

CONSULTATIONS PRÉBUDGÉTAIRES 2024-2025

RECOMMANDATIONS DE CORPORATION ABBVIE
PRÉSENTÉES AU MINISTRE DES FINANCES DU QUÉBEC

FÉVRIER 2024



Sommaire des recommandations de Corporation AbbVie

Nous sommes d'avis que les recommandations que nous vous proposons ici viennent rejoindre plusieurs des priorités gouvernementales et démontrent notre volonté d'être considéré comme un partenaire dans l'atteinte de nos objectifs communs. Nos recommandations sont généralement alignées avec celles de *Médicaments novateurs Canada* (MNC), l'association qui représente l'industrie pharmaceutique innovante au Canada, et dont AbbVie est membre.

Recommandations concernant le secteur dans son ensemble

L'accès en temps opportun aux nouveaux médicaments

- Adopter un mécanisme permettant le remboursement des médicaments novateurs dès l'obtention d'un avis positif de l'INESSS au chapitre de la valeur thérapeutique.
- Exercer son influence au sein de l'APP pour accélérer le traitement des négociations en diminuant notamment les délais entre la publication des avis des agences d'évaluation des technologies de la santé et la prise en charge des négociations.
- Poursuivre la modernisation du processus d'évaluation des médicaments de l'INESSS et continuer les démarches afin de mieux aligner les mécanismes d'évaluation de l'INESSS avec ceux de l'ACMTS et de s'inspirer des meilleures pratiques.
- Enjoindre la RAMQ à favoriser davantage l'usage des *acceptations instantanées* et assouplir les critères d'admissibilité à la codification des médicaments d'exception.

Le maintien de la mesure du Patient d'exception

- Maintenir comme telle la mesure du patient d'exception et, le cas échéant entamer des pourparlers avec les parties prenantes incluant l'INESSS, la RAMQ, les associations médicales, les groupes patients, et les représentants de l'industrie pour discuter des opportunités d'améliorer l'opérationnalisation de la mesure.

Recommandations plus spécifiques à AbbVie

L'accès aux médicaments pour traiter les maladies inflammatoires intestinales

- Adopter des approches innovatrices afin d'introduire plus rapidement les nouvelles innovations thérapeutiques pour mieux traiter les patients souffrant de maladies inflammatoires intestinales, et d'ainsi diminuer les impacts sur le réseau de la santé et les coûts de traitement.

L'accès aux médicaments pour le traitement des cancers

- Poursuivre la mise en application des orientations prioritaires 2023-2030 du *Programme québécois de cancérologie* dont celles concernant l'accès aux traitements en temps opportun.
- Enjoindre l'INESSS à mieux définir ses mécanismes d'évaluation des médicaments oncologiques ayant une « promesse de valeur » et de favoriser davantage le recours à des approches innovantes tel l'usage des données et preuves en contexte réel de soins et les ententes à valeur ajoutée.

L'uniformisation des critères de remboursement des médicaments pour le traitement de la migraine

- Enjoindre l'INESSS à uniformiser les critères d'accès aux traitements pour la migraine avec ceux du reste du Canada

L'accès aux traitements moins invasifs pour les patients souffrant de la maladie de Parkinson

- Enjoindre l'INESSS et/ou le MSSSS à favoriser et accélérer l'accès aux thérapies moins invasives pour traiter les patients souffrant de la maladie de Parkinson.

Mise en œuvre d'une stratégie visant l'élimination de l'hépatite C au Québec

- Adopter une stratégie globale d'élimination de l'hépatite C en travaillant avec tous les intervenants du milieu et en élaborant des initiatives visant à mieux dépister les personnes asymptomatiques afin de les diagnostiquer et de les traiter le plus rapidement possible.
- Améliorer l'accès aux tests de dépistage rapide, notamment auprès des populations vulnérables, afin de détecter plus facilement l'hépatite C et amorcer le traitement plus rapidement.
- Élargir à d'autres professionnels de la santé et à d'autres intervenants la possibilité de réaliser des tests de dépistage rapide de l'hépatite C et de favoriser l'implantation de « dépistage rapide aux points de services » pour augmenter le nombre de personnes dépistées.

À propos de la Corporation AbbVie

Nous vous remercions de l'occasion qui nous est donnée dans le cadre des consultations prébudgétaires 2024-2025 de vous communiquer nos recommandations au sujet d'enjeux qui nous interpellent.

AbbVie est une entreprise pharmaceutique mondiale fondée en 2013 à la suite d'une scission des Laboratoires Abbott. Notre siège social canadien est situé au Québec. Notre présence à Montréal remonte à 1931, date à laquelle Abbott a établi son premier bureau à l'extérieur des États-Unis, suite à sa fondation en 1888.

En 2023, AbbVie a célébré son 10^e anniversaire. Au cours de cette décennie d'existence, nous avons bâti une entreprise solide, largement diversifiée, ayant pour mission de découvrir et d'offrir des médicaments novateurs qui répondent à des besoins importants en matière de santé dans divers champs thérapeutiques dont l'immunologie, l'oncologie, les neurosciences, les soins oculaires, la virologie, et la santé des femmes. Durant cette période nous avons investi plus de 55 milliards de dollars en R&D globalement et nous avons fait des acquisitions stratégiques dont la société Allergan en 2020 et la biotech ImmunoGen en 2023. AbbVie a tendance à aller là où les autres ne vont pas, c'est-à-dire dans les états pathologiques avancés. À tel point que 75 % de nos médicaments sont considérés comme étant des premiers de classe.

Durant cette période, nous avons connu des progrès remarquables au Canada aussi. **Nous sommes passés d'approximativement 350 employés en 2013 à environ 1100 présentement, dont plus de la moitié travaillent au Québec.** Nous avons créé 200 nouveaux emplois juste depuis le début de COVID. Nous avons mis 44 nouveaux médicaments ou indications à la disposition des patients canadiens, et investi 10 millions de dollars par année dans des organismes de soins de santé. Nous avons présentement 94 études cliniques en cours au Canada. **Au sein d'AbbVie, le Canada est le deuxième pays en importance après le États-Unis en termes d'activités d'essais cliniques.** Et selon les plus récentes données d'IQVIA, AbbVie a gravi les échelons du classement des plus grandes compagnies pharmaceutiques au Canada passant de la 14^e à la 3^e place, et nous sommes actuellement la plus importante compagnie dont le siège social canadien est situé au Québec. Nos produits ont un impact sur plus d'un million de Canadiens à chaque année.

Nous sommes fiers de ce que nous avons accompli depuis les dix dernières années, contribuant ainsi à l'essor du secteur québécois des sciences de la vie et à la santé des patients qui utilisent nos thérapies. Nous espérons pouvoir continuer dans ce sens.

Nous sommes toujours disponibles à collaborer avec les acteurs de l'écosystème des sciences de la vie ainsi qu'avec les différents gouvernements dont celui du Québec. Nous vous proposons ici des recommandations qui concernent notre secteur dans son ensemble et certaines plus spécifiques à AbbVie, qui viennent illustrer les impacts des délais d'inscription des nouveaux médicaments.

Contexte

L'actuelle situation géopolitique et économique au niveau planétaire vient complexifier la donne pour les gouvernements incluant celui du Québec. Les juridictions au travers le monde doivent adopter de nouvelles approches pour renforcer leurs économies locales, notamment en misant sur des secteurs porteurs d'avenir et de richesse collective, et trouver le bon équilibre entre la consolidation de leurs capacités de production locale et le renforcement des chaînes d'approvisionnement mondiales.

À cet égard, nous tenons à féliciter le gouvernement du Québec pour les différentes initiatives annoncées au fil des années, dont le renouvellement de la *Stratégie québécoise des sciences de la vie 2022-2025* et l'adoption du projet de loi 3 visant l'identification des balises pour encadrer et valoriser l'accès aux données pour des fins de recherche. La Stratégie a pour but de soutenir la croissance du secteur, de mieux tirer avantage de ses nombreux atouts dont les centres de recherche publics et son écosystème en intelligence artificielle, et de « faire rayonner le Québec comme un lieu propice à l'investissement »¹. **La mise en œuvre de la Stratégie se poursuit bien dans l'ensemble mais certaines mesures dont celle d'accélérer l'accès aux médicaments innovants, demeurent inachevées.**

Du côté de la santé, la pandémie a fait rejaillir plusieurs enjeux affectant le réseau québécois de la santé et sa capacité à rendre des services de qualité et en temps opportun auxquels les patients du Québec peuvent s'attendre. L'accès aux soins, dans sa définition la plus large, est indéniablement le défi le plus important auquel le *Ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) est présentement confronté. Qu'il s'agisse d'accès à la première ligne, des délais d'attente pour les chirurgies, de l'engorgement dans les urgences ou de l'accès aux soins à domicile, la liste est longue. **L'accès en temps opportun aux innovations thérapeutiques demeure une solution efficace pour répondre en partie aux enjeux ci-haut mentionnés.**

Le ministre de la Santé du Québec, monsieur Christian Dubé, a déposé à l'Assemblée nationale, le 29 mars dernier, le projet de loi 15 qui a pour objet de « mettre en place un système efficace, notamment en facilitant l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services ». Parmi les mesures proposées pour atteindre cet objectif, on retrouve la création d'une agence-santé indépendante du ministère². Le projet de loi a été adopté au mois de décembre dernier et le ministère procède présentement à sa mise en application. **Nous appuyons le ministre de la Santé dans sa volonté d'apporter des changements majeurs à la gouvernance du réseau de la santé et d'y insuffler des notions d'efficience, d'innovation, de collaboration, de performance, de qualité des soins et d'utilisation efficace des ressources et des technologies afin de diminuer les pressions évitables et inutiles sur le réseau de la santé, en particulier en milieu hospitalier.**

Pour aider dans l'atteinte de ces objectifs multidimensionnels, nous sommes d'avis que le gouvernement du Québec devrait 1) mieux reconnaître la valeur des médicaments novateurs comme outils indispensables pour le traitement des patients et pour diminuer les recours aux hospitalisations, aux visites médicales et aux chirurgies, et 2) améliorer ses processus administratifs pour assurer un accès plus rapide et plus équitable aux dites innovations. Les retards dans l'accès des patients à des médicaments qui ont été jugés efficaces ne sont pas seulement préjudiciables à la vie des patients mais ils ont également un impact sur la croissance économique.

Nos présentes recommandations s'inscrivent dans cette optique et viennent rejoindre les principales aspirations du gouvernement en matière de santé et de développement du secteur québécois des sciences de la vie.

Impact positif du secteur pharmaceutique et de valeur des médicaments

La contribution de l'industrie pharmaceutique au développement de la grappe québécoise des sciences de la vie et à l'économie du Québec est indéniable. Selon un récent rapport de *Statistique Canada*, le secteur génère annuellement plus de 5,2 milliards de dollars en retombées économiques directes, soutenant près de 40 000 emplois hautement qualifiés à travers la province³. Le fait que le Québec attire près de la moitié des sièges sociaux des filiales étrangères d'entreprises en recherche pharmaceutique, telles qu'AbbVie, et reçoit plus de 40% des investissements en essais cliniques au Canada, témoigne de sa position privilégiée dans ce domaine.

L'ampleur des investissements réalisés dans ce secteur au fil des dernières décennies ont permis de développer de nombreux médicaments, d'offrir davantage d'options thérapeutiques aux médecins et d'améliorer les traitements dispensés aux patients. **Dans bien des cas, ces médicaments novateurs ont eu tendance à réduire les coûts globaux de santé en limitant le recours à d'autres traitements médicaux plus onéreux⁴.** Il ne fait aucun doute que ces médicaments, en réduisant les séjours hospitaliers, les visites chez les médecins et l'absentéisme au travail, continuent de générer d'importantes économies pour la société québécoise. Ils permettent également à des milliers de concitoyens de rester actifs, d'être plus productifs et de contribuer à l'économie de la province.

Bien que la valeur de ces nouveaux médicaments ne soit plus à démontrer pour les professionnels de la santé et les patients, le gouvernement québécois s'est surtout efforcé d'en maîtriser les coûts ces dernières années, afin de favoriser la pérennité financière du régime public. **En conséquence, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent que la part des dépenses publiques de santé consacrées aux médicaments prescrits a chuté de moitié dans la province au cours des quinze dernières années, étant passé d'un sommet de 10,1 % en 2007-2008 à un creux historique de 5 % en 2022-2023⁵.**

Cette part est toutefois surestimée puisqu'elle ne tient pas compte des rabais négociés versés par les fabricants de médicaments novateurs au gouvernement du Québec, qui ont totalisé plus de 4 milliards \$ au cours des six dernières années. Cela équivaut à l'ensemble des dépenses de médicaments (RAMQ et établissements) qu'a supporté le gouvernement en 2022-2023. Ainsi, en tenant compte de l'inflation et des rabais consentis par les entreprises pharmaceutiques novatrices, les dépenses réelles de médicaments que le gouvernement du Québec a dû supporter ont reculé en moyenne de 1% par année au cours des cinq dernières années (2018-2023)⁶. Il va sans dire qu'aucune autre catégorie de dépenses de santé n'a connu un recul aussi marqué durant cette période.

Nous encourageons le gouvernement du Québec à mieux apprécier la valeur générée par les nouvelles options médicamenteuses pour les patients, le réseau de la santé et la société québécoise, tout en saisissant les occasions d'accélérer l'accès des patients à ces innovations cruciales. Les médicaments novateurs sont incontestablement une composante essentielle pour atteindre les objectifs gouvernementaux en matière de soins de santé et de participation active à l'économie du Québec. Le budget du médicament du Québec étant sous contrôle, la santé financière de son régime d'assurance collective lui permet d'incorporer de nouvelles options thérapeutiques innovantes, notamment pour les maladies rares et les technologies de pointe en oncologie.

Recommandations concernant le secteur dans son ensemble

L'accès en temps opportun aux nouveaux médicaments

L'accès opportun aux nouveaux médicaments au Québec s'est détérioré depuis son adhésion à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) en 2015. Les assurés du *Régime public d'assurance médicament* (RPAM) ont vu les délais s'allonger pour accéder aux nouvelles thérapies innovantes dont ils ont besoin.

Au Canada, la procédure d'approbation et d'inscription sur les listes des médicaments innovants est complexe, couteuse, imprévisible et longue, et comporte plusieurs étapes à franchir de façon séquentielle. Après un examen rigoureux et l'octroi par *Santé Canada* d'un Avis de conformité (ou permission de commercialisation) attestant de la sécurité et de l'efficacité des nouveaux médicaments, les manufacturiers doivent ensuite obtenir des deux agences d'évaluation des technologies de la santé du Canada – l'INESSS pour le Québec et l'ACMTS pour le reste du Canada – un avis favorable au chapitre de la « valeur thérapeutique » et de la rentabilité économique. Par la suite les fabricants doivent s'engager dans une négociation avec l'APP, une entité pancanadienne dont le mandat est de « mener des négociations collectives éclairées par des experts » visant des réductions de prix. Si la négociation est concluante et que les parties signent une lettre d'intention, les manufacturiers doivent ensuite conclure des ententes d'inscription individuelles avec les provinces qui ont bien voulu prendre part aux négociations à l'APP. C'est seulement après avoir franchi toutes ces étapes qu'un médicament innovateur peut-être rajouté aux listes des médicaments du Québec (« générale » et/ou établissements »). Il est important de noter que l'inscription aux listes fait foi ultime de la volonté du gouvernement de rendre accessible ces nouvelles thérapies et de la capacité du régime général d'assurance médicament d'en assumer le coût.

Selon les données du *Canadian Health Policy Institute*, entre 2016 et 2021, il a fallu en moyenne 691 jours, soit près de deux ans, au gouvernement du Québec avant d'inscrire sur la liste RAMQ les nouveaux médicaments homologués par Santé Canada. En comparaison, le délai moyen de couverture pour les nouveaux médicaments approuvés dans les régimes privés a été de 227 jours durant la même période⁷. **Un très récent rapport du Conference Board of Canada estime pour l'année 2022 que le délai moyen entre l'approbation réglementaire des nouveaux médicaments par Santé Canada et leur inscription sur les formulaires publics provinciaux est maintenant à 736 jours (25 mois).** Ce délai est deux fois plus long que celui observé dans les pays comparables de *l'Organisation de coopération et développement économique* (OCDE)⁸.

Le Québec, autrefois en tête, a perdu son avantage compétitif en rejoignant la moyenne nationale, tandis que le Canada se classe actuellement en dernière position parmi les pays du G7 et au 19^e rang sur 20 pays de l'OCDE en termes de délais d'accès, selon les données compilées par MNC.

Cette tendance est préoccupante car les nouveaux médicaments contribuent à désengorger le réseau de santé en permettant aux patients d'éviter des séjours coûteux à l'hôpital, des interventions chirurgicales et autres traitements de longue durée. L'accès retardé aux médicaments novateurs peut non seulement alourdir le fardeau de la maladie pour de nombreux patients mais il contribue aussi à miner leur qualité de vie durant l'attente d'un médicament plus efficace. Des chercheurs du CIRANO⁹ ont montré il y a quelques années à quel point « les délais d'inscription des nouveaux médicaments demeurent un problème réel au Canada » et estiment qu'une inscription devancée de 12 mois pourrait générer d'importants gains additionnels pour la santé des patients.

Dans sa *Stratégie québécoise des sciences de la vie*, le gouvernement a exprimé son intention d'accélérer l'accès aux médicaments novateurs. **Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, MNC propose une solution permettant le remboursement rapide des nouveaux médicaments homologués par Santé Canada et recommandés par l'INESSS qui permettrait au Québec de se distinguer à l'échelle canadienne (proposition du « Temps Zéro » ou Processus de remboursement accéléré).** Une telle initiative viserait à accélérer l'accès aux patients suite à une recommandation positive de l'INESSS mais avant la conclusion des négociations avec l'APP. En vertu de cette approche de remboursement accéléré, les nouveaux médicaments seraient couverts par la RAMQ dès l'émission de la recommandation de l'INESSS, avec un rabais standard temporaire négocié dans une entente cadre et appliqué de façon standardisée. À l'issue de la négociation avec l'APP, une conciliation des comptes serait effectuée entre le rabais temporaire standard et celui négocié dans le cadre de l'APP, de manière à ce que le gouvernement du Québec ne soit pas financièrement impacté, le cas échéant, pour avoir devancé l'accès aux nouveaux médicaments pour les patients.

La *Stratégie* reconnaît par ailleurs que le MSSS devrait jouer un rôle accru en participant à davantage de négociations sous l'égide de l'APP, et s'engager à réduire la période entre la conclusion d'une lettre d'intention et l'inscription subséquente du produit sur les listes du Québec. **Le Québec, par son importance démographique**

et politique, devrait aussi, sinon surtout, jouer un rôle plus proactif pour inciter l'APP à améliorer ses mécanismes afin de réduire les délais associés au processus de négociation dont celui entre la publication des avis des agences d'évaluation des technologies de la santé et le début des négociations.

Le rôle de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)

AbbVie plaide aussi en faveur de la modernisation des processus d'évaluation de l'INESSS. Nous sommes préoccupés par les délais à l'INESSS pour le traitement des nouvelles soumissions et l'impact qu'ils peuvent avoir sur l'inscription des médicaments au Québec. La mise en place durant la pandémie d'un mécanisme d'ordonnancement et d'une liste d'attente pour le traitement des demandes de remboursement a eu un impact négatif sur les délais d'inscription au Québec. Nous sommes d'ailleurs présentement aux prises avec une situation très particulière pour une de nos thérapies / indications, où la négociation à l'APP, entamée sur la base d'un avis favorable de l'ACMTS, est maintenant terminée alors que l'INESSS n'a pas encore rendu son avis au ministre pour l'éventuelle inscription de ce médicament au Québec. C'est une première pour AbbVie au Québec.

Nous faisons aussi le constat que l'alignement des mécanismes de l'ACMTS et de l'INESSS n'est pas toujours optimal et qu'il existe des différences au chapitre des processus et des critères d'évaluation des demandes d'inscription. L'ACMTS propose des avenues intéressantes pour diminuer les délais d'évaluation pour des médicaments ayant une promesse de valeur intéressante sur la base d'études cliniques de phase 2 (ex. *Time limited recommendations* ou TLR).

Certes, l'INESSS a fait des efforts pour éliminer la liste d'attente des évaluations soumises en 2022 et pour retourner de façon générale à la méthode du premier arrivé, premier servi. De plus, l'INESSS se montre ouvert à des approches innovatrices pour faciliter l'accès à des médicaments pour lesquels il existe une « promesse de valeur » et à l'intégration des données en contexte réel de soins en appui à la prise de décision. **Mais il reste encore du travail à faire pour diminuer les délais et adapter les mécanismes d'évaluation aux nouvelles technologies de pointe et aux besoins criants des patients et des professionnels de la santé d'avoir accès à ces nouvelles innovations.**

Le rôle de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Présentement, la grande majorité des médicaments qui sont (finalement) inscrits aux listes du Québec sont catégorisés comme étant des « médicaments d'exception » et comportent des critères de remboursement. Pour les prescrire, les médecins doivent remplir un formulaire et l'expédier à la RAMQ pour adjudication. **Pour l'année 2022-2023, la RAMQ n'a pas atteint ses cibles pour le traitement des demandes de remboursement des médicaments d'exception (25 jours ouvrables) et ce malgré la forte promotion auprès des médecins de l'usage du Service en ligne (SEL)¹⁰.** Les données agrégées recueillies par notre programme support patient (AbbVie Care) démontrent que les délais d'adjudication de ces demandes se chiffrent aux alentours des 4 mois. Quel qu'il en soit, la simplification des critères de l'INESSS et des formulaires de la RAMQ, l'usage plus étendu du processus « d'acceptation instantanée » et l'assouplissement des critères d'admissibilité à la codification pourraient diminuer les délais et faire en sorte que les patients puissent avoir accès plus rapidement aux médicaments dont ils ont besoin.

Nous recommandons au gouvernement du Québec :

- D'adopter un mécanisme permettant le remboursement des médicaments novateurs dès l'obtention d'un avis positif de l'INESSS au chapitre de la valeur thérapeutique (« Temps Zéro » ou Processus de remboursement accéléré).
- D'exercer son influence au sein de l'APP pour accélérer le traitement des négociations en diminuant notamment les délais entre la publication des avis des agences d'évaluation des technologies et la prise en charge des négociations.
- De poursuivre la modernisation du processus d'évaluation des médicaments de l'INESSS et continuer les démarches afin de mieux aligner les mécanismes d'évaluation de l'INESSS avec ceux de l'ACMTS, et de s'inspirer des meilleures pratiques.
- D'enjoindre la RAMQ à favoriser davantage l'usage des « acceptations instantanées » et assouplir les critères d'admissibilité à la codification des médicaments d'exception.

La mesure du patient d'exception

La mesure du *patient d'exception* permet aux patients du Québec d'avoir accès à des thérapies innovantes qui ne sont pas inscrites à la liste des médicaments, et ce selon des conditions précises telle la gravité de la maladie et le dernier recours. Les demandes sont formulées par les médecins et adjudiquées par les fonctionnaires de la RAMQ¹¹. La mesure s'applique autant pour les personnes assurées par le RPAM que pour ceux couverts par des assurances privées. Il ne faut pas confondre les « médicaments d'exception » – médicaments inscrits avec des critères de remboursement – et la mesure du « patient d'exception ».

Cette mesure, comme celle de la *nécessité médicale particulière* en milieu hospitalier, s'inscrit dans l'obligation du gouvernement « d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes »¹². C'est l'une des caractéristiques distinctives du régime québécois d'assurance médicaments. Elle est mentionnée à la fois dans la *Stratégie québécoise des sciences de la vie* comme un atout positif qui rend l'environnement québécois plus attractif aux investissements, et dans la *Politique québécoise pour les maladies rares*¹³ comme moyen unique pour permettre aux patients atteints de maladies orphelines d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin et qui, dans bien des cas ne sont pas inscrits – ou pas encore inscrits – à la liste du Québec.

Or le gouvernement souhaite en limiter l'accès en obligeant les fonctionnaires de la RAMQ à refuser toute demande de remboursement si l'INESSS a rendu ou rend un avis négatif au chapitre de la « valeur thérapeutique ». C'est en effet ce que le ministère de la santé a tenté de faire pour la mesure de la *nécessité médicale particulière* en introduisant dans son projet de loi 15 les articles 334 et suivants. Face à une forte résistance de la part de plusieurs intervenants incluant des groupes de patients et des représentants d'associations de professionnels de la santé, le ministre a dû introduire *in extremis* des amendements pour limiter la portée de ses propres restrictions.

Il est important de souligner que la mesure du *patient d'exception* ne s'applique que pour des médicaments qui ont fait l'objet d'une approbation par Santé Canada au plan de la sécurité et de l'efficacité et qui ne sont pas inscrits aux listes du Québec. Dans bien des cas, ces médicaments peuvent être inscrits aux formulaires des autres provinces et sont souvent remboursés par les régimes d'assurances privées. De plus, la notion de « valeur thérapeutique » de l'INESSS est 1) figée dans le temps et ne tient pas compte de l'évolution de la science, 2) de nature subjective puisqu'elle est déterminée en fonction des critères d'évaluation qui lui sont propres et 3), est fondée sur une analyse populationnelle dans un objectif de remboursement public, par opposition à une appréciation clinique au cas-par-cas. À noter aussi que dans le milieu hospitalier ce sont des professionnels de la santé qui prennent les décisions alors que pour la mesure du *patient d'exception*, ce sont des fonctionnaires de la RAMQ qui sont appelés à trancher.

Comme pour le budget du médicament dans son ensemble, le coût de la mesure du *patient d'exception* est sous contrôle. Les données de la RAMQ obtenues par MNC, démontrent que le poids de la dépense pour la mesure se situe aux alentours de 6% par rapport au budget total du régime public d'assurance médicament et ce depuis plusieurs années. De plus, depuis 2020-2021 le coût de la mesure a diminué de 11% passant de 375 millions de dollars à 334 millions de dollars en 2022-2023. Enfin, le gouvernement pourrait davantage limiter le coût de la mesure en adoptant une approche comme celle proposée plus haut visant à réduire les délais d'inscription puisque ces délais peuvent se traduire par une augmentation du recours à la mesure du *patient d'exception*.

À défaut d'avoir une justification claire basée sur des données probantes, le gouvernement devrait s'abstenir de limiter l'accès des patients à cette mesure et le cas échéant entamer des discussions avec les nombreux intervenants, dont les représentants de l'industrie, pour discuter des opportunités afin d'améliorer l'opérationnalisation de la mesure.

Nous recommandons au gouvernement du Québec de maintenir comme telle la mesure du patient d'exception et le cas échéant entamer des pourparlers avec les parties prenantes incluant l'INESSS, la RAMQ, les associations médicales, les groupes patients, et les représentants de l'industrie pour discuter des opportunités pour améliorer l'opérationnalisation de la mesure.

Recommandations plus spécifiques à AbbVie

L'accès aux médicaments pour le traitement des maladies inflammatoires de l'intestin

AbbVie estime que le paysage thérapeutique des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) a besoin de favoriser davantage l'innovation. Face au vieillissement de la population, à l'augmentation des coûts des soins hospitaliers et à la nécessité d'utiliser efficacement nos ressources humaines en santé, les systèmes de santé devraient se tourner vers des médicaments innovants pour améliorer la vie des patients atteints de MII et contribuer à économiser les ressources du système¹⁴.

Le terme « maladie inflammatoire de l'intestin » (MII) décrit un groupe de maladies chroniques, dont les deux formes principales sont la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Les MII provoquent de l'inflammation et présente un risque de lésions intestinales permanentes. Les personnes atteintes de MII peuvent en souffrir toute leur vie – puisqu'elles apparaissent souvent chez les Canadiens de 15 à 30 ans¹⁵ – et présenter des symptômes tels que diarrhées, rectorragies, douleurs à l'abdomen, fatigue et absorption médiocre des nutriments¹⁶.

D'ici 2030, le nombre de Canadiens vivant avec une MII devrait augmenter pour s'établir à 400 000 (environ 1 % de la population). Les MII ont un impact sur tous les aspects de la vie de la personne qui en est atteinte, que ce soit sur sa capacité d'aller au travail ou sur sa vie personnelle ou sociale¹⁷. Jusqu'à 60 % des patients atteints de la maladie de Crohn doivent subir une intervention chirurgicale dans les 10 ans suivant le diagnostic initial¹⁸. Chaque année, environ 1 adulte atteint de la maladie de Crohn sur 5 et 1 adulte atteint de la colite ulcéreuse sur 8 sont hospitalisés.^{19,20} Le coût annuel direct des soins aux Canadiens atteints de MII est d'environ 1,28 milliard de dollars.²¹

Un traitement plus précoce des MII peut permettre d'obtenir de meilleurs résultats à long terme, comme une réduction du nombre de complications, de poussées des symptômes et d'interventions chirurgicales²². Jusqu'à maintenant, les objectifs de traitement visaient principalement à maîtriser les symptômes, mais la prise en charge plus précoce des MII et un objectif thérapeutique plus rigoureux relatif à la cicatrisation de la muqueuse de l'intestin, sont de plus en plus reconnus comme étant la meilleure marche à suivre en ce qui a trait aux résultats pour les patients et les systèmes de santé²³.

Nous recommandons au gouvernement du Québec d'adopter des approches innovatrices afin d'introduire plus rapidement les nouvelles innovations thérapeutiques pour mieux traiter les patients souffrant de maladies inflammatoires intestinales, et d'ainsi diminuer les impacts sur le réseau de la santé et les coûts de traitement.

L'accès aux médicaments pour le traitement des cancers

La science médicale a fait des pas de géant en ce qui concerne le traitement des cancers. La caractérisation moléculaire des types de cancers, la génomique et le recours aux tests moléculaires, et le développement de traitements personnalisés et de techniques hautement sophistiquées telles l'immunothérapie et les anticorps bispécifiques, ne sont que des exemples des progrès récents qui ont complètement révolutionné les paradigmes de traitement en oncologie. Davantage de personnes survivent à leur diagnostic de cancer et peuvent « vivre avec le cancer ».

Cela étant, le cancer demeure la première cause de mortalité au Canada. Deux Canadiens sur cinq risquent de développer un cancer au cours de leur vie. Selon le MSSS, « le nombre de nouveaux diagnostics de cancer, soit l'incidence du cancer, a augmenté au Québec au cours des années, passant de 35 835 nouveaux diagnostics en 1999 à 60 113 en 2019 »²⁴. On estime à environ 67 500 le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2023 dans la population québécoise²⁵.

En termes d'impact total sur la société, les coûts liés au cancer se chiffrent dans les milliards de dollars. En 2021, on estime que le fardeau économique représente des coûts s'élevant à 26,2 milliards de dollars à l'échelle du Canada²⁶. Combiné aux enjeux démographiques dont le vieillissement de la population, il faut s'attendre à une augmentation importante des nouveaux cas de cancer, des coûts de traitement et des impacts économiques.

Les enjeux entourant le traitement des patients souffrant d'un cancer sont nombreux complexes et bien documentés, et les gouvernements dont celui du Québec déploient des efforts importants afin de réduire l'impact du cancer pour les patients, le réseau de la santé, et pour l'économie et la société en général.

La *Direction du Programme québécois de cancérologie* a dévoilé au mois de novembre dernier ses nouvelles orientations prioritaires dont celles « d'offrir un accès équitable et en temps opportun aux traitements contre le cancer » et de « soutenir l'introduction structurée d'innovations thérapeutiques et en mesurer les bénéfices et la valeur en contexte réel de soins » ²⁷. Les auteurs du plan d'action font le constat que « les mécanismes d'approbation des médicaments doivent s'adapter pour prendre en compte d'autres facteurs, comme la promesse de valeur et les besoins de santé non comblés, pour tenir compte du fait que plusieurs cancers doivent être désormais considérés comme des maladies rares (..) ». Nous appuyons ces orientations et nous espérons qu'elles pourront se traduire par des résultats mesurables et des bénéfices tangibles pour les patients du Québec.

Nous recommandons au gouvernement du Québec :

- **De poursuivre la mise en application des orientations prioritaires 2023-2030 du *Programme québécois de cancérologie* dont celles concernant l'accès aux traitements en temps opportun.**
- **D'enjoindre l'INESSS à mieux définir ses mécanismes d'évaluation des médicaments oncologiques ayant une « promesse de valeur » et de favoriser davantage le recours à des approches innovantes tel l'usage des données et preuves en contexte réel de soins et les ententes à valeur ajoutée.**

L'uniformisation des critères de remboursement des médicaments pour le traitement de la migraine au Québec

Les barrières à l'accès aux médicaments peuvent prendre différentes formes incluant les critères de remboursement déterminés par l'INESSS.

La migraine compromet fortement les capacités fonctionnelles quotidiennes de celle ou celui qui en souffre. À cet effet, la migraine est la seconde cause d'incapacité dans le monde et la première parmi les maladies neurologiques. Son impact sur les aidants, la productivité au travail et l'utilisation des ressources en soins de santé est considérable, sans oublier le fardeau additionnel associé à son aggravation et à l'échec des traitements préventifs²⁸.

Le coût de la migraine pour la société se chiffre chaque année en milliards de dollars, compte tenu de sa prévalence, de l'utilisation substantielle des ressources en soins de santé qu'elle exige et de ses répercussions profondes sur la capacité de travailler et d'accomplir les activités de la vie quotidienne, ce qui impose un lourd fardeau économique, tant en coûts directs qu'indirects^{29,30}. Ce fardeau augmente parallèlement à la fréquence et à l'intensité des crises; il est plus important chez les personnes qui n'ont pas répondu aux traitements préventifs oraux établis, ce qui souligne la nécessité d'offrir aux patients un traitement rapide et efficace afin de prévenir l'évolution vers une forme plus grave de la maladie³¹.

Au Québec, l'accès aux traitements spécifiquement conçus pour prendre en charge la migraine requiert un échec à au moins trois traitements préventifs, comparativement au reste du Canada qui requiert un échec à au moins deux traitements préventifs. Ceci suggère donc une augmentation des coûts directs et indirects annuels au Québec, mais surtout fait place à une iniquité d'accès aux traitements pour les patients québécois atteints de migraine. AbbVie suggère d'uniformiser l'accès aux traitements en migraine avec le reste du Canada, dans le but ultime de mieux soigner les patients et diminuer le fardeau économique et social associés à cette maladie.

Nous recommandons au gouvernement d'enjoindre l'INESSS à uniformiser les critères d'accès aux traitements pour la migraine avec ceux du reste du Canada.

L'accès aux traitements moins invasifs pour les patients souffrant de la maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une maladie neurologique évolutive incurable qui touche approximativement plus de 100 000 personnes au Canada³². Le fardeau économique de la maladie de Parkinson est substantiel³³. D'après les calculs de l'*Agence de la santé publique du Canada* (ASPC), les coûts totaux en soins de santé associés à la maladie de Parkinson au Canada se chiffraient en 2000-2001 à 446,8 millions de dollars³⁴ ce qui représente un montant actualisé de 734 millions de dollars en 2023.

Les coûts associés à la maladie de Parkinson augmentent à mesure que la maladie évolue vers un stade avancé. Les patients classés comme étant atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé peuvent être plus de 14 fois plus susceptibles d'être hospitalisés que les patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade précoce et près de 30 fois plus susceptibles de devoir recourir à des soins spécialisés. Cette différence dans l'utilisation des ressources se traduit par des coûts en soins de santé 18 fois plus élevés en cas de maladie de Parkinson à un stade avancé qu'en cas de maladie de Parkinson à un stade précoce³⁵.

Il n'existe à l'heure actuelle aucun moyen de guérir la maladie de Parkinson³⁶. Les traitements pharmacologiques existants sont généralement efficaces pour restaurer la fonction motrice aux stades précoces de la maladie³⁷. Toutefois, l'évolution de la maladie entraîne l'apparition de complications motrices, et les symptômes non moteurs sont souvent réfractaires aux interventions thérapeutiques³⁸. À ce stade, lorsque les symptômes de la maladie de Parkinson s'aggravent, les traitements à administration orale ont du mal à maintenir leur efficacité et les patients finissent par devoir recourir à des options de pointe plus invasives. Il existe donc un réel besoin à satisfaire afin d'offrir aux patients québécois de nouvelles thérapies moins invasives le plus rapidement possible. Ces nouvelles thérapies contribueront grandement à la réduction de l'utilisation en ressources de santé.

Nous recommandons au gouvernement d'enjoindre l'INESSS et/ou le MSSSS à favoriser et accélérer l'accès aux thérapies moins invasives pour traiter les patients souffrant de la maladie de Parkinson.

La mise en œuvre d'une stratégie visant l'élimination de l'hépatite C au Québec

L'arrivée en 2015 des antiviraux à action directe (AAD) est venue complètement changer le paradigme de traitement de l'hépatite C. Avec des taux de guérison de l'ordre de 95% et plus, et une diminution marquée des effets secondaires et de la durée de traitement (8 à 12 semaines), il est dorénavant possible de parler d'éradication de cette maladie infectieuse dévastatrice. En mai 2016, lors de la 69^e Assemblée mondiale de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les 194 pays membres dont le Canada ont entériné la toute première *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale* (dont l'hépatite C). Cette stratégie vise à enrayer l'hépatite virale en tant que problème de santé publique d'ici 2030.

L'hépatite C est une infection virale qui affecte le foie et qui est potentiellement mortelle. Elle se transmet par contact avec du sang infecté souvent présent sur des aiguilles ou seringues réutilisées. Les symptômes peuvent survenir des années après l'infection, de sorte que de nombreuses personnes ignorent qu'elles sont infectées. Les patients atteints du virus de l'hépatite C (VHC) sont souvent issus de populations vulnérables – et généralement stigmatisées – tels les utilisateurs de drogues injectables, certaines communautés immigrantes, les personnes incarcérées et les peuples autochtones. La cohorte de personnes nées entre les années 1945 et 1975 est aussi considérée étant à risque. Lorsqu'une hépatite virale n'est pas traitée, elle peut provoquer des lésions ou un cancer au foie et même être mortelle. On estime à 204 000 le nombre de personnes vivant avec le VHC au Canada³⁹ et aux alentours de 40 000 québécois⁴⁰.

Or l'*Institut national de santé publique du Québec* (INSPQ) déplore « [qu'] encore aujourd'hui, alors que des traitements efficaces existent et que leur utilisation est en augmentation depuis 2015 au Canada, le nombre de personnes vivant avec le VHC ne cesse d'augmenter » et estime qu'une « meilleure accessibilité au dépistage et à la prise en charge impliquerait donc la réduction des obstacles d'accès et une offre adaptée aux besoins, non stigmatisante et culturellement appropriée »⁴¹. Une récente étude indique que le Québec fait partie maintenant d'un groupe de trois provinces avec l'Ontario et le Manitoba, qui n'atteindra pas l'objectif de l'OMS si aucune nouvelle mesure n'est mise en place pour renverser cette tendance⁴². Selon cette étude, une élimination rapide du VHC permettrait de sauver 170 vies et d'épargner 122,6 millions de dollars en coûts médicaux directs d'ici 2030 dans ces trois provinces qui sont encore loin de l'objectif d'élimination.

Nous reconnaissons les nombreux efforts déployés par différents intervenants pour faire progresser le traitement des patients atteints par le VHC. On pense ici aux activités de formation parrainées par l'INSPQ, la nouvelle mouture du *Guide québécois de prise en charge et de traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*, les démarches de sensibilisation et de mobilisation des groupes de patients tel le *Plaidoyer* du CAPAHC « *Pour que les intervenants-es communautaire du Québec réalisent des dépistages rapides du VHC* »⁴³, et les projets de « micro-élimination » comme ceux visant l'élimination de l'hépatite C à Montréal⁴⁴, le dépistage et le traitement en milieu carcéral, et le dépistage en pharmacie communautaire. Ces différentes initiatives sont porteuses d'espoir mais ne s'articulent pas dans le cadre d'une approche provinciale, globale ou coordonnée.

L'élaboration par le gouvernement du Québec d'une stratégie globale d'élimination de l'hépatite C pourrait assurer une coordination efficiente de ces nombreuses initiatives et un financement adéquat et prévisible, en mettant notamment l'accent sur le dépistage rapide et efficace, une meilleure prise en charge des personnes atteintes de

l'hépatite C dont celles qui appartiennent à des populations vulnérables, et une surveillance systématique pour mesurer les impacts des actions entreprises,

Nous recommandons au gouvernement du Québec :

- **D'adopter une stratégie globale d'élimination de l'hépatite C en travaillant avec tous les intervenants du milieu et en élaborant des initiatives visant à mieux dépister les personnes asymptomatiques afin de les diagnostiquer et de les traiter le plus rapidement possible.**
- **D'améliorer l'accès aux tests de dépistage rapide, notamment auprès des populations vulnérables, afin de détecter plus facilement l'hépatite C et amorcer le traitement plus rapidement.**
- **D'élargir à d'autres professionnels de la santé et à d'autres intervenants sociaux la possibilité de réaliser des tests de dépistage rapide de l'hépatite C et de favoriser l'implantation de « dépistage rapide aux points de services » pour augmenter le nombre de personnes dépistées.**

* * * * *

¹ Gouvernement du Québec (2022). Utiliser notre ingéniosité pour faire évoluer la santé. Stratégie québécoise des sciences de la vie 2022-2025. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/economie/publications-adm/politique/PO_strategie_sciences_vie_2022-2025_MEI.pdf

²Assemblée nationale du Québec (2023). Projet de loi 15 : Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C34F.PDF

³ Statistique Canada. Le secteur pharmaceutique canadien de la recherche et développement, 2020 pages 6 & 7 (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-621-m/11-621-m2023001-fra.htm>)

⁴ Crémieux, Pierre-Yves, Pierre Ouellette, et Patrick Petit (2007). Do Drugs Reduce Utilisation of Other Healthcare Resources? *Pharmacoeconomics* 25, 3 : 209–21.

⁵ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2022*. Série D.4.

⁶ Médicaments novateurs Canada. *Un Québec plus agile et résilient pour un meilleur accès aux innovations et investissements*

⁷ INESSS, Coûts des médicaments – Suivi des tendances de dépenses en médicaments au Québec de 2018 à 2023. Bulletin de veille stratégique no 7, janvier 2024; Institut de la statistique du Québec, Indice des prix à la consommation (IPC), indice d'ensemble, Canada, Québec, RMR de Montréal et RMR de Québec, moyennes annuelles (2002=100).

⁸ Canadian Health Policy Institute (CHPI). *Access to new medicines in Canada, 2016-2021*.

⁹ https://www.conferenceboard.ca/wp-content/uploads/2022/10/access-and-time-to-patient_jan2024.pdf

¹⁰ Labrie, Y., L. Lasio et R. Borgès da Silva, *Réduction des délais de négociation des nouveaux médicaments dans les provinces canadiennes : effets sur la santé et sur les dépenses publiques*, CIRANO, Rapport de projet 2020RP-38, décembre 2020. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2020RP-38.pdf>

¹¹ https://www.rmq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/non_indexes/rapport-annuel-2022-2023.pdf

¹² <https://www.rmq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/pharmaciens/medicaments/medicaments-patient-exception/Pages/patient-exception.aspx>

¹³ <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/a-29.01>, art 1

¹⁴ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-916-01-W.pdf>

¹⁵ Andrei Dan et al. (2017). Cost of ulcerative colitis in Quebec, Canada: A retrospective cohort study. *Inflammatory Bowel Diseases* 23, 8: 1262-1271.

¹⁶ Mak W. Y., Zhao, M., Ng S. C., and Burisch J. (2020) The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 35:380–389. <https://doi.org/10.1111/jgh.14872>

¹⁷ Crohn's and Colitis Foundation. <https://www.crohnscolitisfoundation.org/what-is-ibd/ibs-vs-ibd>. Publié en 2021.

¹⁸ Piercy J, Ozbay AB, Roughley A, Chao J, Skup M. Comparison of ulcerative colitis with Crohn's disease from the perspective of patient burden. Affiche présentée dans le cadre de la Digestive Disease Week; tenue du 17 au 19 mai 2015 à Washington, DC. Affiche Tu1256.

¹⁹ Johan Burisch et al. on behalf of ECCO –EpiCom, The burden of inflammatory bowel disease in Europe, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 7, Issue 4, May 2013, Pages 322–337.

²⁰ Benchimol EI, Manuel DG, Mojavejian N, et al. Health services utilization, specialist care, and time to diagnosis with inflammatory bowel disease in immigrants to Ontario, Canada: A population-based cohort study. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(10):2482–90.

²¹ Nguyen GC, Nugent Z, Shaw S, et al. Outcomes of patients with Crohn's disease improved from 1988 to 2008 and were associated with increased specialist care. *Gastroenterology*. 2011;141(1):90–7.

²² Kuenzig ME, Benchimol EI, Lee L, Targownik LE, Singh H, Kaplan GG, Bernstein CN, Bitton A, Nguyen GC, Lee K, Cooke-Lauder J, Murthy. The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: Direct Costs and Health Services Utilization. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2019 Feb;2(Suppl 1):S17-S33. doi: 10.1093/cag/gwy055. Epub 2018 Nov 2. PMID: 31294382; PMCID: PMC6512251.

²³ Lester Tsai, Nghia H. Nguyen, Christopher Ma, Larry J. Prokop, William J. Sandborn, et Siddarth Singh (2021). Systematic review and meta-analysis: Risk of hospitalization in patients with ulcerative colitis and Crohn's Disease in population-based cohort studies. *Digestive Diseases and Sciences*, 67: 2451-2461

²⁴ Osterman, Mark T. MD, MSCE Mucosal Healing in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*. March 2013 - Volume 47 - Issue 3 - p 212-221 doi: 10.1097.

²⁵ <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/cancerologie/#:~:text=Le%20PQC%20pr%C3%A9conise%20la%20coordination,et%20de%20qualit%C3%A9%20en%20canc%C3%A9rologie>

²⁶ Gouvernement du Québec. Statistiques du Registre québécois du cancer. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-cancer>

²⁷ https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2023-statistics/2023_PDF_EN.pdf

²⁸ <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/cancerologie/#:~:text=Le%20PQC%20pr%C3%A9conise%20la%20coordination,et%20de%20qualit%C3%A9%20en%20canc%C3%A9rologie>

²⁹ Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Collaborators. atGDallaP. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211–59

³⁰ Agosti R. Migraine burden of disease: from the patient's experience to a socio-economic view. *Headache*. 2018;58 Suppl 1(S1):17-32. doi: 10.1111/head.13301.

³¹ Silberstein SD, Lee L, Gandhi K, Fitzgerald T, Bell J, Cohen JM. Health care resource utilization and migraine disability along the migraine continuum among patients treated for migraine. *Headache*. 2018;58(10):1579-92. Epub 2018/10/31. doi: 10.1111/head.13421.

³² Amoozegar F, Khan Z, Oviedo-Ovando M, Sauriol S, Rochdi D. The Burden of Illness of Migraine in Canada: New Insights on Humanistic and Economic Cost. *Can J Neurol Sci*. 2021;1-14. Epub 2021/04/21. doi: 10.1017/cjn.2021.75 & Buse DC, Scher AI, Dodick DW, et al. Impact of Migraine on the Family: Perspectives of People With Migraine and Their Spouse/Domestic Partner in the CaMEO Study. *Mayo Clin Proc*. 2016. Epub 2016/05/02. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.02.013.

³³ Myhre TR, Boyd JT, Hamill RW, Maguire-Zeiss KA (2012) Parkinson's disease. *Subcell Biochem* 65 389-455 & Parkinson Canada (Web Page) Parkinson's Disease. Updated Available online at: <https://www.parkinson.ca/about-parkinsons/>. Accessed: June 20, 2022.

³⁴ Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J et al. (2011) Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21 (10): 718-779 & Yang W, Hamilton JL, Kopil C, Beck JC, Tanner CM et al. (2020) Current and projected future economic burden of Parkinson's disease in the U.S. *NPJ Parkinsons Dis* 6 15.

³⁵ Canadian Institute for Health Information (2007). The Burden of Neurological Diseases, Disorders and Injuries in Canada. Available online at: https://secure.cihi.ca/free_products/BND_e.pdf. Accessed: July 2022.

³⁶ Chaudhuri KR, Odin P, Lindvall S, al. e (2021) Quantifying the Incremental Economic Burden of Advanced Parkinson's Disease: Real-World Evidence from EU5 Countries. In: 7th Congress of European Academy of Neurology. Virtual.

³⁷ Stoker TB, Torsney KM, Barker RA (2018) Emerging Treatment Approaches for Parkinson's Disease. *Front Neurosci* 12 693

³⁸ Jankovic J, Tan EK (2020) Parkinson's disease: etiopathogenesis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 91 (8): 795-808.

³⁹ Stoker TB, Torsney KM, Barker RA (2018) Emerging Treatment Approaches for Parkinson's Disease. *Front Neurosci* 12 693.

⁴⁰ <https://www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html>

⁴¹ <https://www.capahc.com/plaidoyer/>

⁴² <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/depistage-et-traitement-cibles-mondiales-elimination-hepatite-c>

⁴³ Timing of elimination of hepatitis C virus in Canada's provinces, J Feld et al., *Canadian Liver Journal* 2022 5:4, 493-506

⁴⁴ <https://www.capahc.com/plaidoyer/>

⁴⁵ [https://cusm.ca/nouvelles-et-histoires/soins-et-services/montreal-sans-hepc-un-combat-pour-eliminer-le-virus-de#:~:text=Montr%C3%A9%20sans%20H%C3%A9pC%20correspond%20%C3%A0,immunit%C3%A9%20de%20McGill%20\(MI4\).](https://cusm.ca/nouvelles-et-histoires/soins-et-services/montreal-sans-hepc-un-combat-pour-eliminer-le-virus-de#:~:text=Montr%C3%A9%20sans%20H%C3%A9pC%20correspond%20%C3%A0,immunit%C3%A9%20de%20McGill%20(MI4).)