



Société
canadienne
du cancer



Shift
HEALTH

Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon 2026-2035

Transformer l'avenir du cancer du poumon au Canada



Table des matières

Avant-propos	1
Gratitude pour les Voix de personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue	3
Reconnaissance	5
Le cancer du poumon en chiffres	7
Transformer l'avenir du cancer du poumon au Canada	8
Aperçu : Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon 2025-2035	12
Nos engagements transversaux	13
Priorité 1 : Réduire l'exposition aux substances inhalées carcinogènes	16
Priorité 2 : Détecter le cancer du poumon plus tôt	19
Priorité 3 : Améliorer l'accès aux meilleurs soins, en temps opportun	22
Priorité 4 : Accélérer la recherche sur le cancer du poumon	25
La voie à suivre	28
Annexe A : Membres du comité directeur et de l'équipe de projet	29
Annexe B : Approche pour l'élaboration du plan d'action	33
Références	36

Ensemble,
nous réduirons
la mortalité
par cancer du
poumon au
Canada de 30 %
d'ici 2035.



Avant-propos

Le cancer du poumon demeure la première cause de décès liés au cancer au Canada. Malgré les importants progrès dans les options de traitement et les méthodes de dépistage et de diagnostic, il reste encore beaucoup de travail à accomplir pour qu'il y ait moins de vies fauchées par cette maladie. Nous avons reconnu la nécessité de réunir les intervenants diversifiés et enthousiastes du milieu du cancer du poumon pour élaborer un plan d'action assorti d'initiatives ciblées, fondées sur des données probantes, qui permettra de réduire le risque, d'améliorer les résultats en matière de cancer du poumon, d'accélérer l'innovation et d'ouvrir l'accès aux meilleurs soins qui soient.

Le fardeau du cancer du poumon est effarant. En 2024, près de 21 000 personnes ont été emportées par cette maladie, selon les estimations. Les taux de survie peu élevés sont inacceptables et s'expliquent en grande partie par les diagnostics tardifs : environ la moitié des cas de cancer du poumon sont diagnostiqués au stade 4. Trop de vies sont indûment arrêtées trop tôt. Au moyen de ce plan, nous voulons sauver des milliers de vies en réduisant la mortalité par cancer du poumon au Canada de 30 % d'ici 2035, une avancée qui renforcera l'engagement du Canada de respecter les objectifs de développement durable de l'Organisation mondiale de la Santé^[1].



Nous devons en faire plus pour améliorer la qualité de vie et les résultats de santé chez toutes les personnes atteintes d'un cancer du poumon.



La Société canadienne du cancer (SCC) a collaboré avec toutes sortes d'organismes, de groupes de patients et de personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue pour créer le Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon. Ce plan reflète la voix de personnes qui sont sur la ligne de front des soins, c'est-à-dire des patients, des aidants, des cliniciens, des chercheurs, des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé et des représentants du gouvernement. Il repose sur l'avis de personnes qui possèdent une expertise quant aux obstacles et aux possibilités pour améliorer les soins du cancer du poumon au Canada.

Au cœur de cet effort, il y a la reconnaissance des graves iniquités qui existent au pays en matière d'accès aux mesures de prévention, au traitement et aux soins pouvant sauver des vies face au cancer du poumon, et qui accentuent les disparités dans les résultats de santé dans de nombreuses communautés mal desservies. La stigmatisation liée au cancer du poumon exacerbe ces iniquités, de sorte qu'il est encore plus difficile pour les personnes d'obtenir les soins dont elles ont besoin et la compassion qu'elles méritent. Il est temps d'éliminer ces obstacles afin d'assurer, pour toutes et tous, l'accès aux programmes élargis de dépistage, aux traitements novateurs et aux normes de soins les plus élevées.



Le Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon 2026-2035 marque le début d'une nouvelle ère.



L'élaboration du Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon (Plan d'action) a été pilotée par un comité directeur exceptionnel (voir l'Annexe A) composé de personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue, de défenseurs des droits des patients, de chercheurs, de cliniciens, de dirigeants d'organismes sans but lucratif voués à la lutte contre le cancer du poumon et d'aînés autochtones. Nous remercions chaleureusement le comité pour sa vision, son expertise et ses conseils dans la conception de ce plan. Le Plan d'action a aussi été orienté par les commentaires de centaines de personnes d'un peu partout au Canada, dont les contributions ont été inestimables. Ensemble, nous avons établi une feuille de route pour prévenir, détecter et traiter le cancer du poumon en temps opportun et de façon équitable, en faisant avancer la recherche sur le cancer du poumon et en améliorant la qualité de vie et les résultats de santé pour toutes les personnes atteintes d'un cancer du poumon.



Nous sommes au bord d'un changement : avec votre enthousiasme, votre engagement et notre objectif commun, nous transformerons l'avenir du cancer du poumon au Canada.



Christian Finley,
MD, MHP, FRCSC

Coprésident du comité directeur
Professeur, Département de chirurgie
Expert principal, Partenariat canadien
contre le cancer
Responsable clinique, Programme ontarien
de dépistage du cancer du poumon



Annemarie Edwards,
MBA

Coprésidente du comité directeur
Vice-présidente,
Stratégie et innovation en matière de cancer,
Société canadienne du cancer



Gratitude pour les Voix de personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue



Par ce plan d'action, nous espérons transformer la vie de toutes les personnes atteintes d'un cancer du poumon au Canada, et une collaboration est la seule façon d'y arriver. En participant au comité directeur, en exprimant leurs points de vue dans nos sondages, en prenant la parole et en assistant à notre Sommet, des personnes de partout au Canada, ayant une expérience vécue et divers parcours, nous ont aidés à élaborer un plan d'action afin d'améliorer les résultats en matière de cancer du poumon et de rehausser la qualité de vie pour toutes et tous. Merci à chaque personne qui a fait part de ses réflexions et idées!

Plusieurs défenseurs des droits des patients étaient membres du comité directeur, notamment Angus Pratt, Diane Colton et Christine Wu. Ces personnes ont généreusement accordé de leur temps et partagé leur expérience et leur expertise, s'assurant que l'on intégrait à l'approche d'élaboration du Plan d'action et de conception du Sommet sur le cancer du poumon les perspectives de personnes ayant une expérience directe du cancer du poumon : les patients. En mobilisant leurs vastes réseaux de personnes atteintes d'un cancer du poumon et d'organismes travaillant à créer un avenir meilleur pour les soins contre le cancer du poumon, ces conseillers nous ont grandement aidés à joindre, d'un océan à l'autre, des centaines de personnes qui ont rempli deux sondages éclairants. Merci!

Nous adressons aussi nos sincères remerciements aux patients qui ont donné de leur temps et courageusement raconté leur histoire au Sommet sur le cancer du poumon, soit MaryAnn Bradley, Jan Pezarro, Vinesha Ramasamy et Winhan Wong. Merci de votre générosité, de vos témoignages francs et de votre vision inspirante pour l'avenir du cancer du poumon. Vous avez fait en sorte que le Sommet reste centré sur un accès plus équitable aux soins, et améliorez l'expérience et la qualité de vie de toutes les personnes atteintes de cancer du poumon. Merci aussi aux 36 patients et aux 18 aidants qui ont apporté une contribution judicieuse aux discussions menées dans le cadre des ateliers au Sommet, mettant en lumière les perspectives des patients et des aidants à chaque séance. Enfin, nous remercions aussi les 103 patients, proches aidants et autres personnes ayant une expérience vécue qui ont répondu à nos sondages pancanadiens, garantissant que les priorités et les mesures définies dans ce plan d'action reflètent fidèlement les besoins et les intérêts des personnes atteintes d'un cancer du poumon.



Reconnaissance

Angus Pratt



Poète, essayiste, militant en santé et Écossais transplanté, Angus Pratt est reconnaissant de vivre sur le territoire non cédé des Premières Nations Tsawwassen, Semiahmoo, Katzie et Kwantlen. Il a reçu un diagnostic de cancer du sein masculin en mai 2018. Au cours des évaluations précédant le traitement, un cancer primitif du poumon a été décelé. Le traitement initial de ce cancer, de stade 3c, a été une chimiothérapie énergique et une radiothérapie. Il a été suivi d'une immunothérapie par le durvalumab jusqu'à ce qu'une progression soit observée neuf mois plus tard. Dans l'intervalle, Angus avait subi une mastectomie bilatérale pour le cancer du sein de stade 1. Angus s'est révélé porteur d'une mutation du gène EGFR et a reçu une thérapie ciblée par l'afatinib. Il est récemment passé à l'osimertinib après une progression tumorale mineure. Après l'échec de cette thérapie en mars 2024, il a commencé une chimiothérapie. Il a participé à STARS, au Learning Institute, au programme de patients partenaires de la Conférence canadienne sur la recherche sur le cancer et au Programme Survivant Scientifique de l'American Association for Cancer Research. Il est membre du Conseil consultatif sur la recherche de la Société canadienne du cancer et du groupe Voix des patients à l'Association médicale canadienne.

« Mon rêve est que personne au Canada ne meure d'un cancer du poumon. Ce sera un monde où le risque est réduit, où le radon est reconnu comme l'une des causes. Ce sera un monde où l'on comprend le rôle que la pollution de l'air joue dans le cancer du poumon. Où le cancer du poumon est détecté plus tôt. Où des traitements curatifs sont offerts. Où les fonds nécessaires sont disponibles pour la recherche. Où personne ne meurt d'un cancer du poumon. »

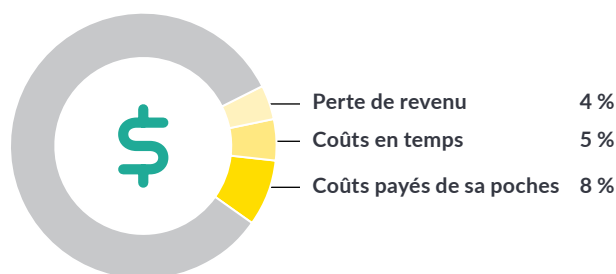
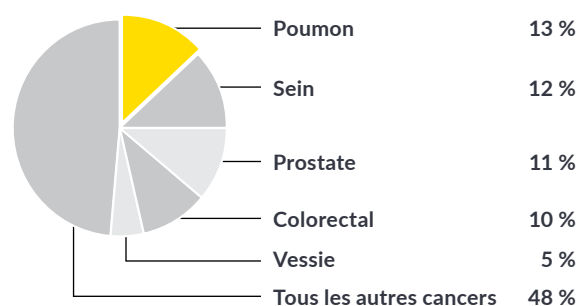
Angus Pratt

Angus a été d'une aide précieuse pour guider l'élaboration de ce plan d'action, suggérant des méthodes pour un vaste engagement, animant et façonnant le comité initial auprès de personnes qui avaient eu ou avaient une expérience vécue au Sommet et prodiguant des conseils judicieux à chaque étape du processus. Angus nous a poussés à effectuer la meilleure réflexion possible et a veillé à ce que l'expérience des patients soit au cœur de ces travaux. Nous lui serons éternellement reconnaissants de ses contributions.



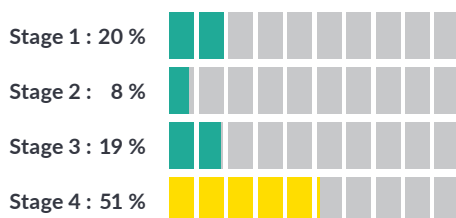
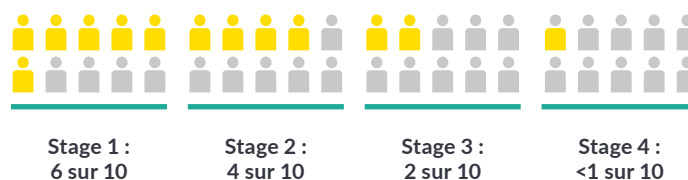
Le cancer du poumon en chiffres

En 2024, **32 100 cas de cancer du poumon** ont été diagnostiqués, représentant **13 % de tous les diagnostics de cancer** au Canada^[2].



Environ **17 %** de tous les **coûts** du cancer du poumon **pour la société** ont été **payés directement** par les **patients et aidants** en 2024^[3].

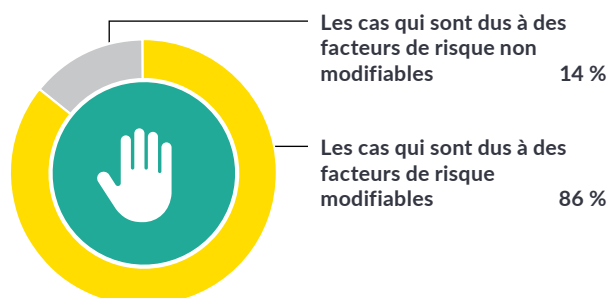
Les **taux** prédits **de survie** nette à 5 ans **diminuent** considérablement à mesure que le cancer du poumon évolue vers un **stade plus élevé**^[4].



Environ **la moitié** de tous les cas de cancer du poumon au Canada entre 2012 et 2016 ont été **diagnostiqués** au **stade 4**^[4].

Environ **21 600** cas de cancer du poumon auraient pu être **évités** en 2015^[5].

Les facteurs de risque modifiables comprennent : tabagisme, expositions professionnelles, inactivité physique, faible consommation de fruits, radon en milieu résidentiel, pollution de l'air extérieur, faible consommation de légumes, fumée secondaire



Transformer l'avenir du cancer du poumon au Canada

Il est urgent de s'attaquer à la crise engendrée par le cancer du poumon au Canada.

Chaque année, le cancer du poumon prend plus de vies que tout autre cancer. En 2024, on prévoyait que plus de 20 000 personnes succomberaient au cancer du poumon. Pour chaque tranche de dix personnes recevant un diagnostic de cancer du poumon, moins de trois peuvent espérer survivre au-delà des cinq premières années^[6]. Le cancer du poumon est aussi le cancer le plus fréquent au Canada, et représente 13 % de tous les nouveaux cas de cancer^[2]. Trop souvent, il est diagnostiqué à un stade avancé : dans plus de la moitié des cas, le cancer du poumon est diagnostiqué au stade 4, lorsqu'il a probablement envahi d'autres tissus et que le taux de survie est le plus bas^[7]. Nous devons faire mieux pour le Canada.

La stigmatisation et les obstacles systémiques amplifient les conséquences du cancer du poumon pour les communautés mal desservies.

Bien que le cancer du poumon touche de façon presque égale des personnes de tous genres^[6], la stigmatisation et les obstacles systémiques qui y sont associés créent des iniquités dans l'accès aux soins et des différences dans les résultats de santé dont les répercussions sont disproportionnées dans certaines communautés^[8]. La plupart du temps, cette iniquité en santé frappe des communautés mal desservies, c'est-à-dire une population qui reçoit des services inadéquats et est systématiquement désavantagée pour diverses raisons, notamment, sans s'y limiter, la race, l'âge, la langue, la région géographique, l'identité de genre, l'orientation sexuelle et le statut socioéconomique. Les communautés mal desservies au Canada comprennent les Premières Nations, les Inuits et les Métis^[9], les nouveaux arrivants, les personnes noires et autres personnes racisées de même que les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique^[8]. Les personnes aux identités croisées peuvent faire face à d'autres obstacles aux soins et, donc, à une plus grande iniquité en santé.

« Nous avons l'obligation de veiller à ce que toutes les personnes au Canada, quels que soient leur revenu, leur lieu de résidence ou leurs origines, aient accès à la détection précoce et à des traitements vitaux qui peuvent faire la différence. »

Christian Finley

Des déterminants de la santé tant structurels (p. ex. gouvernance, politiques) que sociaux (p. ex. revenu, accès au logement et lieu de résidence au Canada) influent sur l'accès aux soins contre le cancer du poumon. Par exemple, les coûts payés de sa poche constituent une part importante des dépenses totales liées au cancer du poumon^[3]. Plus précisément, les dépenses personnelles en médicaments d'ordonnance approuvés par Santé Canada, mais encore non recommandés aux fins de remboursement, imposent un lourd fardeau aux patients et à leur famille. Ces problèmes et ces disparités en matière de résultats s'observent de façon disproportionnée dans les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique ainsi que chez les personnes et communautés mal desservies par les systèmes de soins existants. Des changements doivent être apportés à l'écosystème de santé et d'innovation si l'on veut améliorer équitablement les résultats de santé et atteindre l'objectif de réduire la mortalité par cancer du poumon de 30 % dans la prochaine décennie.

La stigmatisation qui entoure le cancer du poumon plombe aussi les résultats de santé. Le cancer du poumon est souvent perçu comme une maladie de fumeur, d'où le préjugé voulant que les personnes qui fument méritent toutes les conséquences^[10]. Si des antécédents de tabagisme demeurent le principal facteur de risque de cancer du poumon, l'incidence de celui-ci est en hausse chez des personnes n'ayant jamais fumé, qui représentent jusqu'à 30 % des nouveaux cas^[11]. La stigmatisation du tabagisme peut jouer un rôle dans le fait de reporter ou d'éviter un dépistage, d'hésiter à demander de l'aide pour cesser de fumer, de mentir sur ses antécédents de tabagisme ou d'avoir des symptômes qui passent inaperçus lorsqu'il n'y a pas d'antécédents de tabagisme. Toutes ces réponses ont pour effet de retarder le diagnostic et de réduire les chances de survie.

« Un non-fumeur n'est pas traité de la même façon qu'une personne ayant des antécédents de tabagisme. Ils ne reçoivent pas le même type de compassion. »

Patient partenaire



Les taux décroissants de tabagisme et l'arrivée de meilleures méthodes de détection et de traitement sont en train de changer pour le mieux la mortalité due au cancer du poumon.

Malgré ces enjeux, les taux de mortalité par cancer du poumon diminuent plus vite que pour tout autre cancer. Entre 2015 et 2020, le taux de décès par cancer du poumon a reculé de 4,3 % par année chez les hommes et, depuis 2016, de 4,1 % par année chez les femmes^[12]. Il s'agit de la plus forte baisse annuelle des taux de mortalité pour tous les types de cancer, et de la baisse la plus rapide de la mortalité par cancer du poumon enregistrée à ce jour au Canada.

La venue de nouvelles options diagnostiques et thérapeutiques a aussi contribué à cette baisse encourageante des taux de mortalité. Les innovations susceptibles d'améliorer les soins contre le cancer du poumon, telles que la biopsie liquide^[13], la chirurgie assistée par robot^[14] et les radiothérapies ciblées^[15], s'accroissent à un rythme sans précédent et atteignent rapidement le marché. Pour maintenir et consolider la baisse des taux de mortalité par cancer du poumon, il faut garder ce rythme de recherche et d'innovation, et il faut élargir et renforcer les politiques et les campagnes de sensibilisation du public pour façonner les comportements et accroître la connaissance des facteurs de risque de cancer du poumon.

Nous devons faire mieux pour le Canada.

La crise causée par le cancer du poumon au Canada exige un plan d'action qui attire l'attention sur des enjeux clés dans tout le continuum de cette maladie, et qui contient des mesures claires et réalisables pour provoquer le changement. Ce plan d'action doit permettre de corriger les iniquités que subissent les communautés mal desservies et d'éliminer la stigmatisation qui crée un obstacle aux soins et à la compassion. Et il doit être un moteur de progrès qui intègre et fait entendre les perspectives de diverses parties intéressées – personnes ayant une expérience vécue, aidants, cliniciens, chercheurs, responsables de politiques, bailleurs de fonds, organismes sans but lucratif, organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé et industrie – pour changer la trajectoire du cancer du poumon au Canada.

C'est exactement le but visé par ce plan d'action. En mettant l'accent sur la réduction des risques, la détection précoce, un traitement efficace et une intensification de la recherche et de l'innovation, nous ferons mieux pour le Canada : nous transformerons l'avenir du cancer du poumon pour toutes et tous.

Élaboration du Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon

Ce plan d'action a été élaboré dans une optique d'intégration des perspectives diversifiées de personnes de tout le Canada qui ont une connaissance et une expérience du cancer du poumon. Plus de 240 personnes ont participé à des sondages pancanadiens visant à cerner les plus grands défis dans les soins du cancer du poumon, de même que des solutions possibles. Un sommet d'une journée a été tenu en présentiel, en novembre 2024, pour permettre de finaliser les priorités et de discuter des mesures nécessaires les plus cruciales pour que des progrès soient accomplis d'ici dix ans.

Les approches sous-jacentes pour nos deux sondages et le sommet ont été conçues avec une volonté d'inclure les éléments suivants :

- **Vaste représentation géographique.**
Des opinions ont été recueillies dans l'ensemble des provinces et territoires, y compris dans des régions urbaines et rurales/éloignées.
- **Analyse itérative.**
Une approche progressive et itérative a été employée pour préciser, évaluer, sélectionner et valider les priorités et les mesures.
- **Intégration de perspectives diversifiées.**
Des parties intéressées ayant différentes perspectives ont été sollicitées, comprenant des personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue, des experts universitaires, des cliniciens, des militants et des experts en réglementation.
- **Prise de décision fondée sur des données probantes.**
Les meilleures données probantes connues ont aidé à cerner, à trier et à valider les priorités.

Ultimement, les priorités et les mesures définies dans le plan ont été choisies parce qu'elles sont : **percutantes** — elles combler un besoin majeur; **réalisables** — des progrès peuvent être accomplis d'ici dix ans; et **inclusives** — les avantages peuvent être offerts équitablement à toutes les personnes atteintes d'un cancer du poumon.

Pour de plus amples renseignements, consulter l'Annexe B.



Aperçu : Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon 2025-2035



Réduire l'exposition aux substances inhalées carcinogènes

- Améliorer la connaissance des facteurs de risque de cancer du poumon
- Faire progresser la stratégie globale de lutte contre le tabagisme au Canada
- Renforcer les normes sur la qualité de l'air



Détecter le cancer du poumon plus tôt

- Définir une norme nationale pour le dépistage du cancer du poumon
- Améliorer l'accès aux outils diagnostiques et renforcer la capacité
- Faire mieux connaître l'admissibilité et l'accès au dépistage du cancer du poumon

Promouvoir l'équité en santé

Réduire la stigmatisation du cancer du poumon

Rendre la mise en œuvre possible

Améliorer l'accès aux meilleurs soins, en temps opportun

- Améliorer l'accès à des traitements novateurs
- Renforcer les soins centrés sur le patient et l'intervention-pivot
- Faire un suivi et rendre compte de la performance du système de santé pour soutenir l'amélioration continue des soins contre le cancer du poumon



Accélérer la recherche sur le cancer du poumon

- Accroître le financement accordé à la recherche sur le cancer du poumon
- Établir des priorités nationales en recherche sur le cancer du poumon



Nos engagements transversaux

L'objectif global de ce plan est de réduire la mortalité par cancer du poumon de 30 % au cours de la prochaine décennie en transformant la prévention et les soins du cancer du poumon pour toutes et tous, indépendamment de la région géographique, de la situation socioéconomique, de l'identité ou des obstacles systémiques. Nous devons prendre un engagement éclairé d'améliorer l'accès équitable et de réduire la stigmatisation, tout en étant axés sur la faisabilité et la mise en œuvre.

Les principes transversaux, décrits ci-dessous, ont guidé l'établissement des priorités et des mesures définies dans ce plan.

1. Promouvoir l'équité en santé :

Réduire les iniquités qui existent en matière d'accès à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement contre le cancer du poumon, afin qu'il y ait moins de disparités dans les résultats de santé.

Les obstacles qui entravent l'accès à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement du cancer du poumon touchent de façon disproportionnée les communautés mal desservies, ce qui se traduit par un nombre plus grand de diagnostics à un stade avancé et par des résultats de santé plus médiocres. La concentration des services de soins de santé dans les centres urbains oblige les personnes des régions rurales ou isolées à sacrifier du temps, loin de leur famille, de leur travail, de leurs aidants et de leur cadre de sécurité culturelle, et/ou de l'argent pour se déplacer jusqu'au lieu de prestation des soins. Les membres des communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, les nouveaux arrivants au Canada, les personnes noires et autres personnes racisées se heurtent à des obstacles systémiques et structurels additionnels qui exacerbent les iniquités en santé. Par exemple, les personnes de ces groupes sont plus susceptibles d'être victimes de préjugés, ou peuvent avoir du mal à effectuer des changements à leur régime alimentaire et à leur mode de vie, lesquels réduisent le risque, si l'accès à des aliments frais est trop coûteux ou limité.

Ce plan vise à réduire les disparités dans les résultats de santé par l'adoption d'une approche individualisée et fondée sur les liens tissés, qui prône des soins centrés sur la personne, des soins adaptés à la culture et un accès plus équitable aux services et aux innovations, pour la prévention et tout au long d'une expérience de cancer du poumon.

« Des personnes meurent parce qu'elles n'ont pas de dépistage de tous les biomarqueurs. »

Patiente partenaire



2. Réduire la stigmatisation du cancer du poumon :

Sensibiliser à toutes les causes de cancer du poumon de manière à réfuter l'idée fausse que seuls des fumeurs sont atteints d'un cancer du poumon, à établir la norme pour des conversations éclairées et à promouvoir la compassion pour toutes et tous.

La quasi-totalité des personnes atteintes d'un cancer du poumon (95 %) se sentent stigmatisées^[16], et les répercussions peuvent être profondes. Les effets possibles de la stigmatisation sont la honte et l'impression qu'on nous dénigre, une appréhension à passer un test de dépistage, à signaler des symptômes et à parler de ses antécédents de tabagisme, et des réticences à demander du soutien, comme des consultations sur le renoncement au tabac. La principale source de stigmatisation du cancer du poumon est la croyance qu'il s'agit d'une maladie de personnes qui fument. Il est vrai que 70 % des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer du poumon fument ou ont déjà fumé^[5], mais les taux de tabagisme au Canada sont en baisse : le pourcentage de fumeurs dans la population canadienne âgée de plus de 15 ans est de seulement 10 % à l'heure actuelle^[17], comparativement à 24 % en 2000^[18]. En outre, l'incidence de cancer du poumon est en hausse chez les personnes qui n'ont jamais fumé, et de 20 à 30 % des nouveaux cas sont diagnostiqués dans ce groupe. Une exposition prolongée au radon (un gaz) est établie comme étant la cause principale^[11]. Pour éliminer la stigmatisation, il faut changer le narratif et dire clairement que toute personne qui a des poumons peut être atteinte d'un cancer du poumon.

Ce plan d'action reconnaît le tabagisme comme un important facteur de risque, tout en aidant à sensibiliser aux autres facteurs de risque (p. ex. environnementaux), et en positionnant le tabagisme comme un déterminant de santé et une dépendance, plutôt que comme un « choix de mode de vie ».



« La stigmatisation est un problème majeur et un concept social. Même si les taux de tabagisme ont diminué, le lien entre le tabagisme et le cancer du poumon demeure bien ancré dans l'esprit des gens. »

Patiente partenaire

3. Rendre la mise en œuvre possible :

Fixer des objectifs ambitieux, mais réalisables, et mobiliser les fonds, le personnel et les partenaires nécessaires pour exécuter efficacement le Plan d'action et en assurer l'exécution réussie.

Il ne suffit pas d'une vision ambitieuse pour transformer les soins contre le cancer du poumon : il faut un engagement de mettre en œuvre des mesures concrètes qui conduiront au changement, et de surveiller l'avancement du processus au moyen d'indicateurs clairs. Pour atteindre l'objectif ambitieux de réduire de 30 % la mortalité par cancer du poumon, il faut aussi travailler avec des patients, des aidants, des cliniciens, des gouvernements, des universités, des organismes de bienfaisance, des entités sans but lucratif et l'industrie pour mobiliser des ressources financières, partager l'expertise et l'expérience vécue, mener des activités de sensibilisation et renforcer l'environnement politique en vue d'optimiser la réussite de ce plan.

Des efforts sont déployés pour amener des partenaires du gouvernement, du milieu philanthropique et de l'industrie à soutenir l'exécution de ce plan. Ce plan d'action fera avancer des priorités urgentes grâce à des mesures concrètes, faisables, et à des indicateurs de progrès clairs pour créer un avenir meilleur quant aux résultats du cancer du poumon, en mettant l'accent sur la réduction des iniquités d'un océan à l'autre.

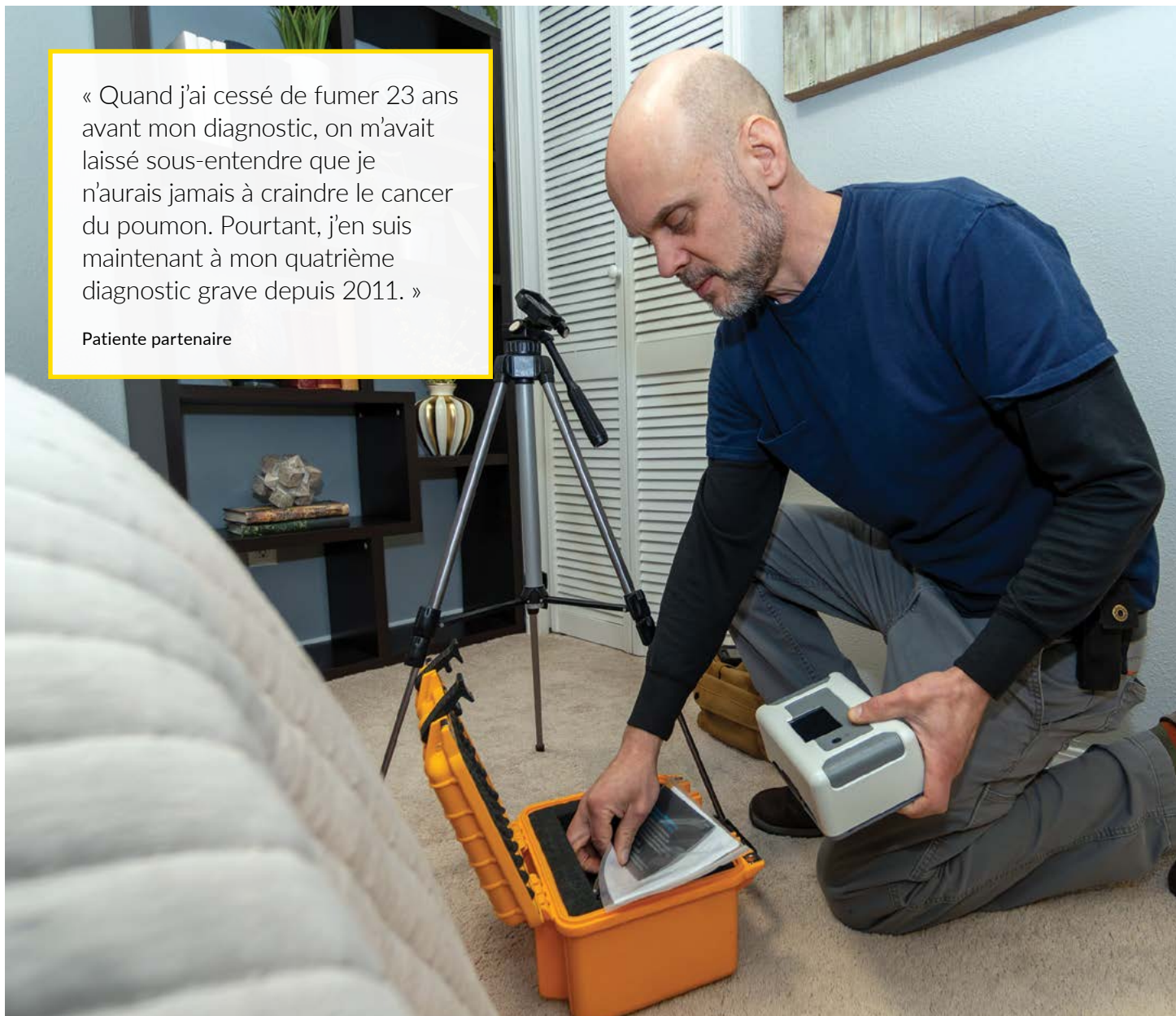


Priorité 1 : Réduire l'exposition aux substances inhalées carcinogènes

Faire connaître et réduire l'exposition aux substances carcinogènes qui sont inhalées, y compris la fumée de tabac, les émissions industrielles et d'autres polluants environnementaux.

« Quand j'ai cessé de fumer 23 ans avant mon diagnostic, on m'avait laissé sous-entendre que je n'aurais jamais à craindre le cancer du poumon. Pourtant, j'en suis maintenant à mon quatrième diagnostic grave depuis 2011. »

Patient partenaire



La réduction du nombre de décès dus au cancer du poumon commence par la réduction du risque. Le principal facteur de risque d'apparition d'un cancer du poumon est l'usage antérieur de tabac, et la première cause de cancer du poumon est le tabagisme, qui représente 72 % des cas^[5]. Le vapotage est utilisé comme solution de rechange au tabagisme par certaines personnes qui essaient de renoncer au tabac et, fait préoccupant, par un nombre croissant de jeunes. À l'heure actuelle, aucune donnée ne permet de conclure à un lien entre le vapotage et l'apparition d'un cancer du poumon, mais la fumée des produits de vapotage renferme plusieurs composés carcinogènes connus pour accroître le risque de cancer du poumon^[19]. Il est crucial de limiter la consommation de produits de tabac commercial et de vapotage pour réduire les conséquences d'un cancer du poumon.

Même si la baisse des taux de tabagisme au Canada est encourageante, l'incidence de cancer du poumon chez des personnes n'ayant jamais fumé augmente à une vitesse déconcertante^[20]. Les coupables sont probablement d'autres substances causant le cancer, ou carcinogènes, qui peuvent se dégager des émissions industrielles ou de polluants environnementaux et être inhalées. Le radon est l'un de ces carcinogènes. Il est effectivement la première cause de cancer du poumon chez les personnes qui n'ont jamais fumé ou qui ont des antécédents de tabagisme léger^[21]. Le radon est un gaz radioactif naturel, incolore et inodore, qui est produit dans le sol et migre jusqu'à la surface de la terre et dans l'air. Les taux de radon varient d'une région géographique à l'autre, et le risque d'exposition n'est pas identique partout au Canada. La mesure et la surveillance des taux de radon et d'autres substances inhalées carcinogènes dans l'environnement et les milieux de travail à haut risque sont essentielles pour réduire l'incidence de cancer du poumon.

Ce Plan d'action décrit des initiatives qui réduiront le risque de notre population en améliorant la connaissance des causes du cancer du poumon, en diminuant la consommation de tabac commercial et en renforçant les normes sur la qualité de l'air, tout particulièrement dans les communautés où les taux de radon sont élevés. Grâce à l'effet combiné de vastes campagnes d'éducation, de programmes complets de lutte contre le tabagisme, de modifications des politiques et d'analyses accrues de la qualité de l'air, nous pouvons réduire le nombre de personnes atteintes d'un cancer du poumon au Canada.



Mesure 1 :	Mesure 2 :	Mesure 3 :
Améliorer la connaissance des facteurs de risque de cancer du poumon	Faire progresser la stratégie globale de lutte contre le tabagisme au Canada	Renforcer les normes sur la qualité de l'air
<ul style="list-style-type: none"> a. Lancer des campagnes de sensibilisation publique pour informer sur les facteurs de risque de cancer du poumon b. Sensibiliser aux carcinogènes présents dans les produits de consommation au moyen d'un étiquetage amélioré c. Informer les professionnels de la santé sur les risques de cancer du poumon dans le cadre de programmes de formation médicale et continue 	<ul style="list-style-type: none"> a. Hausser l'âge légal pour l'achat et augmenter les taxes sur les produits de tabac commercial et de vapotage b. Financer des programmes d'abandon du tabagisme 	<ul style="list-style-type: none"> a. Militer en faveur d'une surveillance des taux de radon résidentiel dans les régions à taux de fond élevés de radon b. Militer en faveur de normes améliorées sur la qualité de l'air et d'analyses obligatoires de la qualité de l'air dans les milieux de travail et les espaces extérieurs c. Militer en faveur d'exigences plus strictes en matière d'équipement de protection individuelle dans les milieux de travail où l'exposition à des substances carcinogènes inhalées pose un risque



Indicateurs de progrès

D'ici 2035, nous verrons :

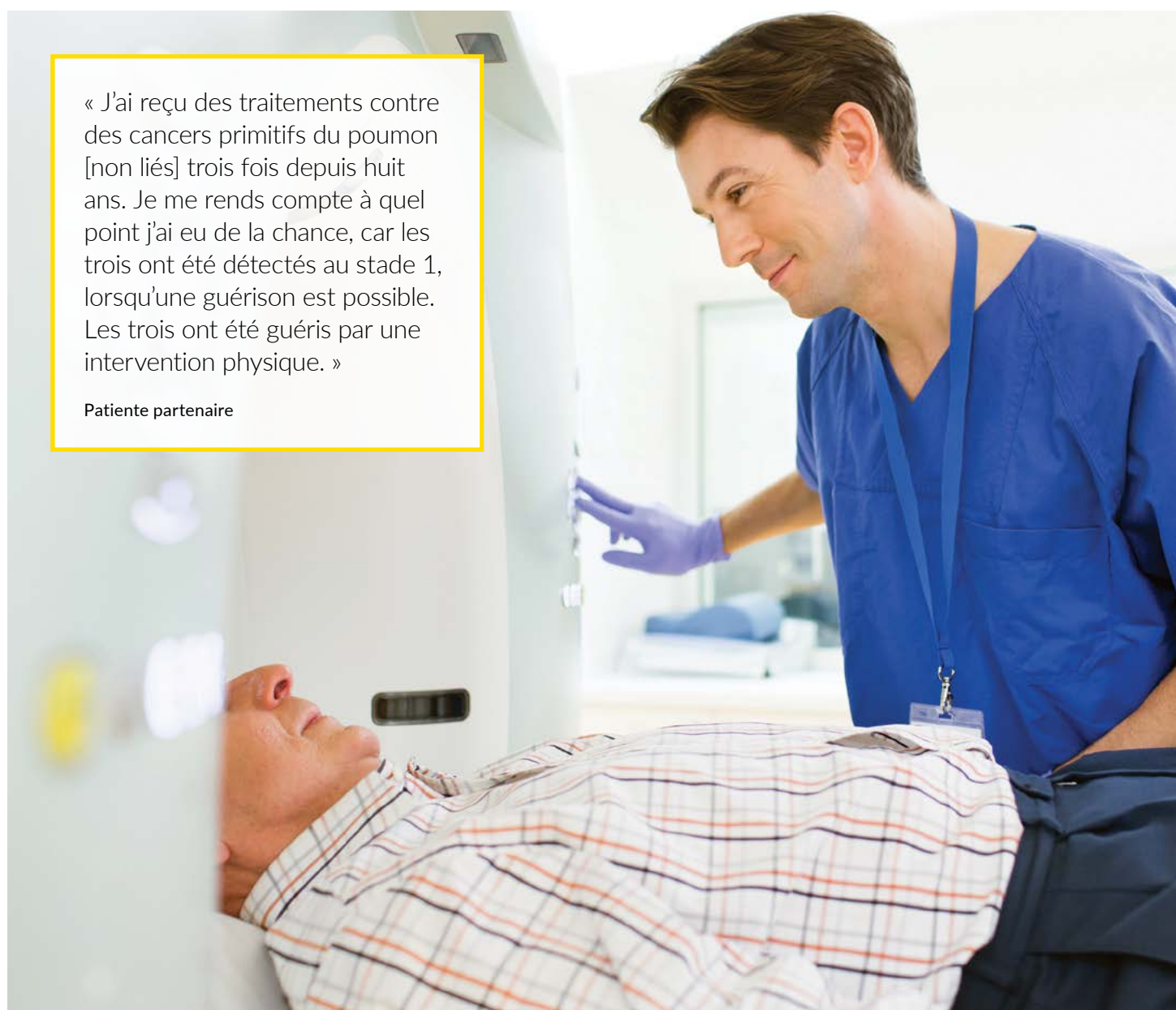
- ▀ Des lois et politiques plus strictes régissant les produits de tabac commercial et de vapotage
- ▀ Une surveillance accrue et une réglementation renforcée sur le suivi de la qualité de l'air dans les espaces extérieurs, les résidences et les milieux de travail
- ▀ Une connaissance améliorée des substances carcinogènes grâce à l'étiquetage relatif à la santé et à l'éducation

Priorité 2 : Détecter le cancer du poumon plus tôt

Conscientiser à l'importance du dépistage du cancer du poumon aux fins de détection précoce, et améliorer l'accessibilité à grande échelle des programmes de dépistage et des technologies de diagnostic.

« J'ai reçu des traitements contre des cancers primitifs du poumon [non liés] trois fois depuis huit ans. Je me rends compte à quel point j'ai eu de la chance, car les trois ont été détectés au stade 1, lorsqu'une guérison est possible. Les trois ont été guéris par une intervention physique. »

Patiente partenaire



Aujourd'hui, près de la moitié des cas de cancer du poumon sont détectés au stade 4, mais si le cancer du poumon est détecté tôt, des traitements moins énergiques peuvent être utilisés et les chances de succès sont beaucoup plus grandes. Il est d'une importance capitale que le cancer du poumon soit diagnostiqué aux stades 1 et 2 pour améliorer les résultats et sauver des vies.

Un cancer du poumon au stade précoce n'entraîne souvent aucun symptôme, ce qui le rend difficile à détecter avant qu'il évolue. Une détection précoce suppose un dépistage chez les personnes asymptomatiques exposées à un risque élevé de cancer du poumon. Toutefois, l'accès à des programmes établis de dépistage du cancer du poumon est sporadique au pays^[22]. L'Alberta, la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario étaient les seules provinces dotées de programmes provinciaux de dépistage du cancer du poumon en mars 2025. Le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador ont instauré des programmes pilotes, tandis que le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba et la Saskatchewan en sont aux premières étapes de la mise en place de leurs programmes provinciaux de dépistage. Les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon n'ont aucun programme organisé de dépistage du cancer du poumon^[23]. Améliorer l'accès uniforme à des programmes de dépistage du cancer du poumon dans l'ensemble des provinces, des territoires et des régions géographiques du Canada est une étape cruciale vers une détection plus précoce et plus équitable.

Une détection précoce et juste du cancer du poumon requiert un accès équitable aux outils diagnostiques de la plus haute qualité. En ce moment, le cancer du poumon est habituellement diagnostiqué avec une combinaison d'examen d'imagerie, de biopsies et de quelques autres interventions. Même si de bonnes données probantes montrent qu'un examen par tomodensitométrie (TDM) à faible dose peut réduire de 20 % la mortalité due au cancer du poumon, les lignes directrices actuelles, maintenant obsolètes, ne recommandent pas la TDM à faible dose chez la plupart des adultes. Il faut s'assurer que les lignes directrices reflètent les meilleures données probantes connues tout en surveillant aussi la mise au point de nouvelles innovations, comme des outils d'IA^[24] et des analyses sanguines basées sur des biomarqueurs^[25], qui augmentent la précision du diagnostic et la probabilité de diagnostic au stade précoce.

Ce plan décrit trois mesures clés pour améliorer la détection précoce. Il prévoit des lignes directrices nationales sur le dépistage avec critères d'admissibilité élargis aux personnes n'ayant jamais fumé qui courent un risque élevé de cancer du poumon, un meilleur accès aux programmes de dépistage du cancer du poumon et des activités de sensibilisation visant à faire savoir au public qui devrait passer un test de dépistage et où.



Mesure 1 :	Mesure 2 :	Mesure 3 :
Définir une norme nationale pour le dépistage du cancer du poumon	Améliorer l'accès aux outils diagnostiques et renforcer la capacité	Faire mieux connaître l'admissibilité et l'accès au dépistage du cancer du poumon
<ul style="list-style-type: none"> a. Élaborer des lignes directrices nationales sur le dépistage du cancer du poumon avec critères d'admissibilité élargis b. Établir ou élargir l'accès aux programmes de dépistage du cancer du poumon dans chaque province et territoire c. Améliorer la modélisation du risque de cancer du poumon pour guider l'emplacement, la structure équitable et l'envergure des programmes de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> a. Accroître l'utilisation d'outils et de méthodes diagnostiques novateurs dans diverses communautés, surtout pour les patients qui vivent dans des régions rurales ou éloignées et/ou n'ont pas de médecin de famille b. Définir de nouvelles approches pour accroître le dépistage et la capacité diagnostique c. Lancer des campagnes de sensibilisation publique adaptées à la culture pour informer sur l'admissibilité au dépistage et l'accessibilité des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mettre à profit les ambassadeurs de la communauté ainsi que les lieux de rassemblement et les initiatives de la région pour sensibiliser b. Intégrer l'éducation sur les symptômes d'un cancer du poumon et l'admissibilité au dépistage systématique dans les programmes d'enseignement médical et la formation continue pour les professionnels de la santé



Indicateurs de progrès

D'ici 2035, nous verrons :

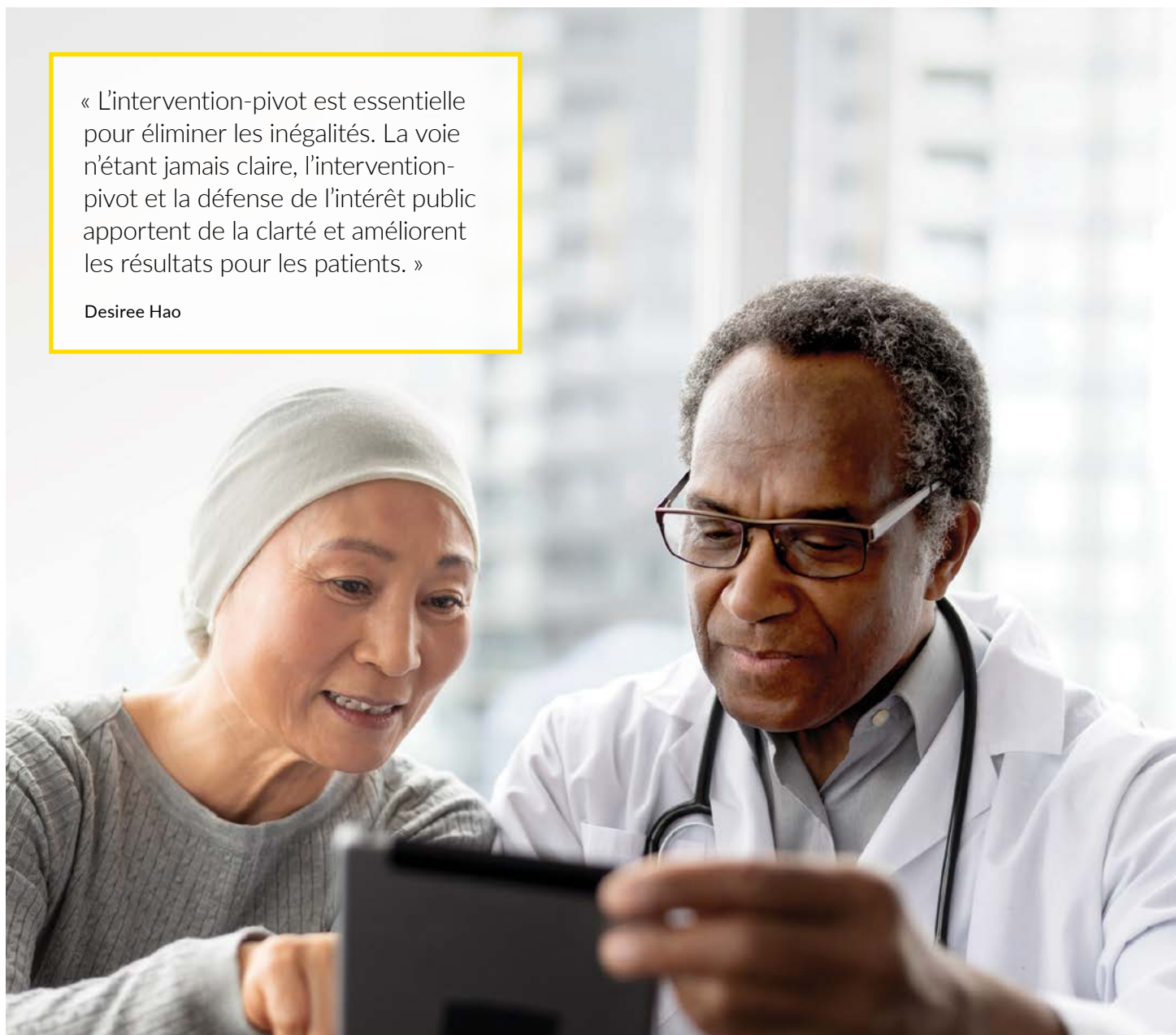
- ▀▀ Des lignes directrices pancanadiennes sur le dépistage du cancer du poumon, mises à jour, comprenant des critères d'admissibilité élargis, l'utilisation recommandée des plus récents outils diagnostiques (p. ex. TDM à faible dose) et des cibles
- ▀▀ Des programmes de dépistage du cancer du poumon mis en œuvre selon des normes invariablement élevées dans chaque province et territoire, et accessibles dans les communautés rurales, éloignées et exposées à un risque accru
- ▀▀ Un nombre accru de cancers du poumon diagnostiqués plus tôt (aux stades 1/2 plutôt qu'aux stades 3/4)

Priorité 3 : Améliorer l'accès aux meilleurs soins, en temps opportun

Accélérer l'accès aux meilleurs traitements existants et aux essais cliniques pour optimiser les soins aux patients et leurs résultats.

« L'intervention-pivot est essentielle pour éliminer les inégalités. La voie n'étant jamais claire, l'intervention-pivot et la défense de l'intérêt public apportent de la clarté et améliorent les résultats pour les patients. »

Desiree Hao



Comme pour beaucoup de cancers, l'arsenal thérapeutique pour le cancer du poumon évolue rapidement, et de nouvelles interventions prometteuses, telles que des thérapies personnalisées, des technologies d'imagerie améliorées et des progrès en chimiothérapie et en radiothérapie, sont de plus en plus offertes aux patients et aux professionnels de la santé^[26]. De nombreuses thérapies ciblées, conçues pour traiter des tumeurs porteuses de mutations génomiques particulières, peuvent être très efficaces, mais nécessitent des analyses moléculaires pour repérer les patients qui en bénéficieront le plus^[27]. Malheureusement, l'accessibilité et le remboursement des analyses moléculaires varient énormément d'une province à l'autre^{[28],[29]}. L'accès aux traitements novateurs pour le cancer du poumon peut aussi être entravé par les délais avant les décisions d'approbation et de remboursement. Au Canada, le temps d'attente moyen de l'accès à des médicaments approuvés est de deux ans avec les régimes publics, alors qu'il est de moins d'un an pour les patients qui sont couverts par un régime privé ou qui paient de leur poche^[30]. Il existe aussi des écarts considérables entre les provinces et territoires pour ce qui est des régimes d'assurance médicaments et des délais d'approbation de nouveaux traitements^[31]. L'obtention de meilleurs résultats plus équitables pour le cancer du poumon dépend fondamentalement d'un accès uniforme et en temps opportun aux analyses et au traitement – et de leur remboursement – partout au pays.

De même, l'accès à des essais cliniques sur le cancer au Canada, lesquels sont essentiels à l'avancement des innovations dans le domaine du cancer du poumon et peuvent offrir des options de rechange lorsque la norme de soins n'est plus efficace, varie grandement au pays. Entre 2005 et 2023, le nombre d'essais proposés à Vancouver a été d'environ 14,66 par 10 000 personnes, contre moins de six à Calgary et aucun dans les trois territoires^[32]. Cette iniquité limite non seulement les occasions de sauver des vies, mais nuit aussi à l'inclusivité et à la qualité de la recherche en excluant certaines populations.

Le concept de « meilleurs soins » va évidemment bien au-delà de l'accès aux plus récentes innovations. Les meilleurs soins doivent être adaptés aux expériences personnelles, historiques et culturelles qui teignent l'expérience du cancer du poumon chez des patients, de chaque communauté du Canada. Il faut y intégrer la coordination, la continuité et l'établissement de liens afin que l'expérience souvent complexe et bouleversante des soins d'oncologie soit aussi gérable et réussie que possible.

Ce plan décrit les étapes clés pour améliorer les soins du cancer du poumon au Canada. Ces étapes consistent à améliorer l'accès aux nouvelles thérapies et aux analyses moléculaires à l'échelle nationale, à renforcer l'intervention-pivot et les soins centrés sur le patient et à surveiller la performance du système de santé. Il sera impossible d'obtenir les meilleurs résultats de santé pour toutes et tous sans accès équitable aux meilleurs traitements et interventions possibles.



Mesure 1 :	Mesure 2 :	Mesure 3 :
Améliorer l'accès à des traitements novateurs	Renforcer les soins centrés sur le patient et l'intervention-pivot	Faire un suivi et rendre compte de la performance du système de santé pour soutenir l'amélioration continue des soins contre le cancer du poumon
<p>a. Mettre en œuvre rapidement de nouveaux outils d'imagerie établis et des analyses génomiques et moléculaires comme norme de soins afin d'améliorer la sélection du traitement optimal pour les patients</p> <p>b. Simplifier le processus d'arrivée des nouveaux traitements et des nouvelles technologies jusqu'aux patients et accélérer la formulation des recommandations relatives au remboursement</p> <p>c. Mettre en œuvre un accès uniforme et équitable aux options de traitement dans l'ensemble du Canada</p>	<p>a. Élaborer et mettre sur pied des trajectoires d'orientation des patients vers des services d'intervention-pivot comme composant standard des soins contre le cancer du poumon</p> <p>b. Améliorer la centricité des patients dans les soins du cancer du poumon en intégrant des pratiques de soins qui tiennent compte des traumatismes et sont culturellement sûres</p>	<p>a. Définir et suivre des paramètres de mesure pour surveiller l'accès aux soins, et pour cerner et corriger les lacunes</p>



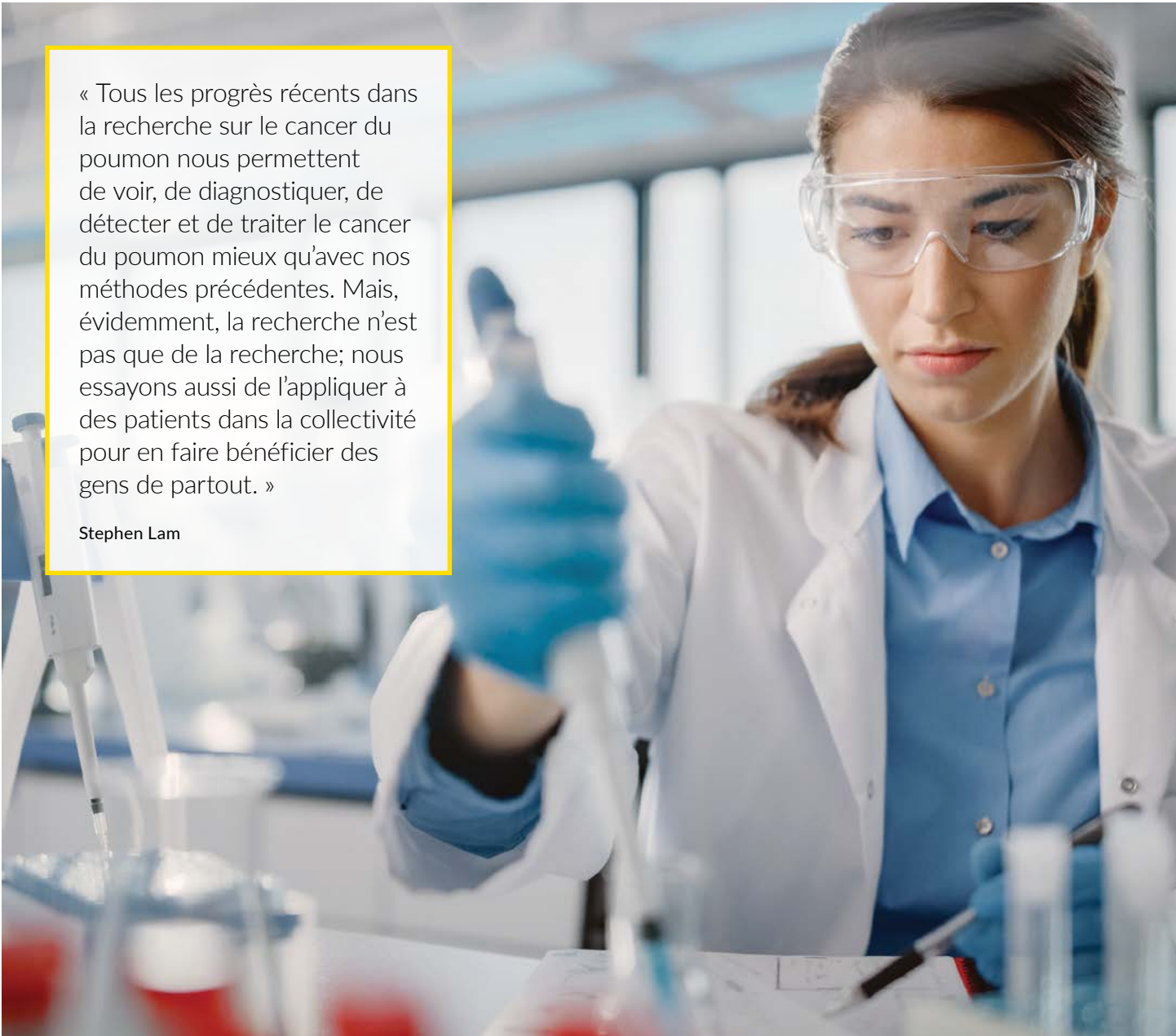
Indicateurs de progrès

D'ici 2035, nous verrons :

- ▀▀ Des délais d'attente réduits en matière de diagnostic et de traitement
- ▀▀ Une mise en œuvre uniforme, dans l'ensemble du Canada, des analyses génomiques et moléculaires en tant que norme de soins
- ▀▀ Une intégration élargie des cadres de soins de soutien tout au long du parcours de soins contre le cancer du poumon
- ▀▀ Un accès plus rapide aux diverses options de traitement du cancer du poumon avec recommandations relatives au remboursement

Priorité 4 : Accélérer la recherche sur le cancer du poumon

Faire avancer la recherche et soutenir la mise au point de traitements et d'outils diagnostiques novateurs pour améliorer les soins prodigués aux patients.

A female scientist with dark hair tied back, wearing a white lab coat over a blue button-down shirt and clear safety goggles. She is focused on her work, looking down at a piece of equipment in a laboratory setting. In the background, another person in a lab coat is visible, and various laboratory glassware and equipment are on the counter.

« Tous les progrès récents dans la recherche sur le cancer du poumon nous permettent de voir, de diagnostiquer, de détecter et de traiter le cancer du poumon mieux qu'avec nos méthodes précédentes. Mais, évidemment, la recherche n'est pas que de la recherche; nous essayons aussi de l'appliquer à des patients dans la collectivité pour en faire bénéficier des gens de partout. »

Stephen Lam

Le milieu scientifique du Canada contribue d'une façon extraordinaire à la recherche et à l'innovation liées au cancer du poumon. Des chercheurs canadiens dans le domaine du cancer du poumon explorent de nouvelles méthodes non effractives, fondées sur l'intelligence artificielle, de détection du cancer du poumon et d'identification de nouvelles signatures du cancer du poumon chez les personnes qui n'ont jamais fumé^[24], créant de nouvelles possibilités de détection précoce et de traitement plus personnalisé. Pour maintenir ce rythme d'innovation — et son impact sur la santé —, il faut un programme de recherche ambitieux et pourvu des ressources nécessaires, couvrant la recherche biomédicale, clinique, sur les systèmes de santé et sur des populations. Pourtant, le financement de la recherche sur le cancer du poumon ne reflète pas le fardeau de la maladie. En 2022, la recherche sur le cancer du poumon n'a reçu que 6,7 % des fonds accordés à la recherche au Canada^[33], en dépit du fait que ce cancer représente environ 24 % des décès liés au cancer, soit plus que les cancers du sein et colorectal réunis^[12]. Une tendance similaire est observée pour le financement des essais cliniques : entre 2005 et 2019 au Canada, un montant approximatif de 15,5 M\$ a été investi dans des essais cliniques sur le cancer du poumon, alors que le montant investi dans des essais cliniques sur le cancer du sein a été d'environ 81 M\$^[34]. Par ricochet, le milieu canadien de la recherche sur le cancer du poumon est disproportionnellement petit et moins attrayant pour les scientifiques les plus talentueux. Il faut absolument que le milieu de la recherche sur le cancer du poumon soit plus fort et mieux financé pour accroître notre connaissance de cette maladie et permettre les innovations en matière de prévention, de détection, de traitement et de soins qui sont essentielles à une meilleure qualité de vie et à de meilleurs résultats de santé.

Propulser la recherche sur le cancer du poumon dépend aussi fondamentalement de stratégies, de structures et de systèmes qui libèrent la capacité, coordonnent les efforts et accélèrent la découverte. Parmi les nombreux leviers à actionner, il y a une occasion de s'assurer que les cliniciens intéressés peuvent réserver du temps à la recherche sur le cancer du poumon, que des politiques claires sont en place pour soutenir un partage éthique et efficace des données et que les travaux sont coordonnés dans le domaine pour faire avancer des priorités de recherche communes à divers groupes, y compris les patients.

La stigmatisation n'épargne pas la recherche sur le cancer du poumon. Plus de 1 personne sur 7 au Canada croit en effet que le cancer du poumon est une maladie auto-infligée qui mérite moins de financement^[10]. Les personnalités publiques et les dirigeants communautaires hésitent donc souvent à militer pour une maladie associée à de telles perceptions négatives, ce qui freine les efforts pour sensibiliser à la recherche sur le cancer du poumon et stimuler son financement^[35].

Ce Plan d'action décrit deux étapes essentielles pour accélérer la recherche sur le cancer du poumon au Canada. Nous allons augmenter le financement de la recherche sur le cancer du poumon par des activités stratégiques de défense de l'intérêt public et de collaboration, et établir des priorités nationales en recherche sur le cancer du poumon afin de motiver et de mobiliser le milieu scientifique.



Mesure 1 :	Mesure 2 :
Accroître le financement accordé à la recherche sur le cancer du poumon	Établir des priorités nationales en recherche sur le cancer du poumon
<ul style="list-style-type: none"> a. Militer pour un financement de la recherche sur le cancer du poumon provenant du règlement négocié avec les fabricants de tabac et de bailleurs de fonds du secteur public afin que l'investissement soit proportionnel au fardeau b. Accroître la capacité et les investissements pour des essais cliniques sur de nouvelles innovations en matière de prévention, de détection et de traitement du cancer du poumon c. Renforcer la collaboration et la coordination entre les secteurs public et privé pour maximiser l'impact des investissements dans la recherche sur le cancer du poumon 	<ul style="list-style-type: none"> a. Conscientiser à l'importance de la recherche sur le cancer du poumon et faire participer des patients à l'établissement des priorités canadiennes en recherche sur le cancer du poumon b. Offrir des incitatifs aux chercheurs en début de carrière et accroître le soutien fourni aux cliniciens et aux scientifiques universitaires pour augmenter la capacité d'étudier le cancer du poumon c. Réclamer des politiques qui simplifient le partage de données sur le cancer, d'autres données sur la santé et d'échantillons biologiques pour renforcer la collaboration



Indicateurs de progrès

D'ici 2035, nous verrons :

- ▮▮ Des priorités claires en recherche sur le cancer du poumon, établies pour le Canada, et une base de financement croissante pour la recherche sur le cancer du poumon
- ▮▮ Une hausse, à toutes les phases, du nombre d'essais cliniques sur le cancer du poumon effectués au Canada
- ▮▮ L'expansion de la gamme et du portefeuille de diagnostics, de thérapies et d'options de traitements disponibles
- ▮▮ Une vaste communauté de chercheurs et de cliniciens menant des projets de recherche diversifiés sur tout le continuum du cancer du poumon

La voie à suivre

« À notre retour à la maison, on nous demandera lors de la réunion du chef et du conseil ce que nous avons retenu [du Sommet]. Je répondrai “Le progrès est en cours!” Ce sera mon rapport, car j’ai entendu aujourd’hui qu’il y a du progrès. »

Sénatrice Margaret Bear



Le chemin à parcourir exige une vision audacieuse pour juguler la crise due au cancer du poumon au Canada. Le Plan d'action que nous avons élaboré n'est pas un simple recueil d'idées; c'est plutôt une feuille de route vers un avenir où la mortalité par cancer du poumon peut être réduite de 30 % dans les dix prochaines années. Cet objectif est ambitieux, mais il est aussi atteignable, et l'espoir en est le point d'ancrage.

Ensemble, nous pouvons créer un avenir où le cancer du poumon ne sera plus la première cause de décès par cancer. C'est un avenir où les risques de cancer du poumon seront connus, gérés et évités, et où la détection précoce sera la norme. C'est un avenir où chaque personne au Canada aura accès aux meilleures options possibles en matière de prévention, de détection, de traitement et de soins, et où notre recherche de calibre mondial sera coordonnée et financée pour assurer la poursuite des découvertes et des innovations transformatrices.

Nous envisageons un avenir où les disparités seront chose du passé et où, toutes et tous, sans égard à leurs origines, auront des chances égales de survie.

Nous reconnaissons qu'une seule personne ou une unique organisation ne peut réaliser cette vision. Il faudra des partenariats, entre des communautés, des organismes et des secteurs, pour concrétiser ce plan d'action et faire en sorte que des progrès importants soient accomplis pour les personnes touchées par cette maladie.

Nous sommes au bord d'un changement et sommes prêts à passer à l'action. Ce que nous faisons aujourd'hui transformera demain le cancer du poumon pour chacune et chacun d'entre nous.

Annexe A : Membres du comité directeur et de l'équipe de projet



Le Plan d'action contre le cancer du poumon est le fruit des efforts collectifs d'une équipe diversifiée et dévouée. L'équipe de projet, composée de membres de la Société canadienne du cancer, de Shift Health et du Dr Christian Finley, a piloté la conception et la mise en œuvre de l'approche d'élaboration de ce plan.

Le comité directeur, formé de membres de divers horizons, réunissait des personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue, des défenseurs des droits des patients, des chercheurs, des cliniciens, des dirigeants d'organismes sans but lucratif et de bienfaisance du secteur de la cause du cancer du poumon et des aînés autochtones. Le comité directeur a fourni des conseils d'expert, s'assurant que les priorités et mesures définies dans ce plan reflètent les voix des personnes qui ont participé aux sondages et au Sommet sur le cancer du poumon. Le comité directeur a tenu cinq réunions entre mars 2024 et janvier 2025 pour guider l'élaboration du Plan d'action contre le cancer du poumon.

Équipe de projet et coprésidentes du comité directeur

Annemarie Edwards
Vice-présidente, Stratégie et
innovations en matière de cancer,
Société canadienne du cancer

D^r Christian Finley
Professeur, Département de
chirurgie, Université McMaster;
expert principal, Partenariat
canadien contre le cancer;
responsable clinique, Programme
ontarien de dépistage du cancer
du poumon

Équipe de projet

Sara Lafond
Coordonnatrice, Stratégie et
innovations en matière de cancer,
Société canadienne du cancer

Julia Nordlund
Gestionnaire de projet, Stratégie
et innovations en matière de cancer,
Société canadienne du cancer

Anne Mullin, Ph. D.
Directrice et chef des services
de consultation, Shift Health

Elisa Porfilio, Ph. D.
Responsable de l'engagement,
Shift Health

Idil Temel, Ph. D.
Conseillère, Shift Health

Comité directeurs

Diane Colton
Défenseuse des droits des patients;
fondatrice de Démasquer la réalité
du cancer du poumon

Trevor Dummer, Ph. D.
Scientifique affilié, BC Cancer
Research Institute; professeur,
School of Population and Public
Health, Université de la Colombie-
Britannique; codirecteur scientifique,
Partenariat canadien pour la santé
de demain; titulaire de la chaire
en prévention primaire du cancer,
Société canadienne du cancer

Stuart Edmonds, Ph. D.
Vice-président principal, Mission,
recherche et défense de l'intérêt
public, Société canadienne du cancer

Peter Glazier
Conseiller principal, Affaires
publiques, Cancer pulmonaire
Canada

D^{re} Desiree Hao
Professeure, Département
d'oncologie, Université de Calgary;
oncologue médicale, Tom Baker
Cancer Centre; membre du conseil
d'administration, Partenariat
canadien contre le cancer

Chef Audrey Isaac
Chef, Première Nation Ochapowace

Crystal Janvier
Chercheuse et analyste, Fédération
des nations autochtones souveraines

D^{re} Ebru Kaya
Professeure agrégée, Département
de médecine, Université de Toronto;
directrice de la division de médecine
palliative, Université de Toronto

D^r Stephen Lam
Professeur, Faculté de médecine,
Université de la Colombie-
Britannique; pneumologue, BC
Cancer; directeur, Programme de
détection précoce du cancer du
poumon MDS-Rix; conseiller-expert,
Partenariat canadien contre le
cancer

D^{re} Renelle Myers
Chercheuse principale, Département
d'oncologie intégrative, BC Cancer
Research Institute; pneumologue
interventionniste, Hôpital général
de Vancouver; professeure agrégée
de clinique, médecine, Université de
la Colombie-Britannique; directrice
médicale, programme provincial
d'abandon du tabagisme de
BC Cancer

D^r Jason Pantarotto
Radio-oncologue, Hôpital d'Ottawa;
professeur agrégé, Université
d'Ottawa; chef provincial,
Programme de radiothérapie, Santé
Ontario – Action Cancer Ontario

Angus Pratt
Défenseur des droits des patients
et activiste en matière de santé,
indépendant

Michelle Rand
Directrice par intérim, Unité des
soins chez les peuples autochtones,
Programmes cliniques et de qualité,
Santé Ontario

Lisa Roelfsema
Travailleuse sociale clinique, Trillium
Health Partners; responsable
provinciale de l'oncologie
psychosociale, Santé Ontario –
Action Cancer Ontario

D^{re} Ambreen Sayani
Scientifique, Women's College
Hospital; professeure adjointe,
Institute of Health Policy, Dalla Lana
School of Public Health, Université
de Toronto; conseillère-experte
sur l'équité en santé, Partenariat
canadien contre le cancer

Robin Urquhart, Ph. D.
Scientifique principale, Beatrice
Hunter Cancer Research Institute;
professeure agrégée, Département
de santé communautaire et
d'épidémiologie, Université
Dalhousie; directrice scientifique,
Partenariat de l'Atlantique pour
la santé de demain

Ryan Wiley, Ph. D.
Président, Shift Health

Christine Wu
Défenseuse des droits des patients;
responsable de l'autonomisation
des patients atteints d'un cancer
du poumon, Patient Empowerment
Network

Annexe B : Approche pour l'élaboration du plan d'action



Le comité directeur et l'équipe de base se sont efforcés d'élaborer un plan d'action qui reflétait les réalités actuelles du cancer du poumon et reposait sur les voix de personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue. En collaboration, nous avons conçu une méthodologie robuste, inspirée du partenariat d'établissement de priorités de la James Lind Alliance et de l'approche Delphi modifiée, dans le but de recueillir des avis diversifiés pour le Plan d'action de lutte contre le cancer du poumon. À la base, l'approche s'appuyait sur une volonté d'inclure les éléments suivants :

- **Vaste représentation géographique** : Des opinions ont été recueillies dans l'ensemble des provinces et territoires, y compris dans des régions urbaines et rurales/éloignées.
- **Diversité de perspectives** : Des parties intéressées ayant différentes perspectives ont été sollicitées, comprenant des personnes ayant eu ou ayant une expérience vécue, des experts universitaires, des cliniciens, des militants et des experts en réglementation.
- **Analyse itérative** : Une approche progressive et itérative a été employée pour préciser, évaluer, sélectionner et valider les priorités et les mesures.
- **Prise de décision fondée sur des données probantes** : Les meilleures données probantes connues ont aidé à cerner, à trier et à valider les priorités.

Pour recueillir un vaste éventail de perspectives dans tout le Canada, il fallait recourir à différents outils et à différentes méthodes d'engagement. L'approche a consisté en deux sondages, suivis d'un sommet d'une journée en présentiel. Ensemble, ces activités ont aidé à définir et à valider les priorités et les mesures requises qui sont les plus importantes dans le plan.

Sondage 1 : Établissement des priorités

Le premier sondage a permis de recueillir les opinions d'un groupe diversifié de parties intéressées dans tout le Canada. Il était rédigé pour servir à dresser une longue liste initiale de priorités potentielles dans le Plan d'action pancanadien de lutte contre le cancer du poumon. Comme nous voulions tout particulièrement nous assurer d'une forte représentation chez les patients et les aidants, le sondage a été distribué par courriel, LinkedIn et Facebook avec l'aide du comité directeur et de différents organismes, notamment la SCC, Cancer pulmonaire Canada, Action Cancer Manitoba, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Right2Survive, l'Association canadienne des scientifiques et technologues du radon (ACSTR), l'Association canadienne des oncologues médicaux (ACOM), les Services de santé de l'Alberta, la Société canadienne de médecine palliative (SCMP), l'Association canadienne des radiologistes et Démasquer la réalité du cancer du poumon. Des réponses ont été envoyées par 242 personnes, réparties dans toutes les provinces et un territoire au Canada. Les répondants comprenaient 40 % de patients et d'aidants, 39 % de professionnels de la santé, 4 % de responsables de politiques, 3 % de représentants d'organismes sans but lucratif et 2 % de chercheurs. Au total, plus de 2000 suggestions ont été soumises comme priorités potentielles. Après consolidation, agrégation et synthèse, nous en sommes arrivés à une liste initiale de 18 priorités provisoires.

Sondage 2 : Classement des priorités

Après la phase de collecte d'idées, un deuxième sondage a été mené pour classer la longue liste de priorités définies dans le sondage 1. Les résultats de ce deuxième sondage ont été communiqués aux invités du Sommet, comprenant des patients et aidants, des cliniciens, des chercheurs, des universitaires, des responsables de politiques et autres partenaires stratégiques et des représentants d'organismes sans but lucratif. Au total, nous avons reçu 62 réponses à partir desquelles ont été déterminées les quatre grandes priorités à discuter et à valider au Sommet sur le cancer du poumon au Canada.



Sommet sur le cancer du poumon au Canada

Le sommet d'une journée, en présentiel, s'est déroulé à Toronto, en Ontario, le 28 novembre 2024. Il a réuni 120 participants de neuf provinces, représentant une diversité de parties intéressées : patients et aidants (20 %), cliniciens (18 %), chercheurs (13 %), commanditaires de l'industrie (10 %), employés de la SCC (8 %), représentants d'autres organismes de bienfaisance et sans but lucratif (8 %), chefs autochtones (2 %) et bailleurs de fonds potentiels (2 %). Les autres participants étaient des membres de l'équipe du projet et des bénévoles. Des commanditaires de l'industrie étaient invités à entendre la discussion et à échanger avec les participants, mais n'ont pas voté sur les priorités finales et les mesures à prendre. Le personnel de soutien de la SCC et la plupart des membres de l'équipe de base n'avaient pas non plus de droit de vote.

Trois réunions de comité — axées sur la perspective des patients, les défis de l'équité en santé et les plus récentes recherches et innovations dans le domaine du cancer du poumon — ont préparé le terrain et inspiré l'auditoire. L'équipe de base a aussi présenté les résultats des deux sondages et animé deux ateliers pour valider les quatre grandes priorités dégagées et recueillir les perspectives sur d'autres éléments clés du Plan d'action. Les participants ayant droit de vote ont, pour chaque priorité, exprimé leurs perspectives sur ce qui constitue un succès afin de guider l'élaboration des indicateurs de progrès. Ils ont aussi pris part à des discussions en petit groupe, à des séances plénières et à un vote en temps réel afin de cerner les mesures les plus importantes pour chaque priorité.

Sous la gouverne du comité directeur, l'équipe de base a peaufiné de façon itérative les commentaires recueillis au Sommet pour élaborer le Plan d'action. Au fil de leur élaboration, les priorités et mesures ont été mises en corrélation avec les perspectives tirées des deux sondages et des discussions au Sommet, pour aboutir à un plan qui reflète les perspectives des diverses voix et décrit des mesures concrètes pour transformer l'avenir du cancer du poumon au Canada.



Références

- 1 Organisation mondiale de la Santé. (23 décembre 2024). [Maladies non transmissibles](#).
- 2 Brenner, D. R., Gillis, J., Demers, A. A., Ellison, L. F., Billette, J.-M., Zhang, S. X., Liu, J. L., Woods, R. R., Finley, C., Fitzgerald, N., Saint-Jacques, N., Shack, L. et Turner, D. (2024). *Projection du fardeau du cancer au Canada en 2024*. Journal de l'Association médicale canadienne, 196(18). <https://www.cmaj.ca/content/196/24/E836>
- 3 Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. [Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2024 sur les répercussions économiques du cancer](#). Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2024.
- 4 Ellison, L. F. et Saint-Jacques, N. (2023). *La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada*. Rapports sur la santé, 34(1). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2023001/article/00001-fra.htm>
- 5 Poirier A, Ruan Y, Grevers X, Walter S, Villeneuve P, Friedenreich C et Brenner D on behalf of the ComPARE study team. (2019). Estimates of the current and future burden of cancer attributable to active and passive tobacco smoking in Canada. *Preventive Medicine* 122;9-19.
- 6 Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. [Statistiques canadiennes sur le cancer 2024](#). Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2024.
- 7 Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. [Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2020 sur le cancer du poumon de la Société canadienne du cancer](#). Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2020.
- 8 Borondy-Kitts, A. (2021). ES12.01 *Patient perspective on lung cancer screening and health disparities*. Journal of Thoracic Oncology, 16(3). <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2021.01.030>
- 9 O'Grady, J. R., Ferdus, J., Leylachian, S., Bolarinwa, Y., Wagamese, J., Ellison, L. K., Siedule, C., Batista, R. et Sheppard, A. J. (2024). *Lung cancer in First Nations, Inuit, and Métis peoples in Canada – a scoping review*. International Journal of Circumpolar Health, 83(1). [doi: 10.1080/22423982.2024.2381879](https://doi.org/10.1080/22423982.2024.2381879)
- 10 Canadian Lung Association. (2018). [Lung Disease Stigma Report 2018](#).
- 11 Gouvernement du Canada. (novembre 2023). [Le gaz radon est l'une des principales causes de cancer du poumon](#).
- 12 Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. [Statistiques canadiennes sur le cancer 2023](#). Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2023.
- 13 Li, W., Liu, J.-B., Hou, L.-K. et al. (2022). *Liquid biopsy in lung cancer: significance in diagnostics, prediction, and treatment monitoring*. Molecular Cancer 21, 25. <https://doi.org/10.1186/s12943-022-01505-z>
- 14 Lazzaro, R. (2024). [Advancing Thoracic Surgery with Robotics and video-assisted strategies](#). ONCOLOGY, 38(6), 232-234.
- 15 Araghi, M., Mannani, R., Heidarnajad maleki, A., Hamidi, A., Rostami, S., Safa, S. H., Faramarzi, F., Khorasani, S., Alimohammadi, M., Tahmasebi, S., & Akhavan-Sigari, R. (2023). *Recent advances in non-small cell lung cancer targeted therapy; an update review*. Cancer Cell International, 23(1). [doi: 10.1186/s12935-023-02990-y](https://doi.org/10.1186/s12935-023-02990-y)
- 16 Banerjee, S. C., et al. (2024). [Empathic communication skills training to reduce lung cancer stigma: Study protocol of a cluster randomized control trial](#). Contemporary Clinical Trials, 145, 107669.

-
- 17 Gouvernement du Canada. (2022). [Le tabagisme au Canada : Ce que nous savons](#). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2021-2022.
- 18 Santé Canada. (2000). [Vous n'êtes pas le seul à fumer cette cigarette](#). ESUTC (Enquête de surveillance de l'usage de tabac au Canada) Annuel, Février-Décembre 2000.
- 19 Shehata, S. A., Toraih, E. A., Ismail, E. A., Hagra, A. M., Elmorsy, E., & Fawzy, M. S. (2023). *Vaping, environmental toxicants exposure, and lung cancer risk*. *Cancers*, 15, 4525. doi.org/10.3390/cancers15184525
- 20 City of Hope. (27 avril 2022). [Why are lung cancer rates rising in people who've never smoked?](#)
- 21 Groupe de travail sur l'enquête pancanadienne sur le radon : une collaboration entre l'Étude Nationale Evict Radon, le BC Centre for Disease Control et Santé Canada. *Enquête pancanadienne sur l'exposition au radon dans les bâtiments résidentiels des communautés urbaines et rurales*. Canada. Enquête Pancanadienne sur le Radon. 2024. Version 1.1 disponible au www.crosscanadaradon.ca.
- 22 Société canadienne du cancer. (n.d.). [Où trouver un programme de dépistage du cancer du poumon?](#) Consulté en janvier 2025.
- 23 Partenariat canadien contre le cancer. (n.d.). [Dépistage du cancer du poumon au Canada : 2021-2022](#). Consulté en janvier 2025.
- 24 BC Cancer Foundation. (15 novembre 2023). [Innovative early lung cancer detection is saving lives](#).
- 25 Cotton, L. B., Bach, P. B., Cisar, C., Schonewolf, C. A., Tennefoss, D., Vachani, A., Carter-Bawa, L., & Zaidi, A. H. (2024). *Innovations in early lung cancer detection: Tracing the evolution and advancements in screening*. *Journal of Clinical Medicine*, 13(16), 4911. [doi: 10.3390/jcm13164911](https://doi.org/10.3390/jcm13164911)
- 26 Lazzaro, R. (5 décembre 2024). [Revolutionizing lung cancer treatment: Advancements offer new hope](#). Targeted Oncology.
- 27 Schuler, M., Bölükbas, S., Darwiche, K., Theegarten, D., Herrmann, K., & Stuschke, M. (2023). *Personalized treatment for patients with lung cancer*. *Deutsches Ärzteblatt International*. [doi: 10.3238/arztebl.m2023.0012](https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0012)
- 28 Melosky, B., Blais, N., Cheema, P., Couture, C., Juergens, R., Kamel-Reid, S., Tsao, M.-S., Wheatley-Price, P., Xu, Z., & Ionescu, D. N. (2018). *Standardizing biomarker testing for Canadian patients with advanced lung cancer*. *Current Oncology*, 25(1), 73–82. [doi: 10.3747/co.25.3867](https://doi.org/10.3747/co.25.3867)
- 29 Snow, S., Brezden-Masley, C., Carter, M. D., Dhani, N., Macaulay, C., Ramjeesingh, R., Raphael, M. J., Slovin, M., & Servidio-Italiano, F. (2024). *Barriers and unequal access to timely molecular testing results: Addressing the inequities in cancer care delays across Canada*. *Current Oncology*, 31(3), 1359–1375. [doi: 10.3390/curroncol31030103](https://doi.org/10.3390/curroncol31030103)
- 30 Médicaments novateurs Canada. (n.d.). [Accès aux médicaments](#). Consulté en janvier 2025.
- 31 Lung Cancer Canada. (n.d.). [Lung Cancer Canada Brief for Federally Funded Research](#). Consulté en janvier 2025.
- 32 Abdel-Rahman, O. (2023). *Geographic disparities in access to cancer clinical trials in Canada*. *American Journal of Clinical Oncology*, 46(11), 512–516. [doi: 10.1097/COC.0000000000001039](https://doi.org/10.1097/COC.0000000000001039)
- 33 Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC). (n.d.). *Classement des résultats : Outils: « Dix principaux sièges de cancer ayant fait l'objet de recherches (\$ et %) »*. Consulté en janvier 2025 au <https://www.ccra-acrc.ca/fr/tools/ranked-results/>
- 34 Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. (2022). [Quinze ans d'investissements dans la recherche sur le cancer au Canada, 2005 à 2019](#). Toronto : ACRC.
- 35 American Lung Association. (avril 2014). [Addressing the Stigma of Lung Cancer](#).



Société
canadienne
du cancer

ÇA PREND UNE SOCIÉTÉ

CANCER.CA



A science mindset.

SHIFTHEALTH.COM

