

Le Conference
Board du Canada

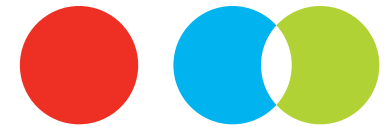
Demain ne peut attendre

La valeur des traitements novateurs
contre le cancer pour les Canadiens



Version: V2
Date: Jan. 28, 2022
Pub ID: 26117
Designer: Natasha

Table des matières



- 3 Principales conclusions**
- 4 Demain ne peut attendre**
- 6 Demain est à l'horizon pour de nombreuses personnes**
- 10 Tenir les promesses de demain**
- 11 Impossible d'attendre demain**
- 12 Annexe A**
Méthodologie
- 14 Annexe B**
Bibliographie

Principales conclusions

- Le cancer est l'une des principales causes de décès au Canada. Cependant, les progrès réalisés ont permis de mieux comprendre la maladie et de mettre au point de nouveaux traitements révolutionnaires qui ciblent le cancer à l'échelle cellulaire ou génétique.
- Les avantages cumulatifs potentiels des traitements novateurs contre le cancer dans notre étude totalisent 226 445 années de vie gagnées et 5,9 milliards de dollars en valeur économique potentielle pour cinq types de tumeurs au cours de la dernière décennie.
- Plusieurs traitements novateurs ont reçu une approbation réglementaire rapide depuis 2011. Cependant, les processus d'évaluation des technologies de la santé et de remboursement au Canada sont plus longs que dans d'autres pays, ce qui signifie que les patients canadiens doivent attendre très longtemps avant d'accéder à ces traitements novateurs.
- Lorsque ces traitements sont approuvés et que les provinces ont statué sur leur admissibilité à un remboursement, on observe malgré tout des disparités dans l'accès des patients à ces traitements. Pour certains cancers, ces disparités entraînent une perte de valeur économique importante et, pour les Canadiens atteints du cancer, des journées de vie perdues.
- Le Canada manque de données sur le nombre de personnes qui ont eu accès, qui ont présentement accès ou qui n'ont pas accès aux traitements novateurs contre le cancer.
- Cela dit, il est possible pour le Canada d'accélérer le processus et d'assurer un accès équitable aux traitements novateurs contre le cancer. Quatre réformes systémiques sont susceptibles d'améliorer l'accès :
 - améliorer les processus actuels d'évaluation des technologies de la santé, de réglementation et d'établissement des prix afin d'accélérer l'accès des patients aux nouveaux traitements;
 - changer le mode de financement de ces thérapies et favoriser la prestation de soins fondés sur la valeur et sur des ententes de partage des risques;
 - permettre et financer l'accès aux services de diagnostic lorsque de nouvelles thérapies prometteuses sont approuvées;
 - étendre et intégrer les systèmes de collecte et de partage des données.
- Comme c'est le cas de nombreux pays, le Canada doit rebâtir son système de santé. Mais sa capacité à soutenir le développement et l'intégration de nouveaux modèles de gouvernance et de traitement du cancer fondés sur la valeur est mise à rude épreuve et la pandémie de COVID-19 en a fait ressortir le caractère urgent. Cependant, ces nouveaux modèles permettront d'une part d'offrir des médicaments traitements novateurs aux patients admissibles actuellement en attente d'un traitement et, d'autre part, de prolonger leur vie.



Demain ne peut attendre

On ne peut sous-estimer l'incidence du cancer sur le quotidien des Canadiens. Le cancer est la principale cause de décès au Canada¹. En 2020, le cancer a entraîné 83 300 décès, et 225 800 Canadiens ont reçu un nouveau diagnostic de la maladie². De nouveaux traitements prometteurs changent peu à peu la donne, mais la percée attendue ne surviendra que lorsque les patients y auront accès.

La recherche et les investissements en biotechnologie et en médecine génétique ont accéléré la mise au point de nouveaux traitements qui ciblent le cancer à l'échelle cellulaire ou génétique. Les traitements novateurs sont définis dans ce rapport comme des thérapies ciblées et/ou des immunothérapies, qui ont ouvert l'ère de la médecine personnalisée, aussi appelée médecine de précision. Ces thérapies sont des traitements médicaux avancés fondés sur les gènes, les tissus ou les cellules.

Le Canada fait bonne figure au chapitre du délai d'approbation des traitements novateurs. Mais le pays met du temps à mener à bien les négociations complexes sur les prix et le paiement, une étape essentielle qui permet ensuite aux médecins de les rendre disponibles aux patients par l'entremise des régimes provinciaux. Le Canada se classe 18^e sur 20 parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)³

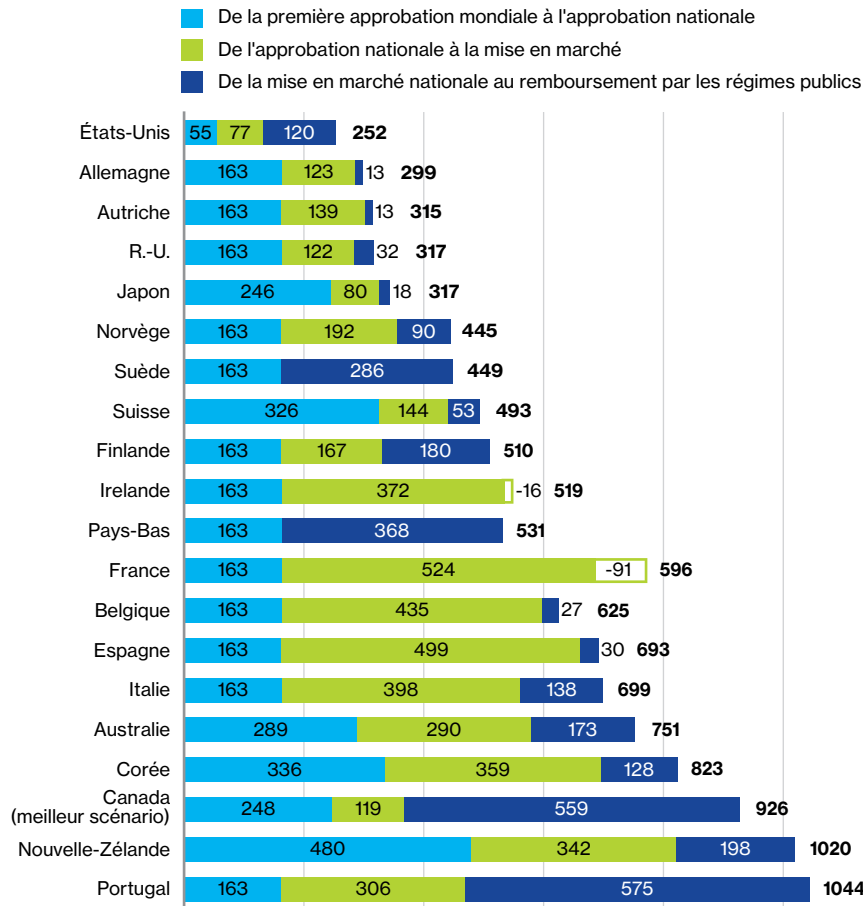
- 1 Statistique Canada, « Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge ».
- 2 Société canadienne du cancer, « Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer ».
- 3 Lussier Hoskyn, *Explaining Public Reimbursement Delays for New Medicines for Canadian Patients*.

(voir le graphique 1). Cela comprend l'accès aux traitements des maladies rares, du cancer et des traitements qui sont visés par un processus d'évaluation accéléré ou prioritaire en raison des résultats prometteurs des essais cliniques⁴. Les patients canadiens ont également moins de possibilités de participer aux essais cliniques, durant lesquels sont testées les nouvelles thérapies^{5,6,7}.



- 4 Salek et coll., « Factors Influencing Delays in Patient Access to New Medicines in Canada ».
- 5 Lussier Hoskyn et Field, *Early Signs of Negative Impacts for Patients of Health Canada Pharmaceutical Pricing Reforms*.
- 6 McDougall Scientific, *Clinical Trials in Canada 2020*.
- 7 Partenariat canadien contre le cancer, *Rendement du système de lutte contre le cancer : Rapport de 2018*.

Graphique 1
Délai entre l'approbation et le remboursement par les régimes publics, 2012-2018
 (jours)



Sources : Lussier Hoskyn, *Explaining Public Reimbursement Delays for New Medicines for Canadian Patients*.

La filière d'innovation

Les organismes de réglementation au Canada ont approuvé plusieurs thérapies traitements novateurs au cours de la dernière décennie (2010-2021). Cependant, ces thérapies ne sont pas également accessibles à tous les Canadiens. L'une des raisons est que les provinces gèrent les soins de santé différemment. La couverture des médicaments, la coordination des soins et des traitements et l'accès aux services de diagnostic varient entre les provinces et au sein de celles-ci.

L'approche du Canada en matière de réglementation des prix dans le cadre de l'évaluation des technologies de la santé (ÉTS) et au chapitre de la négociation des prix a également une incidence sur la rapidité de l'accès aux traitements novateurs et sur l'équité du processus. Dans le monde entier, le débat se poursuit quant aux méthodes utilisées par les organismes de réglementation nationaux pour évaluer les résultats en matière d'accès des patients aux traitements novateurs contre le cancer, alors que l'utilisation et les coûts de ces thérapies augmentent et que les pressions budgétaires s'intensifient pour les payeurs des systèmes de santé publics et privés⁸. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) du Canada a pour mandat de déterminer si un fabricant vend de nouveaux traitements à un « prix excessif »⁹. Son approche est définie par un ensemble complexe de lignes directrices réglementaires décrites dans le Règlement sur les médicaments brevetés du CEPMB. Les modifications proposées à ces directives doivent entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

8 Godman et coll., « Barriers for Access to New Medicines ».

9 Gouvernement du Canada, « Lignes directrices du CEPMB ».

Parmi celles-ci figurent de « nouveaux facteurs de réglementation des prix fondés sur l'économie » (ex. la valeur pharmaco-économique, la taille du marché et le PIB/PIB par habitant). L'application de ces méthodes proposées préoccupe particulièrement les groupes de patients et d'autres parties prenantes qui estiment que ces modifications auront un impact négatif et retarderont l'accès des patients aux traitements novateurs dans tout le Canada^{10,11}.

Il faudra surmonter un ensemble d'obstacles d'ordre systémique afin d'actualiser la pleine valeur des thérapies traitements novateurs contre le cancer pour les patients canadiens, la population en général et l'économie du Canada.

Cette étude présente pour la première fois un aperçu des années de vie et de la valeur économique générée grâce aux traitements novateurs les plus avancés au monde pour les cancers du sein, de la prostate, du poumon, de la peau (mélanome) et du sang (myélome) dont les Canadiens peuvent actuellement se prévaloir. Les années de vie gagnées désignent le nombre d'années de vie supplémentaires d'une personne attribuables au traitement. Les gains économiques générés représentent la valeur de la production qui ne sera pas perdue en raison de la maladie – le revenu que peuvent gagner les personnes traitées grâce aux années de vie gagnées en raison des traitements novateurs contre le cancer. Notre étude repose sur une approche qui va au-delà du processus actuel d'examen multidisciplinaire de l'ÉTS consistant à analyser le rapport coût-efficacité des nouvelles thérapies.

10 Gouvernement du Canada, « Consultation no 27 : CONECTed ».

11 Gouvernement du Canada, « Consultations/commentaires reçus ».

Demain est à l'horizon pour de nombreuses personnes

Dans les dix dernières années, les patients ont vu leur espérance de vie et leur survie s'améliorer considérablement grâce à des traitements novateurs contre le cancer. Par ailleurs, les acteurs de l'écosystème d'innovation dans le domaine du cancer sont bien mobilisés, et de nouvelles découvertes se profilent à l'horizon.

Notre étude révèle que les patients canadiens auraient pu bénéficier de 226 445 années de vie supplémentaires au cours de la dernière décennie s'ils avaient eu accès à des traitements novateurs (voir le tableau 1). Les traitements du mélanome comptent pour la plus grande part des répercussions potentielles sur les plans clinique et économique, suivis des traitements du cancer de la prostate, du myélome multiple, du cancer du poumon et du cancer du sein (voir les graphiques 2 et 3).

Des milliers de Canadiens ont déjà pu profiter de traitements novateurs contre le cancer, ce qui leur a permis de vivre de nouveaux lendemains. La survie nette à cinq ans au Canada, tous cancers confondus, a augmenté de 8,6 points de pourcentage entre la période de 1992 à 1994 et la période de 2015 à 2017¹². Mais tous les Canadiens ont-ils accès à ces traitements novateurs contre le cancer?

12 Ellison, « The Cancer Survival Index ».

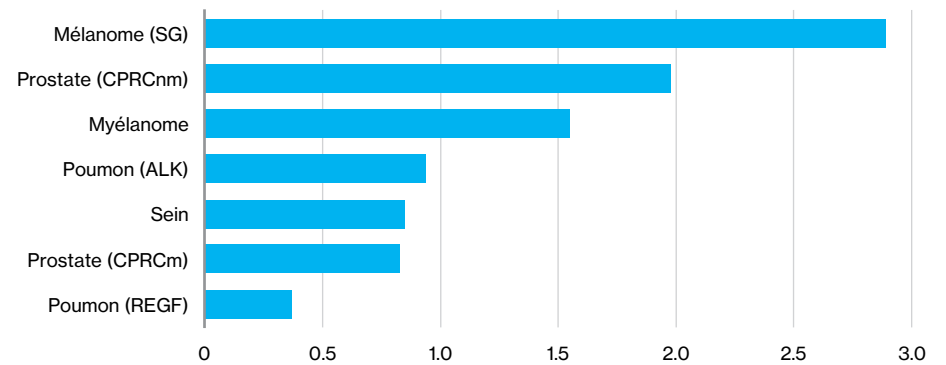
Tableau 1
Résumé des résultats de traitements et d'immunothérapies ciblées, 2011–2021

	Valeur clinique potentielle: années de vie gagnées	Valeur économique potentielle: perte de production évitée
Cancer de la prostate	1 an	3,2 G\$
Cancer du sein	1 an	1,2 G\$
Cancer du poumon	6 mois	486 M\$
Sang (myélome)	1,5 ans	437 M\$
Peau (mélanome)	2,5 ans	572 M\$
	226 445 années de vie gagnées	5,9 G\$

Remarque : Consultez tous les résultats quantitatifs dans le rapport détaillé, Van Mulligen et coll., Demain ne peut attendre.

Source : Le Conference Board du Canada.

Graphique 2
Bénéfice clinique moyen par patient, par type de tumeur
 (années potentielles de vie gagnées*)

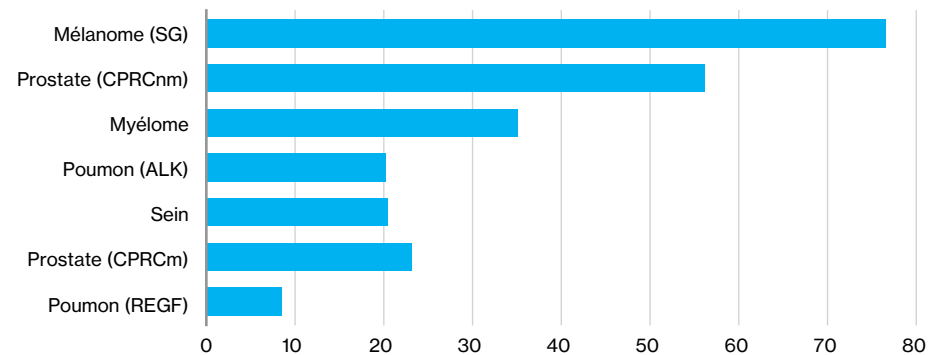


Remarques : CPRC = cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration; ALK = kinase du lymphome anaplasique; CPRCm = métastatique résistant à la castration; REGF = récepteur du facteur de croissance épidermique.

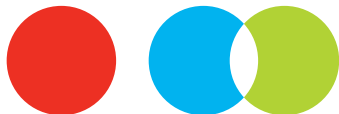
*pour mesurer les années potentielles de vie gagnées, on utilise la Survie sans progression (SSP)/Survie sans métastase (SSM) comme variable de substitution à la survie globale (SG), en années

Source : Le Conference Board du Canada.

Graphique 3
Valeur économique potentielle moyenne* par patient, selon le type de tumeur
 (milliers \$)



Source : Le Conference Board du Canada.



« Il y a dix ans, la seule option de traitement contre le cancer du poumon à un stade avancé était la chimiothérapie ... nous commençons maintenant à voir les effets à plus long terme des [thérapies traitements novateurs], et donc maintenant l'espérance de vie moyenne ... se mesure en plusieurs années. »

Dr Paul Wheatley-Price, professeur agrégé et médecin oncologue à l'Université d'Ottawa, ancien président de Cancer pulmonaire Canada

« Certains qualifient ces médicaments [traitements novateurs] de curatifs pour certains patients, et avancent qu'un jour, le mélanome pourrait être une maladie chronique. »

Kathleen Barnard, fondatrice de la fondation Sauve ta peau



Un fossé existe

En l'absence de données complètes et intégrées permettant d'estimer les schémas d'utilisation, il est difficile de déterminer le nombre potentiel de patients n'ayant pas accès à ces thérapies qui prolongent la vie. Cependant, il existe bel et bien un écart en termes d'accès et, pour certains cancers, cet écart est considérable.

La couverture des médicaments associés aux thérapies traitements novateurs contre le cancer varie d'une province à l'autre et au sein d'une même province. C'est le cas également des modèles de soins du cancer et de l'accès aux services de diagnostic¹³. Il en résulte des écarts inter- et intraprovinciaux dans l'accès des patients aux traitements. Le lieu où les patients reçoivent les traitements contre le cancer joue également un rôle. Selon une enquête menée auprès d'urologues canadiens, 89 % des spécialistes des instituts universitaires de recherche sur le cancer ont recours aux thérapies traitements novateurs contre le cancer de la prostate, contre seulement 50 % des spécialistes exerçant dans des établissements communautaires ou régionaux.^{14,15}

13 Woon et coll., « Disparity in Public Funding of Therapies for Metastatic Castrate-Resistant Prostate Cancer Across Canadian Provinces ».

14 Hotte et coll., « Real-World Management of Advanced Prostate Cancer ».

15 Leigh et coll., « Barriers to Access of Contemporary Treatment for Lethal Prostate Cancer : An Ontario Population-Based Study ».

L'écart dans l'accès des patients aux thérapies traitements novateurs contre le cancer au Canada est à peine de 5 à 10 % pour certains types de cancer. Pour d'autres, jusqu'à 60 % des patients sont admissibles à ces traitements, mais ne les reçoivent pas. Pour ces patients, demain ne peut attendre.

« **Je pense que nous oublions que dans notre système de soins de santé universel, tout n'est pas gratuit. Ainsi, le coût des soins contre le cancer que doivent assumer les patients est considérable. De plus, ces coûts varient d'un bout à l'autre du Canada. »**

Dr Bill Evans, M.D., FRCPC, professeur émérite, Département d'oncologie, Université McMaster

« **L'une des tâches les plus difficiles... consiste à déterminer ce qui est couvert. Existe-t-il des programmes [d'accès] pour raisons humanitaires? Comment pouvons-nous présenter le médicament [sur le plan de l'admissibilité] pour avoir accès à la thérapie? Même les stratégies de séquençage des médicaments sont fondées sur le financement. »**

Neil Berinstein, professeur de médecine/immunologie, Université de Toronto, Odette Sunnybrook Cancer Centre



Tenir la promesse de demain

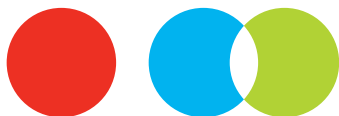
Le Canada peut accélérer l'accès aux traitements novateurs contre le cancer. Au cours d'entretiens approfondis, des leaders du domaine des soins aux personnes atteintes de cancer, du soutien aux patients et de la transformation des politiques, ont proposé quatre stratégies essentielles pour améliorer l'accès en temps opportun aux traitements novateurs :

- **Adapter les mécanismes existants d'évaluation des technologies de la santé (ÉTS), d'établissement des prix et de négociation des prix en vue de favoriser l'adoption rapide des thérapies** traitements novateurs et de les rendre disponibles aux patients pendant la phase de négociation des prix. Il faut harmoniser et accroître la rapidité des mécanismes actuels d'approbation réglementaire et de remboursement.
- **Modifier le mode de financement des thérapies innovantes pour faciliter la prestation de soins fondés sur la valeur et les ententes de partage des risques.** Afin de maximiser les résultats pour le patient, d'autres pays ont recours à des modèles de partage des risques, comme des accords de gestion du lancement et des ententes fondées sur les résultats, qui prennent en compte l'incertitude associée à la valeur à long terme des thérapies innovantes.

- **Créer une stratégie et des normes nationales qui permettent et financent l'accès aux services de diagnostic lorsque des thérapies traitements novateurs sont approuvées.** Des normes nationales et une collaboration interprovinciale en matière de tests de diagnostic permettraient d'établir des processus uniformes d'évaluation des technologies et de remboursement que les provinces et les territoires pourraient adapter et adopter.
- **Étendre et intégrer les systèmes et l'infrastructure** de données sur la santé afin d'assurer le suivi des résultats des patients, des données probantes en contexte réel et des nouveaux modèles de financement. Des données de meilleure qualité et plus récentes sont nécessaires pour soutenir la planification à long terme et les processus d'évaluation du système de santé et pour mettre en œuvre des modèles de partage des risques pour les nouveaux traitements novateurs.

Comme le démontre la réponse du Canada à la pandémie de COVID-19 et les programmes coordonnés de vaccination qui y sont mis de l'avant, il est possible de travailler ensemble pour trouver et mettre en œuvre des solutions à des problèmes de taille rapidement et avec succès.

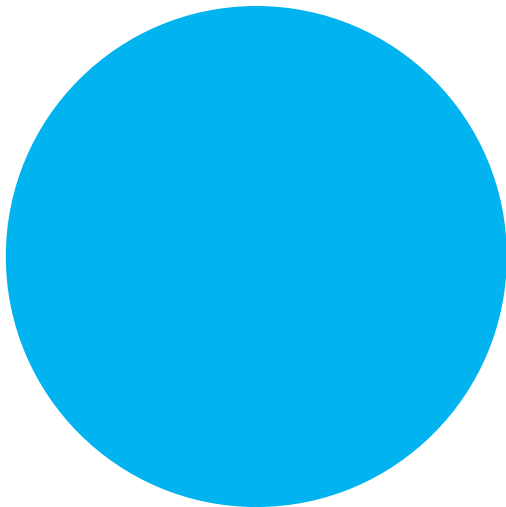
Ces réformes des politiques nécessiteront un mandat clair du gouvernement, des cadres de responsabilisation, un financement de tous les secteurs et un modèle de gouvernance opérationnelle axé sur la collaboration.



Impossible d'attendre demain

Les systèmes de soins de santé au Canada ont une occasion en or d'évoluer et de créer un environnement propice aux prochaines percées en matière de traitement du cancer. La collaboration est possible. Les retards anticipés dans le diagnostic des cas de cancer provoqués par la mobilisation des systèmes de santé au Canada en réponse à la pandémie obligent tous les intervenants à agir dès maintenant. Les gouvernements, l'industrie, les chercheurs et les patients doivent faire leur part pour accélérer le changement.

Les systèmes de santé au Canada sont à bout de ressources en cette période où nous émergeons de la pandémie de COVID-19. Néanmoins, il est essentiel de faire évoluer les systèmes de santé aux personnes atteintes du cancer ainsi que les mécanismes existants d'ÉTS et de négociation des prix afin d'accélérer l'adoption rapide des thérapies traitements novateurs. Ainsi, les patients admissibles en attente de soins pourront recevoir ces traitements novateurs et vivre d'autres lendemains.



Annexe A

Méthodologie

Ce rapport quantifie la valeur clinique et économique potentielle d'un nombre restreint de traitements novateurs contre le cancer au cours de la période de 2011 à 2021. Nous avons choisi cet horizon temporel, car les traitements novateurs à l'étude ont fait l'objet d'une recommandation de financement de la part de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour au moins un traitement indiqué au cours de cette période.

Pour estimer la valeur clinique, nous avons suivi des cohortes annuelles de patients (divisées selon l'âge) pendant toute la durée de leur survie sans progression (SSP), selon deux scénarios : traitement traitements novateurs et traitement standard de soins. Pour chaque type de tumeur, le scénario de soins a débuté au moment où l'ACMTS a recommandé l'indication du traitement traitements novateurs pour la première fois. Nous utilisons la différence de SSP entre les scénarios de traitement pour représenter les avantages des traitements novateurs. On calcule le total des années de SSP gagnées (grâce au traitement traitements novateurs) en additionnant les années de SSP gagnées dans toutes les cohortes annuelles de patients.

Aux fins de cette étude, on mesure la valeur économique d'un traitement traitements novateurs par son effet positif sur la productivité. La « productivité » renvoie à la valeur de la perte de production qui a été évitée grâce aux résultats cliniques découlant des traitements novateurs dans le cadre de notre étude. On quantifie la productivité en estimant le revenu que les personnes traitées auraient pu gagner pendant la période prolongée des années de SSP. Cette approche respecte l'esprit de la méthode du capital humain (MCH), l'une des deux méthodes recensées dans les publications de l'Agence de la santé publique du Canada telles que les rapports sur le fardeau économique de la maladie au Canada. Nous avons choisi la MCH en raison des limites des données sur les résultats des patients sur le marché du travail. L'utilisation de la MCH doit

reposer sur des hypothèses solides, notamment l'absence de chômage involontaire. Les estimations doivent donc être considérées comme la limite supérieure de la valeur de la production perdue¹.

Notre modèle suppose le même taux d'emploi normalisé selon l'âge et les mêmes revenus médians dans la population atteinte d'un cancer que dans la population générale, et entre les groupes de traitement et les groupes de contrôle. Notre modèle suppose essentiellement que tous les patients atteints d'un cancer continuent à travailler pendant la durée de SSP médiane de leur thérapie et que le patient cesse de travailler au point de SSP médian. La distinction établie entre les deux cohortes d'essais suppose que le groupe ayant bénéficié du traitement traitements novateurs a travaillé et touché son salaire pendant une période plus longue, représentée par les mois supplémentaires de SSP (ou les années de vie gagnées).

Pour déterminer l'évolution du système nécessaire pour faire progresser l'accès au traitement, la qualité de vie et la survie, nous avons fait appel à des leaders et à des experts des domaines suivants : pratique clinique, défense et soutien des patients, recherche et gouvernance.

Nous avons interviewé 18 intervenants clés provenant d'un échantillon de convenance composé des personnes suivantes : cliniciens (n=3), défenseurs des patients (n=3), anciens payeurs (n=3), représentants de l'évaluation des technologies de la santé (n=4), chercheurs en politiques de la santé (n=2) et anciens représentants du gouvernement (n=1). Les entretiens ont été enregistrés, et leur contenu a fait l'objet d'une analyse qualitative (consultez *Demain ne peut attendre* pour un aperçu complet de la méthodologie de l'étude et des résultats quantitatifs et qualitatifs détaillés²).

1 Agence de la santé publique du Canada. *Fardeau économique de la maladie au Canada, 2010.*

2 Van Mulligen et coll., *Demain ne peut attendre : La valeur des traitements novateurs contre le cancer pour les Canadiens (Rapport technique).*

Limites de nos hypothèses

Notre modèle n'intègre pas tous les cancers ni tous les traitements novateurs possibles pour chaque type de tumeur à l'étude. Les traitements novateurs les plus récents sont modélisés pour une période plus courte que celle des traitements novateurs plus anciens au cours de notre période d'étude.

Il est possible que cette étude sous-estime le nombre de patients qui auraient pu bénéficier de nouveaux traitements novateurs en raison de l'absence de données administratives longitudinales complètes au Canada.

Nous ne disposons pas de données sur les taux et les durées d'emploi des patients qui ont reçu un diagnostic de cancer pendant ou après le traitement, pas plus que de données par type de tumeur ou par groupe de traitement.

Les gains de productivité sont entièrement hypothétiques et supposent que les taux d'emploi normalisés selon l'âge et les revenus médians sont les mêmes dans la population atteinte d'un cancer que dans la population générale, ainsi qu'entre le groupe de traitement et le groupe contrôle. Notre modèle suppose essentiellement que tous les patients atteints d'un cancer et qui ont reçu un diagnostic continuent à travailler au même rythme pendant la durée de la survie sans progression (SSP) médiane de leur traitement, et que le patient cesse de travailler au point de SSP médian. La distinction établie entre les deux cohortes suppose que le groupe qui a bénéficié du traitement novateurs a travaillé et a reçu un salaire pendant une période plus longue, représentée par les mois supplémentaires de SSP (ou les années de vie gagnées). L'étude ne tient pas compte de la baisse du taux d'emploi au moment du diagnostic, et de la possibilité de recommencer à travailler plus tôt ou de rester au travail plus longtemps dans le groupe de traitement novateurs par rapport au groupe dans la norme de soins. L'effet des prestations d'invalidité versées par les employeurs n'est pas pris en compte dans le modèle quantitatif.

L'effet des traitements sur la qualité de vie est un facteur important aux yeux des patients, en plus d'être mentionné de plus en plus fréquemment lors des essais cliniques. Ce facteur est également utilisé dans le cadre des évaluations des technologies de la santé pour calculer les années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAC), c.-à-d. le bénéfice ajusté de la survie pour refléter l'impact sur la qualité de vie du traitement novateurs à l'étude. Étant donné le manque d'uniformité dans les données sur la qualité de vie rapportées dans les essais cliniques au cours de la période d'étude pour les diverses innovations ciblées, et compte tenu de la norme de soins qui leur est associée, notre modèle ne quantifie pas l'évaluation des avantages fondée sur la qualité de vie. Au lieu de cela, nous la présentons dans le cadre de l'examen des thérapies comprises dans notre modèle pour refléter l'impact sur un patient type à cette époque, en utilisant les soins standard, et maintenant, en utilisant la thérapie révolutionnaire.



Annexe B

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. *Fardeau économique de la maladie au Canada, 2010*, Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2017, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/fardeau-economique-maladie-canada-2010.html>.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. « Lignes directrices du CEPMB », Ottawa: CEPMB, consulté le 1er décembre 2021, <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes/services/legislation/a-propos-lignes-directrices/lignes-directrices.html>.

Ellison, Larry F. « The Cancer Survival Index: Measuring Progress in Cancer Survival to Help Evaluate Cancer Control Efforts in Canada », Ottawa : Statistique Canada, 15 septembre 2021, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2021009/article/00002-fra.pdf?st=0XeBIDKD>.

Godman, Brian, Anna Bucsics, Patricia Vella Bonanno, Wija Oortwijn, Celia C Rothe, Alessandra Ferrario, Simone Bosselli, Andrew Hill, Antony P. Martin, Steven Simoens et coll. « Barriers for Access to New Medicines: Searching for the Balance Between Rising Costs and Limited Budgets », *Frontiers in Public Health* 6 (5 déc. 2018) : 328.

Gouvernement du Canada. Lignes directrices du CEPMB, 14 juillet 2021, <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes/services/legislation/a-propos-lignes-directrices/lignes-directrices.html>.

Gouvernement du Canada. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, consultation n° 27 : ConectTED (en anglais seulement), 24 janvier 2022, https://www.canada.ca/content/dam/pmprb-cepmb/documents/consultations/notice-comment-references-comparator-countries/submissions/N_C%20Aug2021%20Submission_CONECTed_EN.pdf.

Gouvernement du Canada. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, consultations/commentaires reçus, <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes/services/consultations/avis-commentaires-references-pays-comparaison/soumissions-recues.html>.

Hotte, Sebastien J., Antonio Finelli, Kim N. Chi, Christina M. Canil, Neil Fleshner, Anil Kapoor, Michael Paul Kolinsky, Shawn Malone, Chris Morash, Tamim Niazi, et coll. « Real-World Management of Advanced Prostate Cancer: A Canadian Comparison of Academic Specialists and Community-Based Prostate Cancer Physicians », *Journal of Clinical Oncology* 38, n° 6 (2020).

Leigh, Jennifer, Daniel Qureshi, Ewa Sucha, Colleen Webber, Peter Tanuseputro et Michael Ong. « Barriers to Access of Contemporary Treatment for Lethal Prostate Cancer: An Ontario Population-Based Study », article présenté au congrès annuel 2021 de l'Association canadienne des médecins omnipraticiens en oncologie, Université d'Ottawa, juin 2021, titulaire d'une bourse, <https://www.mdpi.com/1718-7729/28/3/204/pdf>.

Lussier Hoskyn, Sarah. *Explaining Public Reimbursement Delays for New Medicines for Canadian Patients*, Toronto : Médicaments novateurs Canada, 2020, <http://innovativemedicines.ca/wp-content/uploads/2020/06/20200630-CADTH-TTL-Poster-FINAL.pdf>.

Lussier Hoskyn, Sarah et Jason Field. *Early Signs of Negative Impacts for Patients of Health Canada Pharmaceutical Pricing Reforms*, Toronto : Innovative Medicines Canada, 2020, <http://innovativemedicines.ca/wp-content/uploads/2020/06/20200630-CADTH-EarlySigns-FINAL.pdf>.

McDougall Scientific. *Clinical Trials in Canada 2020: A Country Overview*. Toronto: McDougall Scientific, 2020, <https://www.mcdougallscientific.com/wp-content/uploads/2020-Clinical-Trials-in-Canada-an-Overview.pdf>.

National Cancer Institute, National Institutes of Health. « What Is Cancer? » Bethesda, MD : The Institute, 2021, <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.

Partenariat canadien contre le cancer. Rendement du système de lutte contre le cancer : *Rapport de 2018*, Toronto : Le Partenariat, novembre 2018, <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/2018-Cancer-System-Performance-Report-FR.pdf>.

Salek, Sam, Sarah Lussier Hoskyn, Jeffrey Roy Johns, Nicola Allen et Chander Sehgal. « Factors Influencing Delays in Patient Access to New Medicines in Canada: A Retrospective Study of Reimbursement Processes in Public Drug Plans », *Frontiers in Pharmacology* 10 (29 mars 2019) : 196.

Société canadienne du cancer. « Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer », 2021, <https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/cancer-statistics-at-a-glance>.

Statistique Canada. « Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge », Ottawa : Statistique Canada, 26 novembre 2020, https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&request_locale=fr.

Van Mulligen, Kiefer, Isabella Moroz, Nicholas Moroz et Chad Leaver. « Demain ne peut attendre : La valeur des traitements novateurs contre le cancer pour les Canadiens (rapport technique) », Ottawa : Le Conference Board du Canada, 4 février 2022.

Woon, Dixon T.S., Thenappan Chandrasekar, Lorne Aaron, Naveen S. Basappa, Kim N. Chi, Henry J. Conter, Geoffrey Gotto, Sebastien J. Hotte, Shawn Malone, Fred Saad et coll. « Disparity in Public Funding of Therapies for Metastatic Castrate-Resistant Prostate Cancer Across Canadian Provinces », *Canadian Urological Association Journal* 12, n° 10 (Octobre 2018) : 328.

Remerciements

Ce rapport a été préparé par les personnes suivantes du Conference Board du Canada : Kiefer Van Mulligen, économiste; Isabella Moroz, associée principale de recherche; Nicholas Moroz, associé de recherche, et Chad Leaver, directeur.

Un comité consultatif, mandaté par le Conference Board, a fourni des orientations, des commentaires sur le contenu en plus de faire la révision externe du document.

Membres du comité consultatif

Kathleen Barnard, fondatrice : Fondation sauve ta peau, All Can Canada, Canadian Oncology Network for Exchange, Cancer Care Innovation, Treatment Access and Education (CONNECTed)

Neil Berinstein, M.D., professeur de médecine/immunologie à l'Université de Toronto, Odette Sunnybrook Cancer Centre

Patrice Desmeules, M.D., M.Sc., Département de pathologie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval

Martine Elias, M.Sc., directrice générale, Myélome Canada

Bill Evans, M.D., FRCPC, professeur émérite, Département d'oncologie, Université McMaster

Judith Glennie, Ph. D., présidente, J.L. Glennie Consulting Inc.

Elie Kassouf, M.D., M.Sc., hématologue et médecin oncologue au CISSS de Lanaudière, Québec, Canada

Olaf Koester, MBA, pharmacien, associé directeur et conseiller principal, OHWK Business Management Advisory

Stephanie Snow, M.D., médecin oncologue, QEII Health Sciences Centre, professeure agrégée, Département d'oncologie, Université Dalhousie

Eva Villalba, MBA, M.Sc., directrice générale, Coalition Priorité Cancer au Québec; membre, All Can Canada et Canadian Oncology Network for Exchange, Cancer Care Innovation, Treatment Access and Education (CONNECTed)

Les auteurs souhaitent également remercier les principaux intervenants suivants qui ont participé à des entretiens qualitatifs ou à une brève enquête.

- **Cathy Ammendolea**, présidente du conseil d'administration du Réseau canadien du cancer du sein
- **Dr Tony Finelli**, M.D., M.Sc, FRCSC, chef du service d'urologie, chef du département de médecine génito-urinaire au Princess Margaret Cancer Centre
- **Dr Scott Ernst**, M.D., médecin oncologue, professeur, Département d'oncologie, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western
- **Dr Wilson H. Miller Jr.**, M.D, Ph. D, professeur, Département d'oncologie et de médecine, Université McGill
- **Dr Paul Wheatley-Price**, M.D., M.B.Ch.B., FRCP (R.-U.), professeur agrégé et médecin oncologue à l'Université d'Ottawa

Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien financier de Abbvie, Amgen, Astellas, AstraZeneca, Bayer, BIOTECanada, BMS, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Gilead Sciences, Médicaments novateurs Canada (MNC), Ipsen, Janssen, Merck, Novartis, Roche, Servier et Takeda.

Conformément aux lignes directrices du Conference Board, la conception et la méthodologie de recherche, ainsi que le contenu, les résultats et les conclusions de cette étude ont été déterminés uniquement par le Conference Board du Canada. Toute omission de faits ou d'interprétation, le cas échéant, relève entièrement de la responsabilité du Conference Board du Canada.

Demain ne peut attendre : La valeur des traitements novateurs contre le cancer pour les Canadiens

Kiefer Van Mulligen, Isabella Moroz, Nicholas Moroz et Chad Leaver

Pour citer cette note de recherche : Van Mulligen, Kiefer, Isabella Moroz, Nicholas Moroz et Chad Leaver. *Demain ne peut attendre : La valeur des traitements novateurs contre le cancer pour les Canadiens*. Ottawa : Le Conference Board du Canada, 2022.

©2022 Le Conference Board du Canada*

Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028 |

*Constitué sous la raison sociale d'AERIC Inc.

Ce document est disponible sur demande dans un format accessible aux personnes ayant une déficience visuelle. Agent d'accessibilité, Le Conference Board du Canada

Tél. : 613-526-3280 ou 1-866-711-2262

Courriel : accessibility@conferenceboard.ca

®Le Conference Board du Canada est une marque déposée du Conference Board, Inc.

Nos prévisions et travaux de recherche reposent souvent sur de nombreuses hypothèses et sources de données et présentent ainsi des risques et incertitudes. Ces renseignements ne doivent donc pas être perçus comme une source de conseils spécifiques en matière de placement, de comptabilité, de droit ou de fiscalité. Le Conference Board du Canada assume l'entière responsabilité des résultats et conclusions de cette recherche.





Des idées qui résonnent...