA ont été lancés à la fin de 2014 pour savoir si l'ajout de l'osimertinib comme traitement adjuvant après la chirurgie améliorerait les résultats pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules à un stade précoce exprimant une mutation de l'EGFR. Plus précisément, les chercheurs d'ADAURA voulaient savoir si l'osimertinib pouvait prévenir ou retarder la récurrence tumorale ou aider les patients à vivre plus longtemps.

## + L'osimertinib en adjuvant améliore la survie

Au total, 682 patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IB à IIA ont participé aux essais ADAURA. Ces patients devaient être généralement en bonne santé et présenter l'une des deux mutations spécifiques à l'EGFR, à savoir une délétion de l'exon 19 ou une mutation ponctuelle L858R. Une fois que leur tumeur a été retirée lors d'une intervention chirurgicale, les patients ont pu recevoir une chimiothérapie. Ils ont ensuite été répartis aléatoirement dans deux groupes, une moitié recevant de l'osimertinib par voie orale et l'autre, un placebo.

Publiés en 2020, les premiers résultats des essais ont montré que l'osimertinib a amélioré la durée de vie des patients, sans récurrence de leur cancer. Plus précisément, deux ans après le début du traitement, 89 % des patients du groupe osimertinib étaient encore en vie et sans récurrence de cancer, contre 53 % des patients du groupe placebo. Le traitement par osimertinib a également réduit le risque de propagation du cancer au cerveau. En particulier, deux ans après le traitement, 98 % des patients du groupe osimertinib étaient en vie et n'avaient pas de métastases cérébrales, contre 85 % chez ceux du groupe placebo.

Les résultats les plus récents des essais, publiés en 2023, ont reflété une amélioration du taux de survie grâce au traitement adjuvant par osimertinib. Cinq ans après le début du traitement adjuvant par osimertinib, 88 % des patients étaient encore en vie, contre 78 % de ceux ayant reçu un placebo. Il y a eu une réduction de 51 % du risque de décès grâce à l'osimertinib au cours des cinq années de suivi. Cet avantage a été constaté même si les essais cliniques ont autorisé le croisement des groupes (c.-à-d. les patients ayant reçu un placebo pouvaient recevoir l'osimertinib en cas de progression de la maladie). La survie a été observée chez tous les patients, quel que soit le stade de leur cancer.

Qualifiant ces résultats de « percée », la D<sup>re</sup> Ho précise : « Notre défi pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon à un stade précoce est de réduire leur risque de récurrence et de leur donner la possibilité de guérir. Cette thérapie ciblée peut rendre cette guérison possible. »

Pourtant, elle fait part d'une préoccupation notable : « 46 % des personnes du groupe placebo n'ont jamais eu accès à un traitement ultérieur par osimertinib, manquant ainsi ses avantages possibles. » Toutefois, elle croit fermement que le traitement ciblé par osimertinib améliore la survie et les résultats du traitement. À ce titre, elle souligne que chaque patient atteint d'un cancer du poumon non à petites cellules exprimant la mutation de l'EGFR devrait envisager cette option de traitement.

### + L'osimertinib est bien toléré

Les réactions indésirables à l'osimertinib répondaient aux attentes, les effets les plus courants étant la diarrhée et des problèmes dermatologiques, comme des démangeaisons et la peau sèche. Seulement 11 % des patients du groupe osimertinib ont arrêté de prendre le médicament à cause de réactions indésirables graves. La Dre Ho souligne : « Ce médicament est bien toléré et les patients peuvent maintenir une bonne qualité de vie en suivant ce régime. »

Pourtant, elle insiste sur l'importance de s'attaquer à chaque effet secondaire, en particulier compte tenu de la longue durée du traitement : « Le patient doit prendre le médicament pendant trois ans. Donc, même une petite réaction peut nuire à la qualité de vie du patient et lui causer des problèmes. Il est important d'en discuter dès le début et de prendre en charge ces réactions en conséquence. »

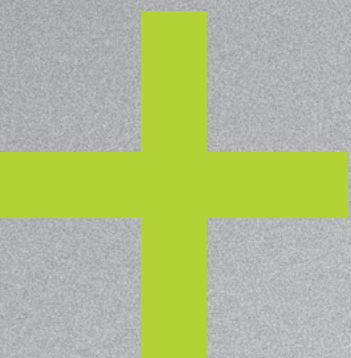
### + Révolution conceptuelle dans les tests aux biomarqueurs

L'envol de la thérapie ciblée a modifié l'opportunité et l'importance des tests de biomarqueurs. « Auparavant, l'accent était mis sur les tests de biomarqueurs des métastases. Mais compte tenu de l'introduction de la thérapie ciblée adjuvante, il est essentiel de commencer ce test dès le début du traitement », explique la D<sup>re</sup> Ho. Elle souligne l'importance d'obtenir des informations sur le cancer d'un patient dès le début : « Ces connaissances précoces sont essentielles à la planification de la stratégie de traitement optimale, en particulier avec l'accès à une thérapie ciblée adjuvante et à une immunothérapie néoadjuvante pour les patients atteints d'un cancer du poumon à un stade précoce. »

Le test de biomarqueurs pour l'osimertinib en adjuvant est proposé et financé dans toutes les provinces du Canada. Par ailleurs, des percées comme la batterie de séquençage de nouvelle génération permettent d'effectuer des tests génétiques complets liés au cancer du poumon.

### + Une lumière à l'horizon pour le cancer du poumon à un stade précoce

« L'avenir est prometteur pour les patients atteints d'un cancer du poumon à un stade précoce », déclare la D<sup>re</sup> Ho. Les améliorations dans la mise en œuvre du dépistage du cancer du poumon, conjuguées aux dernières avancées en matière de thérapie ciblée et d'immunothérapie, offrent aux patients une possibilité de guérison. Elle ajoute : « Ces progrès signifient que les patients peuvent mener une vie normale et poursuivre leurs rêves et leurs aspirations sans la menace constante du cancer. »



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





Laura Beatty -  
Oshawa (Ontario)

«

Je suis reconnaissante pour chaque jour que je vis et respire la vie. Je sais toujours que les épreuves et les tribulations se produisent dans la vie, mais il y a toujours des choses pour lesquelles il faut être reconnaissant, qu'il s'agisse de mes enfants ou de la splendeur d'un coucher ou d'un lever de soleil. »





## Assistante juridique résiliente et mère de quatre enfants, Laura n'aurait jamais pu imaginer à quel point une infection par la COVID-19 allait changer le cours de sa vie.

Son périple a commencé en 2020 lorsque le résultat de son test de dépistage de la COVID-19 s'est révélé positif. À la fin de l'année, ses symptômes se sont transformés en syndrome post-COVID-19 de longue durée, ce qui a incité les médecins à surveiller ses poumons au moyen de tomodensitogrammes pendant les deux années suivantes. Bien que les premiers résultats aient été sans conséquence, les choses ont pris un virage inquiétant en juin 2022 : trois nodules étaient apparus sur son poumon. Trois mois plus tard, l'un de ces nodules avait grandi. Bien qu'on lui conseille d'attendre encore trois mois pour un suivi, Laura a eu l'intuition de demander des examens plus approfondis. En prenant les devants, elle a pu subir une batterie de tests dans les mois suivants qui ont confirmé la pire de ses craintes.

« J'ai reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules (adénocarcinome) de stade zéro, ce qui signifie qu'il y avait une petite tumeur dans mon poumon qui ne s'était pas propagée aux tissus pulmonaires plus profonds ou au-delà des poumons », se souvient Laura.

Malgré le choc de la nouvelle, les perspectives positives et la résilience de Laura ont porté leurs fruits. « J'ai essayé de faire face à la maladie en adoptant un état d'esprit positif. Je savais que la colère n'aiderait en rien », reconnaît-elle. Elle décide de consacrer son énergie à en apprendre plus sur le cancer du poumon et à poursuivre immédiatement le bon traitement. Elle met ses compétences d'assistante juridique à profit, effectuant de nombreuses recherches sur le cancer du poumon, ce qui lui a procuré de l'espoir. Elle apprend que l'ablation chirurgicale de la partie supérieure du poumon pouvait conduire à une guérison. Bien que reconnaissante que son cancer ait été décelé à un stade précoce, la chirurgie lui était déconseillée à cause de ses antécédents de coagulation sanguine et de complications hémorragiques. Elle a donc choisi la radiothérapie comme traitement.

Malheureusement, la vie lui a présenté un autre défi inattendu, une deuxième infection plus grave par la COVID-19 a entraîné une nouvelle hospitalisation et le report de sa radiothérapie. Cinq mois après le diagnostic, son cancer ayant progressé du stade zéro au stade IB, elle commence le traitement, subissant quatre séances de radiothérapie. Sa principale préoccupation n'était pas le traitement en lui-même, mais le port du masque d'immobilisation. « Respirer à travers le masque était un défi en raison de ma claustrophobie », dit-elle. Pourtant, grâce à une respiration consciente et à la confiance en soi, Laura a surmonté son anxiété. « Je me suis concentrée sur ma respiration. Chaque fois que je me sentais mal à l'aise, je me rappelai ma force, me disant qu'une demi-heure d'inconfort n'était qu'une étape de plus vers mon bien-être », assure-t-elle.

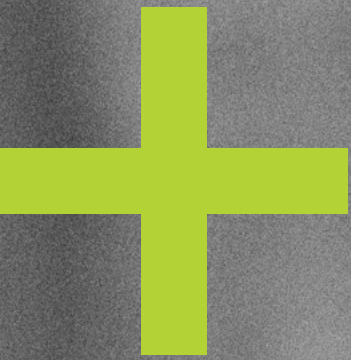
## Garder ses forces et son grand espoir

Tout au long du parcours de soins, Laura a gardé sa foi inébranlable et son appréciation des plaisirs simples de la vie, ce qui l'a aidée à se maintenir à flot. « Je suis reconnaissante pour chaque jour que je vis et respire la vie, déclare-t-elle. Je sais toujours que les épreuves et les tribulations se produisent dans la vie, mais il y a toujours des choses pour lesquelles il faut être reconnaissant, qu'il s'agisse de mes enfants ou de la splendeur d'un coucher ou d'un lever de soleil. » Pendant qu'elle essayait de garder sa force et son autonomie, elle a sollicité le soutien d'autres mères luttant contre le cancer, au sein d'un groupe de soutien appelé **Nankind**. Fondé en 2009 par Audrey Guth, survivante du cancer, Nankind a fourni un soutien émotionnel et une aide pratique à Laura. De l'art-thérapie pour ses enfants aux repas préparés pendant son traitement, Nankind a allégé le fardeau de Laura.

Laura fait l'éloge de Nankind. Toutefois, son parcours était unique. « Je suis la seule personne atteinte d'un cancer du poumon dans le groupe », dit-elle. Pour trouver des personnes qui pouvaient vraiment comprendre son parcours contre ce cancer, elle s'est tournée vers l'**Odette Cancer Center** à l'Hôpital Sunnybrook et est entrée en contact avec Cancer pulmonaire Canada, tissant des liens avec celle-ci grâce à des expériences partagées. « Lui parler m'a montré à quel point nous pouvons être fortes et résilientes », déclare Laura.

Depuis août 2023, elle attend de subir une tomodensitométrie post-traitement. Repensant à son parcours, elle reste un phare d'optimisme. « Le cancer du poumon n'est pas un diagnostic de fin de vie pour tous les patients. Malgré les métastases, certaines personnes ont encore de nombreuses années de bonne qualité de vie, reconnaît-elle. Il faut garder la positivité et faire gros plan sur les bonnes choses de la vie. »





Corina Wind -  
Boucherville (Québec)



Si vous avez un cancer du poumon, trouvez quelqu'un à qui parler. C'est trop dur de tout garder pour soi-même. Trouvez une forme de soutien, quelle qu'elle soit. »

# + Il y a trois ans, Corina s'est réveillée avec une sensation de lourdeur inquiétante dans la poitrine.

Elle était effrayée. Ayant consulté son médecin le lendemain, celui-ci lui fait subir une radiographie thoracique qui révèle une tache sur son poumon. En novembre 2020, une tomodensitométrie a confirmé sa pire crainte. « Il s'agissait d'un cancer du poumon non à petites cellules (adénocarcinome) de stade I », se souvient-elle.

Sept semaines s'étaient écoulées et Corina a subi une intervention chirurgicale. La tumeur a été retirée avec succès. On lui a demandé de subir des scintigraphies pulmonaires tous les six mois aux fins de suivi. Tout semblait en règle et chaque scintigraphie était normale, ce qui lui a redonné le moral. Cependant, octobre 2022 a été surplombé par un nuage de désespoir : le rapport n'était pas à la hauteur de ses espérances.

« Quelques nouveaux nodules sont apparus dans mon poumon. Le plus gros mesurait environ 5 à 6 millimètres, explique Corina. Le médecin m'a dit qu'ils étaient trop petits pour les évaluer et qu'il ne fallait pas s'inquiéter. Mais honnêtement, j'avais encore plus peur et j'étais plus bouleversée que lorsque j'ai reçu mon diagnostic pour la première fois. » Corina avait l'impression que son monde chavirait. « Tout ce que je voulais, c'était mettre de l'ordre dans ma vie. J'avais l'impression de manquer de temps et de rater ma vie. Je voulais faire tout ce que je pouvais, juste au cas où. »

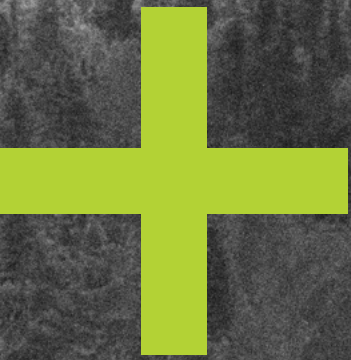

La lueur d'espoir de Corina semblait s'estomper; cependant, mais refusant de se laisser abattre,

elle a demandé activement de l'aide. « J'ai appelé Cancer pulmonaire Canada qui m'a mise en contact avec une source de soutien par l'entremise du programme [Les voies de l'espoir](#). Cela m'a été très utile en ces temps difficiles », explique-t-elle. Déterminée à renforcer sa force physique et mentale, Corina s'est remise à l'exercice physique. « Je veux être plus forte mentalement et physiquement, de sorte que si quelque chose de grave se produit, je serai assez robuste pour y faire face », dit-elle.

Dans sa quête d'une source de soutien, Corina a découvert un groupe Facebook, « [Lung Cancer Warriors Only](#) ». Lancé en 2017 en tant que groupe réservé aux patients, il compte aujourd'hui environ 4 000 membres à travers le monde, tous luttant contre le cancer du poumon à différents stades. « Ce groupe est incroyable et très solidaire, affirme Corina. Ils sont répartis dans le monde entier; vous pouvez donc vous y rendre à tout moment, jour et nuit, et quelqu'un sera toujours là pour échanger avec vous ou vous soutenir. » Elle estime qu'il est essentiel d'être soutenu par des personnes qui traversent le même chemin rocailleux. « Si vous avez un cancer du poumon, trouvez quelqu'un à qui parler. C'est trop dur de tout garder pour soi-même. Trouvez une forme de soutien, quelle qu'elle soit », conseille-t-elle.

## + Vivre trois mois à la fois

En août 2023, Corina est en phase d'attente. Les petites taches dans son poumon ne se sont pas multipliées, mais chaque jour, elle pense à sa prochaine scintigraphie pulmonaire, prévue en octobre. Pendant cette période, Corina essaie de rester occupée. Elle passe du temps avec ses proches, se promène à l'extérieur et participe activement au groupe « Lung Cancer Warriors Only ». Ces activités lui permettent de se changer les idées, mais au fond d'elle, l'inquiétude s'empare d'elle. Espérant de bonnes nouvelles, elle a une peur bleue d'en recevoir de mauvaises. Ce mélange constant d'espoir et d'inquiétude lui donne l'impression de vivre sa vie « trois mois à la fois ».



Donna Passi -  
Airdrie  
(Alberta)

«

J'ai choisi de percevoir mon traitement comme un défi. Cela me donnait un objectif quotidien. Et à chaque séance terminée, je me réjouissais : « Hourra! Une autre étape franchie! » et je célébrais ces petites victoires avec une boisson et un en-cas. »



# En juin 2022, après que Donna s'est remise d'une infection des sinus, elle a comme séquelle une toux persistante.

En juin 2022, après que Donna s'est remise d'une infection des sinus, elle a comme séquelle une toux persistante. Malgré de nombreuses consultations du médecin, elle a subi des traitements, tour à tour, pour de l'asthme, un écoulement postnasal et une bronchite.

Cinq mois se sont écoulés et la toux persiste. Frustrée et inquiète, Donna se rend à nouveau chez son médecin et insiste pour qu'il effectue d'autres évaluations. « Je savais que quelque chose n'allait pas », se souvient-elle. Son intuition a été confirmée lorsqu'une tomodensitométrie a révélé un affaissement partiel des poumons. En avril 2023, une évaluation approfondie au Centre de cancérologie Tom Baker, à Calgary, a confirmé le diagnostic : cancer du poumon non à petites cellules (adénocarcinome) de stade III exprimant la protéine PD-L1 dans le lobe supérieur du poumon droit.

La nouvelle l'a bouleversée : « J'ai été complètement prise au dépourvu, affirme Donna. Lorsque le médecin m'a annoncé qu'il ne me restait que huit mois à vivre, mon cerveau s'est figé. J'avais l'impression de flotter sur une masse noire sans air. » Pourtant, en plein milieu de la tourmente, une lueur d'espoir s'est manifestée. « Maintenant que les médecins savaient ce qui n'allait pas, ils pouvaient enfin m'aider », dit-elle.

## + Trouver le positif dans un combat difficile

Il n'était pas possible d'envisager une intervention chirurgicale, car la tumeur était trop proche de sa trachée. Plutôt, elle a commencé à subir une chimioradiation intensive « curative ». Au fil des semaines suivantes, Donna a subi 30 séances de radiothérapie et deux cycles de chimiothérapie.

Au départ, la radiothérapie était intimidante, mais au fil des jours, elle a réussi à s'y adapter. Cependant, le respect des horaires et les trajets quotidiens restaient un obstacle. « J'avais une séance de radiothérapie tous les jours, c'est-à-dire que je m'y rendais le matin et revenais l'après-midi. Être coincée dans une voiture deux fois par jour pendant des semaines était difficile », se souvient-elle. L'ajout soudain de la chimiothérapie n'a fait qu'empirer son calvaire. « Certains matins, je pleurais en me demandant si j'arriverais à terminer les 30 séances », raconte-t-elle. Mais au lieu de s'abandonner à ces sentiments, Donna a décidé de recadrer son point de vue. « J'ai choisi de percevoir mon traitement comme un défi. Cela me donnait un objectif quotidien. Et à chaque séance terminée, je me réjouissais : « Hourra! Une autre étape franchie! » et je célébrais ces petites victoires avec une boisson et un en-cas. »

Cet état d'esprit positif est devenu son point d'ancrage. Certes, des émotions négatives s'insinuaient, mais elle les combattait en faisant preuve d'humour, en se fixant des objectifs quotidiens et en appréciant les récompenses à la fin de la journée. L'amour inconditionnel de son mari et de ses filles et les échanges avec son psychologue lui ont permis de se ressourcer. Elle est également entrée en contact avec Cancer pulmonaire Canada et a commencé à assister aux réunions sur Zoom, trouvant ainsi une source de réconfort dans les expériences partagées par d'autres.

Donna a récemment rejoint le programme [Alberta Cancer Exercise \(ACE\)](#) – une initiative communautaire gratuite centrée sur l'activité physique. Le programme qui s'étale sur 12 semaines est conçu pour les personnes atteintes d'un cancer et les survivants. Elle en est extrêmement satisfaite parce qu'il « fait des merveilles pour moi et mon rétablissement. »


## + Regard vers l'avenir, toujours aussi déterminée

La scintigraphie subie par Donna en septembre a apporté des nouvelles motivantes. « Là où le poumon n'est pas obstrué par le poumon affaissé, il n'y a pas de tumeur visible, explique-t-elle. Cependant, ils ne peuvent pas confirmer l'existence ou l'absence d'une tumeur sous le poumon affaissé. »

Donna suit actuellement une immunothérapie. Un plan de traitement a été mis en place pour l'année à venir. Elle ne sait pas si la tumeur a disparu, mais reste optimiste et pense que l'immunothérapie permettra d'éliminer tout résidu. Elle est pleine d'espoir et plus déterminée que jamais. « Je refuse de baisser les bras, déclare-t-elle. Je suis en train d'écrire un roman et n'irai nulle part tant qu'il ne sera pas publié. »



## Jenny - Markham (Ontario)



Jenny, une femme active et en bonne santé, n'aurait jamais imaginé qu'une « toux légère » changerait radicalement le cours de sa vie.

En juin 2022, elle a commencé à tousser, mais à part cela, elle se sentait en parfaite santé et continuait à se rendre au gymnase. Elle consulte son médecin de famille et reçoit un diagnostic d'allergies et d'écoulement postnasal. Il lui prescrit donc un médicament contre la toux. Elle continue à consulter son médecin, car sa toux persistait, mais aucun examen complémentaire n'est demandé.

Quelques mois plus tard, en décembre 2022, elle attrape la grippe de 24 heures et ses symptômes sont devenus inquiétants : les mucosités sont devenues roses. Une radiographie thoracique porte à croire qu'il s'agit d'une pneumonie, mais malgré trois traitements antibiotiques, la toux persiste et la radiographie ne montre pas d'améliorations. Elle subit alors un test de crachat qui révèle la présence de cellules cancéreuses irrégulières. D'autres examens ont confirmé le diagnostic : cancer du poumon non à petites cellules de stade IV (adénocarcinome) exprimant une mutation V600 du gène BRAF.



« Il y avait une grosse tumeur dans la partie supérieure de mon poumon droit, des ombres dans les deux poumons et une atteinte ganglionnaire. Je me sentais très mal », se souvient Jenny.

Déterminée à se battre, elle voulait se faire soigner immédiatement. « Je voulais entamer le traitement tout de suite, mais j'ai dû attendre d'innombrables tests, effectués un par un, dit-elle. L'attente était frustrante, car il a fallu attendre trois mois avant que j'aie subi tous les tests. Si j'avais su cela, je me serais rendue dans une clinique privée pour tout faire en une semaine. »

En avril, Jenny entame son traitement. Elle subit initialement quatre cycles de pemetrexed, de carboplatine et de pembrolizumab, puis poursuit sa chimiothérapie. Cependant, le traitement ne donne pas les résultats escomptés. Une scintigraphie de suivi révèle une nouvelle ombre dans son poumon gauche. Elle avoue : « J'étais si bouleversée lorsque j'ai appris la nouvelle. Je n'avais personne à qui me confier et je ne savais toujours pas ce qu'est le cancer du poumon. »

Cependant, une lueur d'espoir s'est dessinée lorsque la fille de Jenny la met en contact avec Cancer pulmonaire

Canada. « J'ai échangé avec l'une de leurs employées pendant des heures. Elle était merveilleuse, raconte Jenny. Pourtant, j'aimerais encore rencontrer quelqu'un qui traverse la même épreuve que moi. »

En août 2023, Jenny poursuivait encore son combat. Elle subit actuellement une chimiothérapie, avec un plan de traitement prévu pour les deux prochaines années. Les effets secondaires, notamment la perte de cheveux, les changements d'appétit et la fatigue, sont difficiles à gérer. Pourtant, elle trouve du réconfort dans les petits moments : une promenade à l'extérieur, des discussions animées avec des amis et le soutien indéfectible de sa famille.

Jenny puise sa force dans ces moments et reste optimiste. « J'espère des progrès en chimiothérapie, un remède pour tous les cancers et des traitements qui ne me rendront pas aussi malade », dit-elle. Le chemin à parcourir est semé d'embûches. Conserver sa positivité peut donc être un combat quotidien. Pourtant, elle est déterminée à se concentrer sur « l'aspect positif de la vie » et à trouver le soutien qu'elle souhaite profondément.



**J'espère des progrès en chimiothérapie, un remède pour tous les cancers et des traitements qui ne me rendront pas aussi malade. »**



Nina Devito -  
Saint-Lazare (Québec)



Avant le programme centré sur l'activité physique, je ne pouvais pas marcher sans aide, ni m'asseoir confortablement pour regarder une émission de télévision, ni m'allonger sur le lit pour la radiothérapie. Mais aujourd'hui, je marche, je fais des randonnées, je saute et je joue avec mes petits-enfants. Je peux maintenant monter et descendre facilement les escaliers et me rendre à mes rendez-vous sans fauteuil roulant ni déambulateur. L'activité physique m'a vraiment redonné le contrôle de ma vie. »



# Après avoir mené une vie saine et active, Nina a vu son monde prendre un tournant inattendu à la fin de l'année 2020 lorsqu'elle a commencé à ressentir des douleurs au dos.

Malgré de multiples consultations téléphoniques – en raison de la pandémie de COVID-19 – et divers médicaments, la douleur persistait. En avril 2021, la douleur s'était aggravée et des spasmes intenses l'empêchaient de bouger. Une visite aux urgences et une tomodensitométrie révèlent des nouvelles surprenantes.

« J'ai reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade IV, se souvient Nina. J'avais une tumeur dans la partie supérieure droite de mon poumon, des lésions dans la colonne vertébrale et les hanches, un gonflement des ganglions lymphatiques et deux vertèbres fracturées.

Une bronchoscopie et une batterie de séquençage de nouvelle génération ont confirmé que j'avais un cancer du poumon non à petites cellules (adénocarcinome) avec une mutation du gène EGFR, sous-type Exon 20. »

Les deux ans et demi qui ont suivi ce diagnostic étaient un tourbillon intense de traitements. Au cours des cinq premiers mois, Nina a subi plusieurs interventions agressives : radiothérapie pour son dos, quatre cycles d'un doublet de chimiothérapie, une analgésie de conduction pour soulager sa douleur et une intervention chirurgicale au dos comprenant cinq fusions vertébrales ainsi qu'une vertébroplastie pour les os fracturés. Ces interventions précoces visaient à stabiliser son état en s'attardant notamment sur sa colonne vertébrale et en maîtrisant le cancer. Par la suite, elle a subi une chimiothérapie d'entretien. La chirurgie a soulagé la douleur atroce, mais la véritable transformation de son bien-être est survenue grâce à une décision qu'elle a prise en 2022.

## + Un revirement de situation remarquable

À la suite de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie en janvier 2022, Nina a été présentée à un physiothérapeute qui a travaillé avec elle sur des exercices visant à reconstruire les muscles de son dos et à améliorer sa posture. À la même période, elle a découvert le [programme EXCEL](#).

Le programme EXCEL (acronyme de « Exercise for Cancer to Enhance Living Well ») de l'Université de Calgary propose aux personnes atteintes d'un cancer un programme gratuit centré sur l'activité physique, disponible à la fois en ligne et en personne. Ces séances d'une heure sont organisées deux fois par semaine pendant 8 à 12 semaines.

Malgré les difficultés initiales et les moments où même les exercices les plus faciles semblaient

impossibles, Nina s'est engagée à fond. « Lentement mais sûrement, j'ai retrouvé mes forces, raconte-t-elle avec enthousiasme. À la quatrième semaine, je me sentais suffisamment bien pour arrêter de prendre les analgésiques. » Cet engagement à l'activité physique n'a pas seulement aidé Nina sur le plan physique, il a révolutionné sa vie. Avant le programme, elle ne pouvait pas marcher sans aide, ni s'asseoir confortablement pour regarder une émission de télévision, ni s'allonger sur le lit pour la radiothérapie. « Aujourd'hui, je marche, je fais des randonnées, je saute et je joue avec mes petits-enfants. Je peux maintenant monter et descendre facilement les escaliers et me rendre à mes rendez-vous sans fauteuil roulant ni déambulateur, dit-elle. L'activité physique m'a vraiment redonné le contrôle de ma vie. »

## + Trouver une lueur dans l'obscurité

Après son diagnostic, Nina était submergée par des sentiments de solitude et de désespoir. « [Le cancer semble déracciner complètement votre vie](#) », affirme-t-elle. Toutefois, alors que les ténèbres menaçaient de l'engloutir, Nina était déterminée. « Je me suis plongée dans une recherche sur le cancer du poumon, voulant m'armer d'autant de connaissances que possible », confie-t-elle. Cette quête ainsi que des séances avec un psychologue lui ont permis de mieux gérer ses émotions. Pourtant, un vide subsistait. « Bien que les membres de ma famille, mes amis et les médecins offrent un soutien inestimable, dit Nina, les échanges avec une personne qui traverse le même chemin rocailleux fournissent un réconfort inégalé. »

Poursuivant sa quête d'esprit communautaire et de soutien, Nina a rejoint le groupe Facebook « Canadian Lung Cancer Advocacy – Breath Hope ». C'est là qu'elle a entendu parler pour la première fois du programme


EXCEL. Entre-temps, l'adhésion au groupe « [Exon 20](#) » lui a non seulement fourni un soutien inestimable, mais a également ouvert la voie à son parcours de défense des droits. Nina a fait équipe avec Marcia Horn, la directrice générale du groupe, qui est également présidente et directrice générale de l'[International Cancer Advocacy Network \(ICAN\)](#), pour contribuer à la création du groupe « Exon 20, Canada ». « Je suis présidente de l'aile québécoise, dit-elle fièrement, dans l'espoir d'apporter un soutien indispensable aux personnes porteuses de la mutation très rare Exon 20. » Son engagement ne s'arrête pas là. Au sein de Cancer pulmonaire Canada, Nina a reçu du soutien et est devenue une source d'espoir, encadrant d'autres survivants du cancer. Réfléchissant à son parcours, elle déclare : « Même en tant que patiente, il est stimulant de se mobiliser, de créer des liens et d'ouvrir de nouvelles voies. »

## + Le combat se poursuit, avec plus de résilience que jamais

En août 2023, Nina a terminé son 38e et dernier traitement de chimiothérapie de première intention. Vu que son cancer a progressé – apparition de nouvelles lésions – Nina et ses médecins ont décidé d'arrêter la chimiothérapie et de passer à un traitement de deuxième intention. Pourtant, l'esprit de Nina reste invaincu. Elle attend avec impatience les essais cliniques de thérapie ciblée et déclare : « Je ne baisserai pas les bras. »

Remplie d'espoir, Nina attend avec impatience le mariage de son fils. « Je n'ai jamais pensé que j'y arriverais. Mais maintenant, j'espère vraiment pouvoir danser à son mariage, ce que je n'ai pas fait depuis deux ans et demi, se réjouit-elle. Je veux passer le plus de temps possible avec mon mari, mes enfants et mes petits-enfants. »





Fay June -  
Medicine Hat  
(Alberta)

«

Je crains la part inconnue de la progression de ma maladie. Je ne pense pas qu'il y ait un moyen de me préparer à ce qui arrivera en fin de compte. Mais je continuerai à tirer le meilleur parti de ces jours supplémentaires dont je profite actuellement. »

# + En 2021, une douleur musculaire persistante sur le côté droit de Fay a marqué le début de son parcours inattendu.

Après plusieurs consultations de son médecin de famille, de son chiropraticien et de physiothérapeutes, qui l'ont tous rassuré qu'il s'agissait simplement d'une « élongation musculaire », la douleur persistait et s'aggravait. Lors d'une visite aux urgences en avril 2022, une radiographie du dos a révélé une ombre dans son poumon gauche, et une tomodensitométrie a confirmé le diagnostic.

« J'ai reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade IV avec mutation du gène EGFR et une délétion de l'Exon 19. La tumeur s'était métastasée aux os de la colonne vertébrale, aux côtes, aux ganglions lymphatiques et à la glande surrénale », se souvient-elle. Le diagnostic a provoqué une onde de choc dans sa famille. Sans se décourager, Fay a immédiatement entamé une thérapie ciblée au Tagrisso (osimertinib).

## + En découvrir la portée

Pendant qu'elle composait avec le poids de son diagnostic et de son traitement, Fay a cherché le réconfort dans la nature en exerçant de la marche et du yoga en plein air. Au cours d'une de ses promenades, elle a ressenti de fortes douleurs à la poitrine et au bras, des symptômes d'une crise cardiaque. Cependant, les examens ont révélé que son cœur était en bonne santé.

Elle a donc reçu le diagnostic d'une « crise cardiaque de stress ». Cet épisode a mis en évidence les ravages silencieux que le stress imposait à son corps, en dépit de sa résilience apparente.

En quête d'un soutien pour faire face au stress, Fay a participé à plusieurs groupes de discussion en ligne, notamment « [GO2 Foundation for Cancer](#), Cancer pulmonaire Canada, [Alberta Lung Cancer](#), [Wellspring](#) et [EGFR Resisters](#) ». Un autre groupe, « Living with Advanced Cancer », l'a particulièrement touchée, bien qu'il se soit malheureusement dissous en raison d'un manque de financement. Cependant, les liens qu'elle a tissés avec les membres ont perduré, et elle continue de communiquer avec trois membres du groupe.

## + Étreindre la vie au-delà du cancer

Refusant d'être retenue par son diagnostic, Fay a investi ses énergies dans les joies de la vie. Elle a entrepris dans de nombreux voyages, locaux ou internationaux, avec ses proches. Un prochain voyage avec son mari à Rome et Florence et une croisière européenne l'attendent en octobre. « Cela a toujours été sur ma liste de souhaits et je suis très enthousiaste à l'idée de le faire », dit-elle.

En août 2023, son traitement a été couronné de succès. Son suprarénalome a disparu et ses deux dernières scintigraphies ont montré que la tumeur pulmonaire était stable, avec une légère réduction de sa taille. Fay est ravie du traitement. « Les résultats du médicament ont été étonnants et j'ai eu la chance de n'avoir que très peu d'effets secondaires. »

Pour composer avec sa nouvelle réalité, Fay s'est engagée à approfondir ses recherches sur le cancer du poumon et les essais cliniques potentiels correspondant à son diagnostic. Bien que l'incertitude de l'avenir l'effraie, elle est déterminée à rester positive et active. « Je crains la part inconnue de la progression de ma maladie. Je ne pense pas qu'il y ait un moyen de se préparer à ce qui arrivera en fin de compte, avoue-t-elle. Mais je continuerai à tirer le meilleur parti de ces jours supplémentaires dont je profite actuellement. »







# Partie 3 : Accès au traitement



# Tableau 1 : État des recommandations de l'ACMTS sur les médicaments

(au cours des cinq dernières années)

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
alectinib (Alecensaro <sup>MD</sup> ) (1 <sup>re</sup> intention)	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, exprimant une mutation du gène ALK (kinase du lymphome anaplasique)	6 nov. 2017	11 juin 2018	Recommandation définitive – 25 juill. 2018 : remboursement sous conditions	3
alectinib (Alecensaro <sup>MD</sup> ) (2 <sup>e</sup> intention)	Monothérapie chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique).	11 déc. 2015	29 sept. 2016	Recommandation définitive – 29 mars 2018 : remboursement sous des critères et/ou conditions cliniques	3
amivantamab (Rybrent <sup>MD</sup> ) +	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique présentant des mutations par insertion de l'Exon 20 du récepteur du facteur de croissance épidermique et dont la maladie a progressé pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci.	21 mai 2021	25 mars 2020	Recommandation définitive – 1 <sup>er</sup> mars 2023 : remboursement sous conditions	1
atézolizumab (Tecentriq <sup>MD</sup> ) CPPC	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA), en association avec une chimiothérapie à base de carboplatine et d'étoposide.	18 mars 2019	8 août 2019	Recommandation définitive – 30 sept. 2022 : remboursement sous conditions	3
atézolizumab (Tecentriq <sup>MD</sup> ) (Adjuvant)	Traitement d'appoint après résection et chimiothérapie à base de carboplatine pour les patients atteints de CPNPC de stade II à IIIA dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1 sur $\geq 50$ % des cellules tumorales (CT).	15 oct. 2021	14 janv. 2022	Recommandation définitive – 30 sept. 2022 : remboursement sous conditions	3
atézolizumab (Tecentriq <sup>MD</sup> ) (2 <sup>e</sup> intention)	Traitement des patients atteints d'un CPNPC localement avancé ou métastatique, dont la maladie a évolué pendant ou après une chimiothérapie systémique jusqu'à la perte d'un bienfait clinique.	18 oct. 2016	6 avr. 2018	Recommandation définitive – 20 juin 2018 : remboursement sous conditions	2 + 3
atézolizumab et bévacicumab (Tecentriq <sup>MD</sup> et Avastin <sup>MD</sup> )	Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules non squameux métastatique, exprimant une mutation du gène EGFR et/ou ALK, et dont la maladie a progressé après un traitement avec des thérapies ciblées.	6 déc. 2018	24 mai 2019	Recommandation définitive – 3 juill. 2020 : non recommandé	3
Bévacicumab (MVASI <sup>MD</sup> )	Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avancé, métastatique ou récurrent non squameux et non résécable, en association avec un régime de chimiothérapie au carboplatine/paclitaxel.	14 sept. 2017	30 avr. 2018	Recommandation définitive – délivrance du dossier définitif sur les biosimilaires : 14 janv. 2019	1 + 3
Bévacicumab (Zirabev <sup>MD</sup> )	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avancé, métastatique ou récurrent non squameux et non résécable, en association avec un régime de chimiothérapie au carboplatine/paclitaxel.	27 juin 2019	14 juin 2019	Recommandation définitive – 28 mars 2019 : dossier clos	3

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
brigatinib (Alunbrig <sup>MD</sup> ) (1 <sup>re</sup> intention)	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant une mutation du gène ALK (kinase du lymphome anaplasique), qui n'ont jamais reçu un inhibiteur de l'ALK	22 mai 2020	3 mars 2021	Recommandation définitive – 21 avr. 2021. Recommandé	3
brigatinib (Alunbrig <sup>MD</sup> ) (2 <sup>e</sup> intention)	Traitement des patients adultes atteints d'un CPNPC métastatique exprimant une mutation du gène ALK dont la maladie a évolué ou qui étaient intolérants à un inhibiteur de l'ALK (crizotinib)	28 avr. 2017	26 juill. 2018	Recommandation définitive – 1 <sup>er</sup> août 2019 : non recommandé	2
Capmatinib (Tabrecta <sup>MD</sup> )	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, non résécable ou métastatique, présentant des mutations conduisant au saut de l'exon 14 codant pour la transition mésoenchymateuse-épithéliale.	6 mai 2020	26 mai 2022	Non inscrit encore	
cemiplimab (Libtayo <sup>MD</sup> )	Traitement de première intention chez les patients adultes atteints de cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) exprimant PD-L1 dans ≥ 50 % des cellules tumorales, comme déterminé par un test validé, sans mutations EGFR, ALK ou ROS1, qui présentent un CPNPC localement avancé qui ne sont pas candidats à une résection chirurgicale ou à une chimioradiation définitive, ou un CPNPC métastatique.	21 févr. 2021	26 oct. 2021	Recommandation définitive – 2 juin 2022 : remboursement sous conditions	3
cemiplimab (Libtayo <sup>MD</sup> ) en combinaison avec une chimiothérapie à base de platine +	En association avec une chimiothérapie à base de platine pour le traitement de première intention chez les patients adultes atteints de CPNPC présentant des tumeurs localement avancées sans mutation EGFR, ALK ou ROS1 ou les patients ne sont pas candidats à une résection chirurgicale ou à une chimioradiation définitive, ou un CPNPC métastatique.	8 nov. 2022	27 avr. 2023	En cours d'examen	3
crizotinib (Xalkorj <sup>MD</sup> ) (ROS1)	En monothérapie comme traitement de première intention chez les patients atteints d'un CPNPC avancé exprimant une mutation du gène ROS1	11 mars 2016	28 août 2017	Recommandation définitive – 23 mai 2019 : recommandé, sous réserve du rapport coût/efficacité et de la faisabilité de l'adoption (incidence budgétaire)	1
dabrafenib (Tafinlar <sup>MD</sup> ) et trametinib (Mekinist <sup>MD</sup> )	Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique exprimant une mutation V600 du gène BRAF et qui n'ont reçu aucun traitement anticancéreux préalable pour une maladie métastatique.	22 juin 2017	18 mai 2018	Recommandation définitive – 28 mai 2021 : remboursement sous conditions	2
durvalumab (IMFINZI <sup>MD</sup> ) (CPNPC de stade III non résécable)	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé et non résécable, dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiation à base de sel de platine.	16 févr. 2018	4 mai 2018	Recommandation définitive – 3 mai 2019 : remboursement sous conditions	3

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
durvalumab (IMFINZI <sup>MD</sup> ) CPPC-SA	Traitement de première intention chez les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade avancé (CPPC-SA), en association avec une chimiothérapie à base d'étoposide et un adjuvant à base de carboplatine ou de cisplatine	30 mars 2020	21 sept. 2020	Recommandation définitive – 27 juill. 2021 : remboursement sous conditions	3
entrectinib (Rozlytrek <sup>MD</sup> ) (ROS1)	Traitement de première intention des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique exprimant une mutation du gène ROS1.	15 août 2019	5 mai 2020	Recommandation définitive – 27 janv. 2021 : remboursement sous conditions	1 + 2
entrectinib (Rozlytrek <sup>MD</sup> ) NTRK +	Traitement des patients adultes atteints de tumeurs solides extra-crâniennes localement avancées ou métastatiques non résecables, y compris les métastases cérébrales, présentant une fusion du gène récepteur tyrosine kinase neurotrophique (NTRK) sans mutation de résistance acquise connue, et sans options de traitement satisfaisantes.	15 août 2019	20 janv. 2020	Recommandation définitive – 21 nov. 2022 : remboursement sous conditions	1 + 2
larotrectinib (Vitrakvi <sup>MD</sup> )	Traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de tumeurs solides présentant une fusion du gène récepteur à tyrosine kinase neurotrophique (NTRK), sans mutation de résistance acquise connue, qui sont métastatiques ou dont la résection chirurgicale est susceptible d'entraîner une morbidité grave, et qui n'ont pas d'options thérapeutiques satisfaisantes	26 nov. 2018	10 juill. 2019	Recommandation définitive – 13 sept. 2021 : remboursement sous conditions	1 + 2
lorlatinib (Lorbrena <sup>MD</sup> ) (1 <sup>re</sup> intention)	Traitement de première intention chez les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique, exprimant le gène ALK (kinase du lymphome anaplasique)	3 mars 2021	7 juin 2021	Recommandation définitive – 4 avr. 2022 : remboursement sous conditions	3
lorlatinib (Lorbrena <sup>MD</sup> ) (2 <sup>e</sup> intention)	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un CPNPC métastatique exprimant une mutation du gène ALK dont la maladie a évolué sous crizotinib et au moins un autre inhibiteur de l'ALK, ou des patients dont la maladie a évolué sous ceritinib ou alectinib	2 nov. 2018	22 févr. 2019	Recommandation définitive – 30 janv. 2020 : non recommandé	2
lurbinectedine (Zepzelca <sup>MD</sup> ) +	Traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon à petites cellules (CPPC) de stade III ou métastatique qui ont progressé pendant une chimiothérapie à base de sel de platine ou après celle-ci.	15 juin 2020	29 sept. 2021	Recommandation définitive – 19 déc. 2022 : non remboursable	2
nivolumab (Opdivo <sup>MD</sup> ) +	Traitement néoadjuvant des patients adultes atteints de CPNPC résecable (tumeurs ≥ 4cm ou ganglions atteints) lorsqu'il est utilisé en association avec une chimiothérapie à base de doublet de platine.	4 mars 2022	23 août 2022	Recommandation définitive – 18 avr. 2023 : remboursement sous conditions	3
nivolumab- ipilimumab (Opdivo - Yervoy) CPNPC	Nivolumab, en association avec l'ipilimumab et 2 cycles de chimiothérapie à base de platine, est indiqué pour le traitement de première intention des patients atteints de CPNPC métastatique ou récidivant sans tumeurs exprimant une mutation du gène EGFR ou ALK.	26 mai 2020	6 août 2020	Recommandation définitive – 4 mars 2021 : remboursement sous conditions	3

MÉDICAMENT Médicament générique (médicament d'origine)	INDICATION	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	DATE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA	ÉTAT DE L'ACMTS	DONNÉES DE PHASE UTILISÉES
nivolumab- ipilimumab (Opdivo-Yervoy) mésothéliome pleural malin	OPDIVO, en association avec l'ipilimumab, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de mésothéliome pleural malin (MPM) non résecable et n'ayant pas reçu de traitement systémique préalable pour le MPM.	2 oct. 2020	2 juin 2021	Recommandation définitive – 4 août 2021 : remboursement sous conditions	3
osimertinib (Tagrisso <sup>MD</sup> ) (1 <sup>re</sup> intention)	Traitement de première intention des patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique, dont les tumeurs expriment la mutation EGFR (Del19 ou L858R).	18 avr. 2018	10 juill. 2018	Recommandation définitive – 4 janv. 2019 : remboursement sous conditions	3
osimertinib (Tagrisso <sup>MD</sup> ) (adjuvant)	L'osimertinib est indiqué comme traitement adjuvant après résection tumorale chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade IB-IIIa (AJCC 7 <sup>e</sup> éd.) dont les tumeurs présentent des délétions de l'exon 19 ou des mutations confirmées du récepteur du facteur de croissance épidermique (délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21).	18 déc. 2020	3 janv. 2021	Recommandation définitive – 10 janv. 2022 : remboursement sous conditions	3
pembrolizumab (Keytruda <sup>MD</sup> ) CPNPC non squameux	En association avec pemetrexed et la chimiothérapie à base de platine, traitement du CPNPC non malpighien métastatique chez les adultes n'ayant pas des tumeurs exprimant une aberration du gène EGFR ou ALK et n'ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable du CPNPC métastatique.	20 août 2018	13 mars 2019	Recommandation définitive – 31 mai 2019 : remboursement sous conditions	3
pembrolizumab (Keytruda <sup>MD</sup> ) CPNPC squameux	Pour le traitement des patients atteints d'un CPNPC malpighien métastatique en association avec du carboplatine et du paclitaxel ou du nab-paclitaxel, chez les adultes n'ayant pas reçu une chimiothérapie systémique préalable pour le CPNPC métastatique	2 nov. 2018	4 juill. 2019	Recommandation définitive – 3 janv. 2020 : remboursement sous conditions	3
pralsetinib (Gavreto <sup>MD</sup> )	Traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, non résecable ou métastatique, présentant une fusion RET (réarrangement en cours de transfection) positive.	4 sept. 2020	21 juill. 2021	Recommandation définitive – 29 sept. 2022 : remboursement sous conditions	1 + 2
selpercatinib (Retevmo <sup>MD</sup> )	Indiqué en monothérapie pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique positif avec fusion RET chez les patients adultes	8 mai 2020	15 juin 2021	Recommandation définitive – 28 avr. 2022 : remboursement sous conditions	1 + 2
sotorasib (Lumakras <sup>MD</sup> ) (2 <sup>e</sup> intention) +	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (sans traitement curatif) ou métastatique présentant une mutation du gène KRAS G12C et ayant reçu au moins un traitement systémique antérieur.	28 mai 2021	10 sept. 2021	Actuellement à l'étude	2 + 3
tepotinib (Tepmetko <sup>MD</sup> )	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé, non résecable ou métastatique, présentant des mutations conduisant au saut de l'exon 14 codant pour le récepteur de la tyrosine kinase de la transition mésoenchymateuse-épithéliale.	3 févr. 2021	27 mai 2021	Recommandation définitive – 24 août 2022 : non recommandé	2

+ Nouveau pour 2023  
À jour au 12 oct. 2023

**Tableau 2 : Date de prise en charge du médicament par le régime provincial d'assurance-médicaments**

NOM DU MÉDICAMENT	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
alectinib (1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> intentions)	May 1, 2019	1 <sup>er</sup> mars 2019	11 févr. 2019	31 mai 2019	17 avr. 2019	1 <sup>er</sup> févr. 2019	3 oct. 2019	16 mai 2019	27 sept. 2019	Non financé	19 févr. 2019
amivantamab	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
atezolizumab (adjuvant) +	1 <sup>er</sup> sept. 2023	5 juin 2023	1 <sup>er</sup> juill. 2023	6 juin 2023	5 juill. 2023	13 avr. 2023	27 juill. 2023	13 juill. 2023	4 juill. 2023	Non financé	Non financé
atezolizumab (CPPC)	1 <sup>er</sup> juill. 2023	20 oct. 2022	1 <sup>er</sup> mars 2023	21 févr. 2023	10 mars 2023	13 avr. 2022	27 juill. 2023	19 avr. 2023	Non financé	Non financé	Non financé
atezolizumab (2 <sup>e</sup> intention CPNPC)	1 <sup>er</sup> nov. 2019	7 oct. 2019	11 févr. 2019	13 févr. 2019	6 déc. 2019	1 <sup>er</sup> févr. 2019	Non financé	30 oct. 2019	Non financé	Non financé	Non financé
bévacizumab (MVASI)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
brigatinib (ALK positif 1 <sup>re</sup> intention)	1 <sup>er</sup> juin 2022	18 févr. 2022	1 <sup>er</sup> mars 2022	1 <sup>er</sup> juin 2022	10 févr. 2022	2 févr. 2022	1 <sup>er</sup> juill. 2022	29 avr. 2022	17 oct. 2022	26 sept. 2022	18 févr. 2022
cemiplimab (PD-L1 ≥ 50 %)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
cemiplimab (toute expression de PD-L1)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
crizotinib ROS1	1 <sup>er</sup> juill. 2020	30 juill. 2020	1 <sup>er</sup> août 2020	21 janv. 2021	4 déc. 2020	Sept. 2019	2 févr. 2021	16 juill. 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	Non financé	18 mai 2021
dabrafenib et trametinib (BRAF V600)	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
durvalumab (CPNPC de stade III avancé non résécable post-CRT)	1 <sup>er</sup> févr. 2020	10 avr. 2020	1 <sup>er</sup> janv. 2020	11 déc. 2019	22 janv. 2020	2 oct. 2019	28 janv. 2020	20 mars 2020	14 mai 2020	1 <sup>er</sup> sept. 2020	Non financé
durvalumab (en 1 <sup>re</sup> intention CPPC-SA)	1 <sup>er</sup> oct. 2022	15 juin 2022	6 juill. 2022	20 juill. 2022	22 juill. 2022	6 juill. 2022	20 juill. 2022	3 août 2022	1 <sup>er</sup> oct. 2022	3 avr. 2023	Non financé
entrectinib ROS1	1 <sup>er</sup> avr. 2022	21 janv. 2022	1 <sup>er</sup> nov. 2021	25 nov. 2021	23 déc. 2021	18 août 2021	30 nov. 2021	14 oct. 2021	24 mai 2022	28 déc. 2022	27 oct. 2021

NOM DU MÉDICAMENT	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
entrectinib + NTRK	1 <sup>er</sup> sept. 2023	Non financé	1 <sup>er</sup> mai 2023	24 août 2023	16 mai 2023	Non financé	Non financé	26 juin 2023	Non financé	Non financé	19 mai 2023
larotrectinib +	1 <sup>er</sup> sept. 2023	Non financé	1 <sup>er</sup> déc. 2022	1 <sup>er</sup> avr. 2023	24 févr. 2023	14 déc. 2023	1 <sup>er</sup> juill. 2023	23 mai 2023	30 août 2023	Non financé	23 janv. 2023
lorlatinib + (1 <sup>re</sup> intention)	Non financé	20 juin 2023	Août 2023	Non financé	17 juill. 2023	6 juill. 2023	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	1 <sup>er</sup> sept. 2023
lurbinectedin	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab + (immunothérapie néoadjuvante pour CPNPC)	Non financé	14 août 2023	1 <sup>er</sup> oct. 2023	5 oct. 2023	13 sept. 2023	27 sept. 2023	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab + MPM	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avr. 2022	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avr. 2022	7 juin 2022	2 mars 2022	1 <sup>er</sup> août 2022	23 juin 2022	1 <sup>er</sup> juin 2022	1 <sup>er</sup> déc. 2022	Non financé
nivolumab - ipilimumab (Opdivo - Yervoy <sup>MD</sup> ) CPNPC 1L	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avr. 2022	1 <sup>er</sup> mai 2022	1 <sup>er</sup> avr. 2022	15 juin 2022	9 nov. 2022	1 <sup>er</sup> août 2022	23 juin 2022	5 juin 2022	1 <sup>er</sup> déc. 2022	Non financé
osimertinib (1 <sup>re</sup> intention EGFR)	1 <sup>er</sup> janv. 2020	10 avr. 2020	1 <sup>er</sup> mars 2020	2 avr. 2020	10 janv. 2020	18 déc. 2019	1 <sup>er</sup> mai 2020	19 mars 2020	20 févr. 2020	14 févr. 2022	Février 2020
osimertinib + (adjuvant EGFR)	1 <sup>er</sup> janv. 2023	13 janv. 2023	1 <sup>er</sup> janv. 2023	18 mai 2023	15 nov. 2022	9 nov. 2022	1 <sup>er</sup> mars 2023	27 févr. 2023	Non financé	Non financé	Janvier 2023
pembrolizumab CPNPC squameux	1 <sup>er</sup> juin 2020	15 sept. 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	30 avr. 2020	10 juin 2020	11 sept. 2019	1 <sup>er</sup> mai 2020	16 juill. 2020	1 <sup>er</sup> juin 2020	Janvier 2022	Non financé
pembrolizumab CPNPC non squameux	1 <sup>er</sup> juin 2020	15 sept. 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	24 avr. 2020	8 avr. 2020	1 <sup>er</sup> mai 2020	16 juill. 2020	1 <sup>er</sup> juin 2020	Janvier 2022	Non financé
pralsetinib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
selpercatinib +	1 <sup>er</sup> sept. 2023	16 août 2023	1 <sup>er</sup> sept. 2023	24 août 2023	31 juill. 2023	25 mai 2023	Non financé	18 sept. 2023	Non financé	Non financé	15 juin 2023
tepotinib	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	6 juill. 2023	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

+ Nouveau pour 2023  
À jour au 12 oct. 2023

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

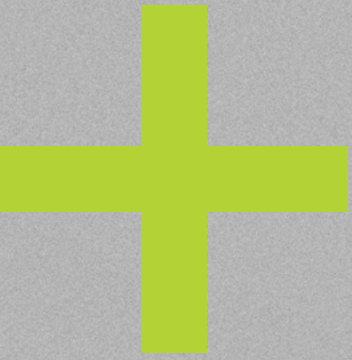
Les dates indiquées pour la Food and Drug Administration (FDA) sont fournies à titre de référence pour démontrer le délai nécessaire à la couverture provinciale depuis la première approbation en Amérique du Nord.

MÉDICAMENT NOM GÉNÉRIQUE	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	SSNA
alectinib (1 <sup>re</sup> intention)	6 nov. 2017	541	480	462	571	527	452	696	556	690	Non financé	471
amivantamab	21 mai 2021	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
atezolizumab (adjuvant)	15 oct. 2021	686	598	594	599	628	545	650	636	627	Non financé	Non financé
atezolizumab (CPPC)	18 mars 2019	1536	1312	1444	1436	1453	1122	1592	1493	Non financé	Non financé	Non financé
atézolizumab 2 <sup>e</sup> intention CPNPC	18 oct. 2016	1 109	1 084	846	848	1 144	836	Non financé	1 107	Non financé	Non financé	Non financé
bévacizumab (MVASI)	14 sept. 2017	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
brigatinib ALK positif (1 <sup>re</sup> intention)	22 mai 2020	742	639	650	742	631	621	772	709	880	859	638
cemiplimab (PD-L1 ≥ 50 %)	22 févr. 2021	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
cemiplimab (toute expression de PD-L1)	8 nov. 2022	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
crizotinib (ROS1)	11 mars 2016	1573	1602	1 604	Non financé	Non financé	1 706	Non financé	1 588	1 512	Non financé	1895
dabrafenib et trametinib (BRAF V600)	22 juin 2017	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
durvalumab CPNPC de stade III	16 févr. 2018	715	784	684	663	705	593	715	763	818	928	Non financé
durvalumab 1 <sup>re</sup> intention CPPC-SA	30 mars 2020	915	807	828	842	844	828	842	856	915	1099	Non financé
entrectinib ROS1	5 mai 2020	696	626	545	569	597	470	574	527	749	967	541

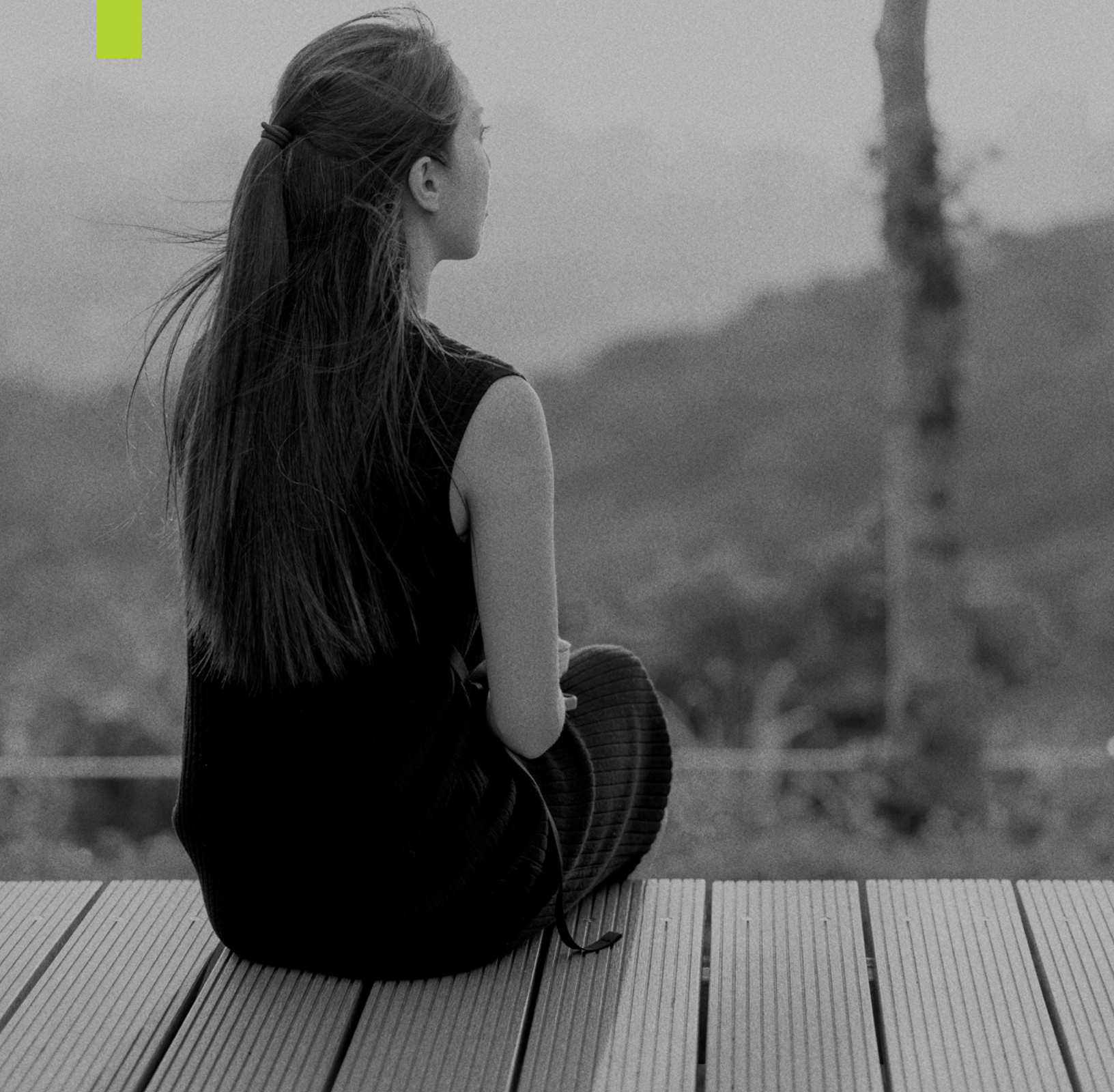


MÉDICAMENT NOM GÉNÉRIQUE	DATE D'APPROBATION PAR LA FDA	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É	SSNA
entrectinib NTRK	15 août 2019	1478	Non financé	1355	1470	1370	Non financé	Non financé	1411	Non financé	Non financé	1373
larotrectinib	26 nov. 2018	1740	Non financé	1466	1587	1551	1844	1678	1639	1738	Non financé	1520
lorlatinib (1 <sup>re</sup> intention)	3 mars 2021	Non financé	840	882	Non financé	867	856	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	912
lurbinectedin	15 juin 2020	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab (immunothérapie néoadjuvante pour CPNPC)	4 mars 2022	Non financé	528	576	580	558	572	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
nivolumab – ipilimumab MPM	2 oct. 2020	576	546	576	546	613	516	668	629	607	790	Non financé
nivolumab - ipilimumab (Opdivo - Yervoy <sup>MD</sup> ) CPNPC 1L	26 mai 2020	705	675	705	675	750	898	797	758	740	Non financé	Non financé
osimertinib (1 <sup>re</sup> intention)	18 avr. 2018	623	723	683	715	632	609	744	701	673	1398	654
osimertinib (adjuvant)	18 déc. 2020	775	756	775	881	697	691	803	801	Non financé	Non financé	744
pembrolizumab CPNPC squameux	30 oct. 2018	651	757	620	619	589	316	620	696	651	1159	Non financé
pembrolizumab CPNPC non squameux	20 août 2018	651	757	620	620	613	597	620	696	651	1230	Non financé
pralsetinib	4 sept. 2020	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé
selpercatinib	8 mai 2020	1211	1195	1211	1203	1179	1112	Non financé	1228	Non financé	Non financé	1134
tepotinib	3 févr. 2021	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	883	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé	Non financé

À jour au 12 oct. 2023



# Conclusion





# Regard sur l'avenir

## Un appel à l'action

Malgré les progrès incroyables réalisés au cours des dernières années, le cancer du poumon continue de faire des ravages parmi nos amis et nos proches. Il s'agit d'une maladie qui ne fait pas de discrimination et qui n'épargne personne – hommes et femmes, jeunes et vieux, fumeurs et non-fumeurs.

Aujourd'hui, il reste du pain sur la planche – sensibiliser, dissiper les mythes, plaider en faveur du changement et apporter un soutien à ceux qui en ont besoin.

C'est pourquoi notre communauté doit rester solidaire. Nous nous devons de collaborer comme jamais auparavant unir nos voix – pour répandre l'espoir et garantir que le cancer du poumon reçoit enfin une attention proportionnelle à son ampleur.



## Ce que vous pouvez faire

- **Renseignez-vous sur les facteurs de risque, les symptômes et les stratégies de prévention du cancer du poumon.**
- **Faites un don – soutenez nos efforts de collecte de fonds et aidez-nous à continuer à éduquer et à soutenir ceux qui ont besoin de nous.**
- **Sensibiliser – entamez la conversation partout avec d'autres personnes et rejoignez-nous pour continuer à plaider en faveur d'un changement nécessaire.**

Ensemble, nous pouvons changer le cours du cancer du poumon au Canada.

# CONSEIL D'ADMINISTRATION DE CANCER PULMONAIRE CANADA

## Président

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

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

## Vice-présidente

### Maria Amaral

Défenseure des droits  
des soignants  
Toronto, ON

## Trésorier

### Nicolas Delisle

Gestion de capital Sun Life  
Calgary, AB

## Secrétaire

### Emi Bossio

Peacock Linder Halt &  
Mack SENCRL  
Calgary, AB

## Président sortant

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

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

## Membres

### Shem Singh

Directeur général,  
Cancer pulmonaire Canada  
(d'office)

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

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

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

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie  
Juravinski Hamilton, ON

### Elizabeth Moreau

Défenseure des droits  
des soignants Ottawa, ON

### Scott Lanaway

Défenseure des droits  
des soignants  
Toronto, ON

# COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

## Les coprésidents

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

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie  
Juravinski

### D<sup>r</sup> Kevin Jao

Cancérologue interniste  
Hôpital du Sacré-Coeur-de-  
Montréal

## Membres

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

Cancérologue interniste  
Hôpital Notre-Dame du  
CHUM

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

Pneumologue  
Centre hospitalier  
universitaire de Sherbrooke

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

Cancérologue interniste  
Cross Cancer Institute

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

Hémato-oncologue  
Université de Sherbrooke

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

Cancérologue interniste  
Action cancer Manitoba

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

Chirurgien thoracique  
Soins de santé St.Joseph  
Hamilton

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

Cancérologue interniste BC  
Cancer

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

Anatomopathologiste BC  
Cancer

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

Cancérologue interniste  
Centre régional de santé  
de Southlake

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

Pneumologue BC Cancer

### D<sup>r</sup> Barbara Melosky

Cancérologue interniste  
BC Cancer

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

Cancérologue interniste  
Centre des sciences de la  
santé de London

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

Cancérologue interniste  
Horizon Santé-Nord

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

Cancérologue interniste  
Lakeridge Health

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

Cancérologue interniste  
Centre des sciences de la  
santé QEII

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

Radio-oncologue Centre  
des sciences de la santé  
Sunnybrook

### D<sup>r</sup> Alison Wallace

Chirurgien-Scientifique  
Thoracique  
Université Dalhousie

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

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

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

Anatomopathologiste  
Centre des sciences de la  
santé QEII

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

Cancérologue interniste  
Centre de cancérologie  
de Saskatoon

## REMERCIEMENTS

À Laura Beatty, Corina Wind, Donna Passi, Jenny, Nina Devito, et Fay June, merci de nous avoir fait part de vos témoignages de force et d'espoir.

Cancer pulmonaire Canada tient à remercier D<sup>re</sup> Shadi Zarei de Joy Medical pour son aide à en tant que principale rédactrice médicale du rapport.

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

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

Cancérologue interniste  
Centre des sciences  
de la santé QEII

**D<sup>r</sup> Cheryl Ho**

Cancérologue interniste  
BC Cancer

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

Chirurgien thoracique  
Soins de santé St. Joseph  
Hamilton

**Elizabeth Moreau**

Défenseure des droits  
des soignants Ottawa

**Shem Singh**

Directeur général  
Cancer pulmonaire Canada

## MEMBRES HONORAIRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Catherine Black**

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

**Georges N. Djandji**

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

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

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

**Ralph Gouda (Founder)**

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

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

**Peter F MacKenzie**

**Morton Sacks**

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

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

**EK (Ted) Weir**

**Magdalene Winterhoff (Founder)**

## CRÉDITS PHOTO

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

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

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

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

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

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

© Cancer pulmonaire Canada, 2023.



**LUNG  
CANCER  
CANADA**

AWARENESS. SUPPORT. EDUCATION.

**CANCER  
PULMONAIRE  
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUQUER.

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

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

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

 @LungCan

 @LungCancer\_Can

 @lungcancercanada

 @lungcancercanada