

Présentation conjoint du groupe de défense des droits des patients

adressé au

**Groupe de travail sur le secteur des produits pharmaceutiques
et des sciences de la vie**

Gouvernement du Canada

Le 4 juin 2026

Présenté par 24 Organismes de défense des droits des patients

Points clés

- Mesurer la compétitivité du Canada en fonction de la mesure de patients atteintes par l'innovation — non uniquement en fonction des investissements dans la recherche ou les délais réglementaires.
- Suivre le délai d'accès des patients aux soins, l'équité entre les régions et les résultats rapportés par le patient comme indicateurs de performance clés du système.
- Intégrer les partenariats avec les patients plus tôt et de manière plus systématique tout au long du parcours — depuis la recherche et le développement jusqu'à l'utilisation après la mise en marché.
- Reconnaître et informer les associations de patients comme partenaires de mise en œuvre dans le cadre de l'infrastructure canadienne des sciences de la vie.

Martin LeBlanc, coprésident

Michelle Boudreau, coprésidente

Groupe de travail sur le secteur des produits pharmaceutiques et des sciences de la vie
Gouvernement du Canada

M. LeBlanc, Mme Boudreau et membres du Groupe de travail,

Au nom des organismes de défense des droits des patients soussignés, nous saluons la création du Groupe de travail sur le secteur des produits pharmaceutiques et des sciences de la vie, ainsi que son mandat visant à renforcer la compétitivité du Canada dans le domaine des sciences de la vie tout en améliorant l'accès aux médicaments novateurs.

Nous vous écrivons pour recommander que l'accès des patients, leur expérience vécue et leur participation soient considérées comme des indicatrices clés de la compétitivité du Canada dans le domaine des sciences de la vie. La compétitivité du Canada ne devrait pas être évaluée uniquement en fonction des investissements dans la recherche, de l'activité en essais cliniques, de délais réglementaires ou des décisions de remboursement. Elle devrait également être évaluée en fonction de la capacité de l'innovation à atteindre la population de manière rapide, équitable et significative.

La participation des patients ne doit pas être considérée comme la dernière étape du processus de consultation, mais comme un moteur concret permettant d'améliorer la prise de décisions, la mise en œuvre et les résultats. Les indicateurs tels que les délais d'accès des patients, l'équité entre régions, les résultats et opinions rapportées par le patient, et les délais d'accès clés doivent faire l'objet d'un suivi tout au long du parcours — depuis la recherche et le développement jusqu'à l'examen réglementaire, l'évaluation des technologies de la santé, le remboursement, la mise en œuvre et l'utilisation après la mise en marché.

Les associations de patients sont des acteurs actifs du système de santé. Nous contribuons à la production de données grâce aux mesures de l'expérience rapportée par les patients et les mesures des résultats rapportés par les patients, qui informent l'Agence des médicaments du Canada (AMC), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Alliance pharmaceutique pancanadienne (APP) ainsi que les processus de remboursement. Nous soutenons la prise de décision partagée, la formation des prestataires de soins, l'accès au diagnostic, l'observance thérapeutique, la navigation du système de santé, le recrutement et la rétention dans les essais cliniques, la défense des intérêts des patients avec les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux ainsi que les assureurs privés et le développement de lignes directrices cliniques. Ces activités aident à faire passer l'innovation de la recherche vers l'accès, l'utilisation, les résultats et la valeur pour le système de santé dans la pratique quotidienne.

Le Canada ne peut pas être compétitif à l'échelle mondiale si les patients doivent faire face aux longs délais entre l'innovation thérapeutique et leur accès aux traitements. Ces délais d'accès sont non seulement un problème de remboursement; ils constituent des problèmes de performance du système. Lorsque les patients attendent un diagnostic, l'évaluation d'un spécialiste, l'assurance maladie publique ou privée, l'inscription uniforme sur les listes des médicaments ou la mise en œuvre locale, les coûts sont distribués ailleurs par le biais d'un recours évitable aux soins de santé, de frais non-remboursables, d'une perte de productivité, d'une pression sur le fournisseur de soins, d'une progression de la maladie, d'un handicap et d'une prise en charge chère de la maladie à un stade avancé. Selon Médicaments novateurs Canada, il faut actuellement en moyen 736 jours après l'approbation de Santé Canada pour que les Canadiens puissent accéder un médicament par l'entremise d'un régime public d'assurance maladie — comparativement à 226 jours par l'entremise d'une assurance privée et moins qu'une année dans la plupart des pays comparables.

Le modèle fédéral canadien engendre également des inégalités d'accès entre toutes les provinces et territoires. Cela nuit à l'évolution de l'état de santé des patients et rend le Canada moins attrayant pour les investissements dans le secteur des sciences de la vie, car le parcours entre l'approbation et l'adoption des traitements est variable, lent et difficile à évaluer. Le Groupe de travail devrait donc considérer l'accès et la mise en œuvre comme des éléments clés pour la stratégie canadienne de sciences de la vie.

Nous recommandons que le Groupe de travail effectue les actions ci-dessous :

1. Reconnaître le délai d'accès des patients comme un indicateur de performance du système. Le Canada devrait mesurer le temps écoulé entre l'autorisation accordée par Santé Canada et l'évaluation des technologies de la santé, la négociation, l'inscription sur la liste de médicaments publics, la couverture par les régimes d'assurance maladie privée, l'adoption par les cliniciens et le début du traitement approprié par les patients. Ces mesures devraient être stratifiées par province et territoire, par groupe de population, selon le degré de ruralité, le revenu et d'autres facteurs liés à l'équité. La collection de ces mesures permettrait d'établir une responsabilité de base plus claire et l'amélioration ciblée.

2. Développer un tableau de bord national sur les délais de soins aux patients. Un tel tableau de bord devrait permettre de suivre les délais entre le diagnostic et la mise en place d'un traitement approprié, d'identifier des écarts entre juridictions et de favoriser une amélioration ciblée du système. Cela aiderait les gouvernements, les assureurs publiques ou privées, les cliniciens, les chercheurs, l'industrie et les associations de patients à comprendre où l'innovation est freinée et où des investissements sont nécessaires pour la mise en œuvre. Les associations de patients seraient ravis de pouvoir contribuer à la conception d'un tel outil afin qu'il reflète les parcours actuels des patients et favorise une amélioration concrète du système.

3. Formaliser les partenariats avec les patients le long du parcours de soins. AMC et INESSS ont réalisés des progrès importants en tenant compte de l'expérience vécue des patients, mais le partenariat avec les patients devrait être intégré plus tôt et de manière plus systématique dans les consultations initiales à l'évaluation des technologies de la santé, la conception des essais cliniques, la pharmacovigilance, la planification des données actuelles, la planification de la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles thérapies.

4. Considérer les associations de patients comme des partenaires de mise en œuvre. Les associations de patients contribuent à la navigation du système de santé, à l'éducation, à l'observance thérapeutique, à la reconnaissance des symptômes, à la prise de décisions partagée, à la sensibilisation aux essais cliniques, à l'engagement des prestataires de soins de santé et à la mise en œuvre des lignes directrices. Ces rôles devraient être reconnus et dotés de ressources dans le cadre de l'infrastructure d'innovation du Canada. Le cas échéant, ces contributions devraient être officiellement reconnues dans la planification de la mise en œuvre et soutenues par des modèles de partenariat durable.

Le Canada dispose de l'expertise scientifique, la direction clinique, les capacités de la communauté des patients et la structure politique nécessaire à renforcer sa compétitivité dans les secteurs des produits pharmaceutiques et des sciences de la vie. Toutefois, notre compétitivité doit être évaluée en fonction de la mesure dans laquelle l'innovation affecte les gens dans la vie quotidienne.

Reconnaître le délai d'accès des patients comme une indicatrice clé de la performance du système, qui incorpore les partenariats avec les patients le long du parcours de soins et identifie les écarts grâce à un tableau de bord national sur les délais d'accès des patients — le tout soutenu par des investissements ciblés et la mise en œuvre collaboratif — permettrait d'améliorer l'évolution de l'état de santé du patient et l'attrait du Canada en tant qu'un marché pour l'innovation.

Les associations de patients sont prêts à collaborer avec le Groupe de travail, les gouvernements, le secteur, les cliniciens, les chercheurs et les assureurs publiques et privées afin d'élaborer conjointement des solutions concrètes visant à améliorer l'accès aux soins en temps opportun, à réduire les inégalités et à renforcer l'évolution de l'état de santé des patients. Nous serions ravis de pouvoir contribuer à la conception d'outils, d'indicateurs et de modèles de partenariats qui favorisent à la fois le bien-être des patients et le renforcement du système des sciences de la vie au Canada.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter Lindsay Timm, Directrice générale, Réseau canadien des survivants du cancer à ltimm@survivornet.ca, et Riley Sanders, Chef des relations gouvernementales et des affaires publiques, Global Allergy and Airways Patient Platform à rsanders@gaapp.org.

Sincèrement,

A handwritten signature in black ink that reads "Lindsay Timm". The signature is written in a cursive, flowing style. It is positioned above a thin horizontal line.

Lindsay Timm

Directrice générale | Réseau canadien des survivants du cancer

Signataires d'associations de patients

Katie Hulan

Vice-présidente, plaidoyer

ALK Positive Canada

Jeffrey Beach

Président-Directeur général

Asthma Canada

Chantal Thurston

Présidente du conseil d'administration

AYA Can

Michelle Colero

Directrice générale

Cancer de la vessie Canada

Nicole Farrell

Cheffe de la direction

Fondation canadienne des tumeurs cérébrales

Kimberly Carson

Cheffe de la direction

Breast Cancer Canada

Lindsay Timm

Directrice générale

Réseau canadien des survivants du cancer

Michelle Burleigh

Coprésidente

Canadian Immunocompromised Advocacy Network

Brenda Clayton

Présidente

Carcinome cholangio-hépatocellulaire Canada (CCHC)

Henry Roberts

Administrateur délégué

COPD Canada

Filomena Servidio-Italiano

Présidente-Directrice générale

Réseau d'informations et soutien pour le cancer colorectal (RISCC)

Stefanie Condon-Oldreive

Fondateur et Directrice

Craig's Cause Pancreatic Cancer Society

Jennie Dale

Fondateur et Directrice générale

Seins Denses Canada

Gail Attara

Cheffe de la direction et cofondateur

Société gastro-intestinal

Tonya Winders

Présidente-Directrice générale

Global Allergy and Airways Patient Platform

Shem Singh

Directeur général

Cancer pulmonaire Canada

Jessica Moffatt

V.-P., Programmes, Affaires publiques et recherche

Lung Health Foundation

Frank Dunn

Président-Directeur général par intérim

LungNSPEI

Falyn Katz

Cheffe de la direction

Mélanome Canada

Martine Elias

Cheffe de la direction

Myélome Canada

Tania Vrionis

Cheffe de la direction

Cancer de l'ovaire Canada

Ayelet Borgida

Directrice, Initiatives en santé et médecine

Pancreatic Cancer North America

Jamie Myrah

Directrice générale

L'Association d'Hypertension Pulmonaire du Canada

Eva Villalba

Directrice générale

Coalition Priorité Cancer au Québec

Index de maladies et de problèmes de santé

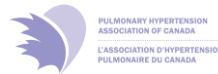
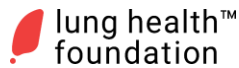
L'index ci-dessous démontre la manière dont les associations de patients pourraient aider le Groupe de travail à établir un lien entre la prévalence, les possibilités pharmaceutiques innovatrices et les obstacles d'accès concrets. Des figures de prévalence sont présentées comme estimations. Des estimations brutes sont incluses là où la prévalence nationale n'est pas disponible et proviennent de la prévision démographique de Statistique Canada du 1 juillet 2024, soit 41 288 599 habitants.^[2]

Problème de santé	Prévalence ou charge corporelle canadienne	Possibilités innovantes dans le domaine pharmaceutique	Écarts actuels nuisant à l'optimisation des traitements et l'accès régional
AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES			
L'asthme	4,8 millions diagnostiqués (2024)	Biomédicaments pour phénotypes graves; nouvelles trajectoires anti-inflammatoires; inhalateurs combinés améliorés.	Sous-diagnostic de maladie grave; orientation vers des spécialistes irréguliers; accès inégale aux tests de dépistage; variations régionales dans les critères d'admissibilité. ^[3]
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	2,0 millions diagnostiqués; 1,8 million traités (âgés 35–79)	Nouveaux inhalateurs combinés; biomédicaments pour certains patients; médicaments visant à réduire les exacerbations.	Accès limité à la spirométrie; diagnostic tardif; charge élevée d'exacerbation; variations régionales dans l'accès à l'assurance maladie et aux nouveaux médicaments. ^{[3] [4]}
Fibrose pulmonaire	Environ 12 300–16 500 personnes (estimation brute)	Médicaments anti-fibrotiques; méthodes de précision; médicaments émergent pour la maladie fibrosante progressive.	Retard dans l'orientation vers un spécialiste de la maladie pulmonaire interstitielle (MPI); variabilité d'imagerie et du diagnostic multidisciplinaire; variations régionales quant à l'admissibilité et les renouvellements. ^[6]
MALADIE RARE			
Tumeurs cérébrales primitives	Environ 42 500 tumeurs primitives du SNC ont été diagnostiqués dans 41 590 Canadiens entre 2018 et 2022.	Médicaments contre le cancer précis; les tests génétiques et génomiques visant à favoriser la mise en place de traitements hautement ciblés et personnalisés.	Diagnostic tardif; options d'essais cliniques et de traitements limitées; variations régionales quant à l'accès aux traitements et l'autorisation de nouveaux traitements; frais élevés non-remboursables.
Carence Alpha 1 antitrypsine	Environ 7 500–8 300 personnes avec carence grave (estimation brute)	Thérapies modificatrices de la maladie; modèles de thérapie d'augmentation; recherche axée sur les gènes et l'ARN.	Manque de dépistage dans les cas de MPOC et les maladies hépatiques; le dépistage en cascade limitée; remboursements inégaux d'une région à l'autre. ^[7]
Fibrose kystique	4 571 personnes	Traitements modulateurs; approches axées sur la génétique et l'ARN de	Accès inégal aux médicaments de pointe; écarts durant la transition entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes; options limitées pour les patients non admissibles. ^[8]

Problème de santé	Prévalence ou charge corporelle canadienne	Possibilités innovantes dans le domaine pharmaceutique	Écarts actuels nuisant à l'optimisation des traitements et l'accès régional
		nouvelles générations; médicaments visant les infections et l'inflammation.	
Hypertension artérielle pulmonaire	Plus de 2 000 avec HTAP; jusqu'à 4 000 sont atteintes	Catégories thérapeutiques visant les voies vasculaires pulmonaires; régimes combinés; nouveaux médicaments visant les trajectoires thérapeutiques.	Diagnostic tardif; connaissances limitées des soins primaires; retards dans l'accès au traitement. ^[5]
Maladie gastro-intestinal rare	Exemple MICI : 825 par 100 000	Médicaments immunitaires ciblés; petites molécules administrées par voie orale; biomédicaments et biosimilaires; approches de précision.	Diagnostic tardif; capacité limitée des spécialistes; accès inégal à l'endoscopie et aux biomarqueurs; variations régionales dans l'approche de traitement par étapes. ^[9]
ONCOLOGIE			
Cancers pédiatrique, d'adolescent et de jeune adulte		Médecine de précision guidée par un profil génomique complet (tel que l'initiative Terry Fox PROFYLE); petites molécules et immunothérapies spécifiques à la cible; accès aux essais cliniques internationaux spécifiques visant des mutations ultra-rares.	Variations régionales importantes et retards de financement pour le séquençage de nouvelle génération (SNG) de pointe; l'absence d'infrastructure d'essais cliniques adaptées à l'âge entre les provinces; des écarts systématiques durant la transition entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes qui font que les patients AYA (les adolescents et les jeunes adultes) perdent accès aux soins spécialisés, à l'aide pour naviguer le système de santé et aux essais cliniques lorsqu'ils dépassent l'âge limite des services pédiatriques.
Cancer du poumon	32 900 nouveaux cas diagnostiqués projetés (2025); 32 645 prévalences sur cinq ans (2018)	Immunothérapies; médicaments contre le cancer ciblés; médecines de précision associées à des tests moléculaires.	Diagnostic de stade tardif, dépistage par tomodensitogramme irrégulier; des retards dans les tests moléculaires; un accès inégal aux essais cliniques. ^{[10] [11]}
Cancer de la prostate	30 400 nouveaux cas diagnostiqués projetés (2025); 72 725 prévalences sur cinq ans (2018, sauf le Québec)	Médicaments contre le cancer ciblés; produits radiopharmaceutiques; hormonothérapies; médecines de précision associées aux tests génomiques et de biomarqueurs.	Accès inégale aux antigènes prostatiques spécifiques (APS) et aux trajectoires diagnostic; délais d'attente pour les IRM et biopsies; accès variable aux tests génomiques, à la thérapie par ligand radioactif, essais cliniques et les soins de soutien pour les survivants. ^{[10] [11]}
Cancers gastro-intestinal et colorectal	Colorectal: 26 400 nouveaux cas diagnostiqués (2025);	Immunothérapies pour les patients sélectionnés en fonction de biomarqueurs; médicaments ciblés;	Critères de dépistage stricts et inéquitables; retards dans la réalisation des coloscopies; recours limité aux tests de

Problème de santé	Prévalence ou charge corporelle canadienne	Possibilités innovantes dans le domaine pharmaceutique	Écarts actuels nuisant à l'optimisation des traitements et l'accès régional
	59 160 prévalences sur cinq ans (2018)	options de traitement de précision pour les sous-types plus rares.	biomarqueurs; disparité régionale dans l'accès aux nouveaux médicaments. ^{[10] [11]}
Cancer du sein	31 900 nouveaux cas diagnostiqués (2025); 84 465 prévalences sur cinq ans (2018)	Médicaments contre le cancer ciblés; immunothérapies ciblant certains sous-types; médicaments de précision et thérapies axés sur les anticorps.	Inégalités de dépistage, de tests génétiques et moléculaires, de reconstruction mammaire et de soins psychosociaux; inégalité de l'accès aux prothèses ou à l'assurance maladie; variation régionale dans l'approbation de traitements. ^{[10] [11]}
Cancer de la vessie	12 600 nouveaux cas (2025)	Conjugués anticorps-médicaments (CAM); inhibiteurs du FGFR; inhibiteurs de point de contrôle immunitaire	Accès tardif et irrégulier; retards dans le diagnostic, écarts en matière d'équité, accès inéquitable aux tests de biomarqueurs. ^{[10] [11]}
Cancer du pancréas	7 500 nouveaux cas (2025)	Médecine de précision, thérapies fondées sur les biomarqueurs; traitements ciblant le gène KRAS; des combinaisons d'immunothérapies.	Diagnostic tardif; options limitées de dépistage précoce; accès inégal aux tests moléculaires et aux centres spécialisés en santé hépatique, pancréatique et biliaire (HPB); une absence de programmes de dépistages; accès irrégulier aux tests, essais cliniques, soins spécialisés et nouvelles thérapies entre juridictions. ^{[19][20]}
Cancer du foie (CHC et cholangio-carcinome)	Cancer du foie, y compris cholangiocarcinome : 4 800 nouveaux cas (2025). Morts estimées : 3 600 personnes (2025)	Immunothérapie et thérapies ciblées; radio-oncologie	Obstacles à l'accès aux tests de biomarqueurs et aux biopsies liquides; accès limité aux essais cliniques.
Cancer de l'ovaire	3 000 nouveaux cas diagnostiqués (2026)	Médicaments contre le cancer précis; médicaments d'entretien ciblés; options associées aux tests génétiques et aux tests tumoraux.	Aucun dépistage de la population; diagnostic tardif; inégalité d'accès aux tests génétiques; capacité régionale limitée en oncologie gynécologique. ^{[11] [12]}
Mélanome et le cancer de la peau	Mélanome : 10 800 (2025); Autres cancers de la peau : 76 100 (2014)	Immunothérapies; médicaments contre le cancer ciblés; approche fondée sur les thérapies cellulaires et géniques pour les maladies à un stade avancé et à haut risque.	Accès aux soins dermatologiques en milieu rural; délais d'attente pour les biopsies; programmes de prévention irréguliers; variations régionales des soins spécialisés. ^{[13] [14]}
Leucémie	6 600 nouveaux cas diagnostiqués (2024)	Médicaments hématologiques ciblés; thérapies cellulaires et géniques; médicaments de précision associées à	Accès inégale aux services d'hématologie, aux tests, aux essais cliniques et à la thérapie cellulaire; variations régionales en matière d'autorisation et de séquençage. ^[12]

Problème de santé	Prévalence ou charge corporelle canadienne	Possibilités innovantes dans le domaine pharmaceutique	Écarts actuels nuisant à l'optimisation des traitements et l'accès régional
		la maladie résiduelle mesurable (MRD) et aux tests moléculaires.	
Myélome multiple	4 300 nouveaux cas diagnostiqués (2025)	Immunothérapies ciblées (en particulier, les thérapies cellulaires et géniques); les protocoles de traitements fondés sur le dépistage MRD; un traitement plus précoce pour les maladies précurseurs à haut risque.	Retards dans le diagnostic; accès aux soins et traitements inégal (services en hématologie, tests de biomarqueurs, essais cliniques, nouvelles thérapies); le coût élevé des thérapies cellulaires. ^[10]
AFFECTIONS CUTANÉES CHRONIQUES			
Dermatite atopique	Environ 1,8 million de personnes (estimation brute)	Biomédicaments; petites molécules administrées par voie orale; produits topiques non stéroïdiens; produits pharmaceutiques ciblant les voies inflammatoires.	Un fardeau souvent minimisé; délais dans l'orientation vers un spécialiste; des frais élevés non-remboursables; accès inégal aux spécialistes et à l'assurance maladie. ^[15]
Urticaire chronique	Environ 0,5–1 % de la population; environ 206 000–413 000 personnes (estimation brute)	Biomédicaments et médicaments ciblant les voies immunitaires; nouvelles petites molécules administrées par voie orale.	Retards dans le diagnostic; délais d'attente chez les spécialistes; fardeau du traitement par étapes; l'assurance maladie variable; effets sur la qualité de vie. ^[16]
Psoriasis	Environ 1 million de personnes	Biomédicaments; médicaments ciblés administrés par voie orale; produits pharmaceutiques pour traiter l'inflammation cutanée et articulaire.	Retard dans le diagnostic de l'arthrite psoriasique (APs); délais d'attente chez les spécialistes; obstacles liés au traitement par étapes et à l'accessibilité financière; variations régionales dans la liste des médicaments remboursables. ^[17]
IMMUNOLOGIE			
Arthrite	Plus de 6 millions de personnes	Biomédicaments; médicaments synthétiques ciblés; biosimilaires; médicaments favorisant une thérapie qui cible le contrôle d'une condition chronique (« treat-to-target »).	Longues périodes d'attente en rhumatologie; retards dans le diagnostic; accès aux professionnels paramédicaux limité; politiques inégales de transition vers les biosimilaires. ^[18]



Bibliographie

1. Government of Canada, "Pharmaceutical and Life Sciences Sector Task Force," and Government of Canada, "New Task Force to enhance Canada's competitiveness and improve access to innovative medicines." <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/drug-products/announcements/pharmaceutical-life-sciences-sector-task-force.html> | <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2026/03/new-task-force-to-enhance-canadas-competitiveness-and-improve-access-to-innovative-medicines.html>
2. Statistics Canada, "Canada's population estimates, second quarter 2024." <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240925/dq240925a-eng.htm>
3. Public Health Agency of Canada, "Asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Canada, 2018." <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/asthma-chronic-obstructive-pulmonary-disease-canada-2018.html>
4. Statistics Canada, "Chronic obstructive pulmonary disease in Canadians, 2012 to 2013." <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2015001/article/14246-eng.htm>
5. Pulmonary Hypertension Association of Canada, "New study released for World PH Day shows huge impact of rare and complex lung disease on Canadians." <https://www.phacanada.ca/post/new-study-released-for-world-ph-day-shows-huge-impact-of-rare-and-complex-lung-disease-on-canadians>
6. BMC Pulmonary Medicine, "Global incidence and prevalence of idiopathic pulmonary fibrosis." <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8261998/>
7. Canadian Respiratory Journal, "Alpha-1 antitrypsin deficiency: A commonly overlooked cause of lung disease," and "Alpha-1 antitrypsin deficiency: Increasing awareness and improving diagnosis." <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3373286/> | <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3447047/>
8. Cystic Fibrosis Canada, "Canadian Cystic Fibrosis Registry 2024 Annual Data Report." <https://cysticfibrosis.ca/news/canadian-cystic-fibrosis-registry2024annual-data-report>
9. Journal of the Canadian Association of Gastroenterology, "The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2023." https://academic.oup.com/jcag/article/6/Supplement_2/S9/7260539
10. Canadian Cancer Society, "Canadian Cancer Statistics 2025: Cancer-specific stats." https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2025-statistics/2025_cancer-specific-stats.pdf
11. Statistics Canada, "Cancer prevalence in Canada, 2018." <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022003/article/00002-eng.htm>
12. Canadian Cancer Society, "Canadian Cancer Statistics 2024: Cancer-specific stats." https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2024-statistics/2024-cmaj/2024_cancer-specific-stats.pdf
13. Canadian Cancer Society, "Melanoma skin cancer statistics," and "Non-melanoma skin cancer statistics." <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/melanoma-skin/statistics> | <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/skin-non-melanoma/statistics>
14. Public Health Agency of Canada, "Non-melanoma skin cancer." <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/cancer/non-melanoma-skin-cancer.html>
15. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, "The burden of skin disease in Canada." <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7109598/>
16. Sussman et al., "The Canadian perspective on chronic spontaneous urticaria," reporting prevalence of approximately 0.5–1% (also see related Canadian commentary).

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4336710/> |

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5235931/>

17. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, "Psoriasis in Canada."

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10714709/>

18. Arthritis Society Canada, "What is arthritis?" <https://arthritis.ca/about-arthritis/what-is-arthritis/>

19. Caban M, Małecka-Wojcieszko E. Gaps and Opportunities in the Diagnosis and Treatment of Pancreatic Cancer. *Cancers (Basel)*. 2023 Nov 25;15(23):5577. doi: 10.3390/cancers15235577. PMID: 38067280; PMCID: PMC10705522.

20. Snow S, Brezden-Masley C, Carter MD, Dhani N, Macaulay C, Ramjeesingh R, Raphael MJ, Slovynec D'Angelo M, Servidio-Italiano F. Barriers and Unequal Access to Timely Molecular Testing Results: Addressing the Inequities in Cancer Care Delays across Canada. *Current Oncology*. 2024; 31(3):1359-1375. [Barriers and Unequal Access to Timely Molecular Testing Results: Addressing the Inequities in Cancer...](#)