

# Statistiques canadiennes sur le cancer

Un **rapport spécial de 2024**  
sur les répercussions économiques du cancer  
au Canada



Gouvernement  
du Canada

Government  
of Canada



Société  
canadienne  
du cancer

Cette publication a été élaborée par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, à partir des données sur le cancer fournies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer par l'entremise du Registre canadien du cancer.  
[cancer.ca/statistiques](https://cancer.ca/statistiques)

## Citation

Le matériel figurant dans cette publication peut être reproduit ou copié sans autorisation. L'utilisation de la référence suivante est recommandée :

Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2024 sur les répercussions économiques du cancer au Canada. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2024.

Sur Internet : [cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2024-FR](https://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2024-FR) (consulté le [date]).

Décembre 2024

ISSN 0835-2976

La présente publication est disponible en français et en anglais sur le site Web de la Société canadienne du cancer, à l'adresse [cancer.ca/statistiques](https://cancer.ca/statistiques). Visitez le site Web pour obtenir la version la plus récente de cette publication, des ressources supplémentaires et l'archive des [éditions précédentes](#).

Les observations et suggestions des lecteurs ont largement contribué à l'essor de la présente publication au fil des ans. Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer apprécie et accueille favorablement ces commentaires. Pour proposer des idées sur la manière d'améliorer la publication ou pour être informé des publications de l'an prochain, remplissez le [formulaire d'évaluation](#) ou faites parvenir un courriel à [stats@cancer.ca](mailto:stats@cancer.ca).

# Membres du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

---

**Darren Brenner, Ph. D. (coprésident)**

Départements d'oncologie et des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary, Calgary (Alberta)

**Jennifer Gillis, Ph. D. (coprésidente)**

Surveillance, Société canadienne du cancer, Vancouver (Colombie-Britannique)

**Ioana Nicolau, Ph. D. (coprésidente)**

Surveillance, Société canadienne du cancer, Calgary (Alberta)

**Alain Demers, Ph. D.**

Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

**Larry Ellison, M. Sc.**

Centre des données sur la santé de la population, Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

**Christian Finley, M.D.**

Département de chirurgie, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

**Natalie Fitzgerald, M.A.**

Rendement et analyse des systèmes, Partenariat canadien contre le cancer, Toronto (Ontario)

**Nathalie Saint-Jacques, Ph. D.**

Programme de soins contre le cancer de Santé Nouvelle-Écosse, Santé Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Lorraine Shack, Ph. D.**

Analyses avancées du cancer, Cancer Care Alberta, Organisme de santé publique Alberta Health Services (Alberta)

**Donna Turner, Ph. D.**

Oncologie populationnelle, Action cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

**Ryan Woods, Ph. D.**

Recherche sur la lutte contre le cancer, BC Cancer, Vancouver (Colombie-Britannique)

**Gestion de projet**

**Monika Dixon**

Surveillance, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

# Table des matières

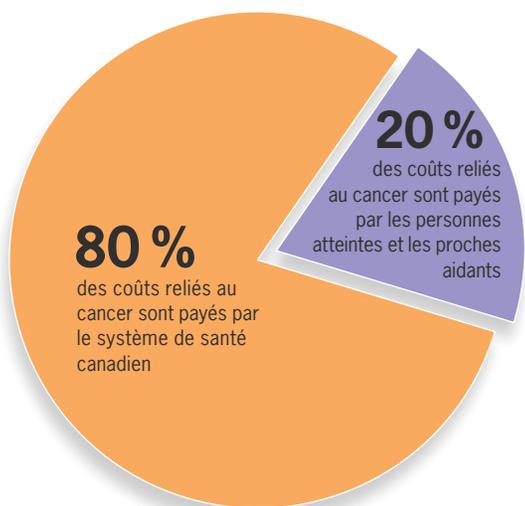
À propos du présent rapport spécial	
À propos des publications Statistiques canadiennes sur le cancer	
<b>Introduction</b>	
Principales constatations	8
Contexte : Pourquoi est-il important d'estimer les répercussions économiques?	9
Considérations relatives à l'estimation des répercussions économiques	11
<b>Répercussions économiques inhérentes au cancer en 2024 d'un point de vue sociétal</b>	
Principales constatations	14
Répercussions économiques globales du cancer	14
Répercussions sur les systèmes de santé et les personnes atteintes du cancer	15
Répercussions économiques du cancer par type	20
<b>Répercussions économiques du cancer par phase de soins en 2024</b>	
Principales constatations	24
Coûts pour les systèmes de santé relatifs au cancer par phase de soins en 2024	24
Coût des médicaments anticancéreux	27
<b>Projection des répercussions économiques du cancer d'un point de vue sociétal, 2024 à 2034</b>	
Principales constatations	29
Répercussions économiques projetées inhérentes au cancer, 2024 à 2034	29
Projection des répercussions économiques du cancer par type, 2024 à 2034	32
Projection des répercussions économiques du cancer, par phase de soins, 2024 à 2034	33
<b>Conclusion</b>	
Comment utiliser ces statistiques?	34
Se tourner vers l'avenir : Nouveaux enjeux et considérations particulières	35
Nouveaux traitements et thérapies	35
Soins axés sur la valeur	35
Assurance privée	36
Disparités géographiques	36
Priorité à la prévention et au dépistage	37
Résumé	38
<b>Références</b>	
<b>Annexe : Sources des données et méthodologie</b>	
Qui étaient les parties prenantes?	41
Sources de données et analyse	41
Incidence et diagnostic du cancer	44
Mortalité et survie au cancer	47
Résumé de la simulation	47
Estimation des coûts de prise en charge du cancer	47
Calculs et hypothèses supplémentaires	51
Analyse de sensibilité	51
Mobilisation des partenaires communautaires	52
Évaluation par les pairs	52
<b>Références</b>	
<b>Index des tableaux et des figures</b>	
<b>Communiquez avec nous</b>	

# À propos du présent rapport spécial

Le cancer demeure l'une des principales causes de mortalité au Canada, et de plus en plus de personnes reçoivent un diagnostic de cancer chaque année<sup>(1,2)</sup>. Ses conséquences physiques, émotionnelles et économiques sont importantes. Ce rapport spécial examine les répercussions économiques du cancer au Canada. Il fournit des estimations actualisées et détaillées du coût sociétal du cancer au Canada, estimant à la fois les coûts pour les systèmes de santé et ceux pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches aidants, y compris les coûts temporels, les coûts payés de sa poche et les coûts indirects. Les constatations tirées de l'analyse peuvent nous aider à planifier l'affectation future des ressources et à déterminer où se trouvent les lacunes et les possibilités. Ces estimations des répercussions économiques mettent en évidence les besoins considérables en ressources pour la lutte contre le cancer et en soins, tout en soulignant le coût substantiel subi par les personnes touchées par cette maladie. En outre, les projections de coûts présentées dans le cadre de ce rapport seront utiles pour planifier les ressources humaines et économiques nécessaires au cours de la prochaine décennie afin de faire face aux coûts associés au cancer.

Le coût économique du cancer au Canada a augmenté au fil du temps, ayant un impact sur le système de santé canadien, les personnes atteintes de cancer et leurs proches aidants. Outre l'augmentation des dépenses relatives au traitement du cancer et aux soins de soutien,

On prévoit que les coûts liés au cancer au Canada seront de 37 milliards de dollars en 2024



les pressions inflationnistes combinées à l'augmentation et au vieillissement de la population contribuent à l'augmentation des coûts. L'augmentation considérable du nombre de personnes et de familles atteintes du cancer constitue le principal moteur des augmentations des répercussions économiques. L'augmentation du nombre total de personnes au Canada chez qui un cancer a été diagnostiqué a déjà été signalée dans les publications annuelles et les rapports spéciaux des Statistiques canadiennes sur le cancer. Les répercussions globales croissantes du cancer peuvent être observées

à partir des tendances précédentes : en 2000, 137 697 nouveaux diagnostics de cancer ont été posés, alors qu'en 2024, 247 100 cas devraient être diagnostiqués au Canada<sup>(1,2)</sup>. La prévalence du cancer a également continué à augmenter et, en 2018, plus de 1,5 million de personnes au Canada vivaient avec un diagnostic de cancer ou y avaient survécu<sup>(3)</sup>.

Ce rapport spécial apporte un éclairage important sur le coût sociétal considérable du cancer, en quantifiant les coûts pour le système de santé et ceux subis par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants.

Les résultats et la discussion compris dans le cadre de ce rapport ne sont pas exhaustifs. Ils devraient toutefois stimuler le dialogue et la collaboration afin d'améliorer notre compréhension collective des répercussions économiques considérables du cancer sur le système de santé canadien et sur les personnes atteintes du cancer. Nous remarquons que si les estimations présentées reflètent une moyenne des résultats individuels et de la population, de nombreuses personnes auront des expériences et des résultats différents de ceux décrits dans les résumés présentés ici. Nous avons inclus des points de vue de personnes atteintes d'un cancer et de proches aidants, ainsi que la modélisation, et ce, afin de mettre en lumière les expériences variées et difficiles des personnes atteintes du cancer. Nous espérons vraiment que nos lecteurs réfléchiront de manière critique à la signification de ces chiffres et à la façon dont ils peuvent être utilisés pour améliorer de manière générale les soins pour les personnes qui vivent avec le cancer et y survivent au Canada.

# À propos des publications Statistiques canadiennes sur le cancer



Les Statistiques canadiennes sur le cancer sont le fruit d'une collaboration entre la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, qui a réuni l'expertise de la communauté spécialisée dans la surveillance et l'épidémiologie du cancer sous la forme du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.

Il existe trois principaux types de [publications Statistiques canadiennes sur le cancer](#) :

- 1. Publication complète** – Tous les deux ans, nous publions un rapport qui fournit des estimations détaillées des taux d'incidence, de mortalité et de survie du cancer selon le sexe, le groupe d'âge, la région géographique et la période pour plus de 20 des types de cancer les plus souvent diagnostiqués au Canada. L'édition la plus récente, [Statistiques canadiennes sur le cancer 2023](#), a été publiée en novembre 2023. La prochaine édition sera publiée en 2025.
- 2. Aperçu des estimations projetées** – Les années où il n'y a pas de publication complète, nous publions les estimations projetées de l'incidence et de la mortalité selon le sexe et la région géographique pour l'année en cours. L'objectif de ce travail est de s'assurer que des estimations sont accessibles au public pour l'année en cours. Les estimations projetées

pour 2024 ont été publiées dans un article intitulé « [Projection du fardeau du cancer au Canada en 2024](#) » dans le Journal de l'Association médicale canadienne, en mai 2024. Le prochain aperçu paraîtra en 2026.

- 3. Rapport spécial** – Les années durant lesquelles l'aperçu est publié, nous produisons également un rapport spécial sur un sujet d'intérêt particulier pour la communauté de la lutte contre le cancer. Le rapport spécial 2024 porte sur les répercussions économiques du cancer au Canada.

Ces publications de Statistiques canadiennes sur le cancer sont conçues pour aider les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs à prendre des décisions et à déterminer les priorités d'action dans leurs domaines respectifs. Toutefois, l'information contenue dans ces produits est pertinente pour un public beaucoup plus vaste. Par conséquent, ces publications peuvent aussi être utiles pour les médias, les éducateurs et les membres du public ayant un intérêt pour le cancer.

Tous les produits Statistiques canadiennes sur le cancer, ainsi que les ressources de soutien, sont accessibles à partir de la page [cancer.ca/statistiques](https://cancer.ca/statistiques).

# Introduction



## Principales constatations

- En 2024, le coût sociétal total du cancer au Canada devrait s'élever à quelque 37,7 milliards de dollars.
- Les coûts encourus par les systèmes de santé devraient représenter la majorité (30,2 milliards de dollars) des coûts relatifs au cancer pour la société en 2024.
- Cependant, les coûts pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants sont considérables et devraient représenter environ 20 % (7,5 milliards de dollars) des coûts sociétaux en 2024.

- Les coûts payés de sa poche représentent la plus grande partie de ce que les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants doivent payer, et ces frais devraient augmenter au cours des dix prochaines années.
- Nous prévoyons une tendance générale à la hausse des coûts entre 2024 et 2034 pour tous les types de cancer, ce qui indique que les défis économiques relatifs aux soins en oncologie seront de plus en plus importants au fil du temps.
- De manière générale, au cours des dix prochaines années, les coûts sociétaux relatifs au cancer devraient

augmenter de 23 %. Cette augmentation s'explique en partie par la croissance démographique et le vieillissement de la population, ainsi que par l'amélioration de la survie au cancer.

- Bien que les coûts examinés dans le cadre de ce rapport représentent des estimations des répercussions économiques, ils reflètent les défis quotidiens auxquels sont confrontés les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants, ainsi que les décisionnaires des systèmes de santé qui doivent faire des choix et des arbitrages difficiles.

## Sous la direction du Groupe de travail sur les répercussions économiques cancer au Canada du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

Darren Brenner (Université de Calgary)

Christian Finley (Université McMaster)

Natalie Fitzgerald (Partenariat canadien contre le cancer)

Roxanne Garaszczuk (Partenariat canadien contre le cancer)

Jennifer Gillis (Société canadienne du cancer)

Ioana Nicolau (Société canadienne du cancer, Université de Calgary)

## Expertise du contenu fournie par :

Kelvin Chan (Sunnybrook Health Sciences Centre, Université de Toronto)

Michael Lebenbaum (Société canadienne du cancer)

Christopher Longo (Université McMaster)

## Analystes principaux :

Roxanne Garaszczuk (Partenariat canadien contre le cancer)

Jean Yong (Partenariat canadien contre le cancer)

## Analyses complémentaires

Maikol Diasparra (Statistique Canada)

Rochelle Garner (Statistique Canada)

Claude Nadeau (Statistique Canada)

Yibing Ruan (Alberta Health Services)

John Than (Statistique Canada)

## Remerciements :

Nayab Choudhry (Société canadienne du cancer)

## Le Groupe de travail sur les répercussions économiques du cancer au Canada (le Groupe de travail) souhaite remercier tous les partenaires communautaires qui ont fait part de leurs expériences, ainsi que ceux qui ont contribué à l'élaboration et à l'examen du rapport :

Jennifer Mitchell (Partenaire patient de la Société canadienne du cancer)

David Murchie (Partenaire patient de la Société canadienne du cancer)

Angus Pratt (Partenaire patient de la Société canadienne du cancer)

## Examen par les pairs :

Stuart Peacock (Université Simon Fraser)

Robin Urquhart (Université de Dalhousie)

## Contexte : Pourquoi est-il important d'estimer les répercussions économiques?

Le cancer représente un événement qui change la vie et qui fait peser sur la personne atteinte un poids physique et émotionnel considérable<sup>(4)</sup>. Au Canada, le cancer est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité et il a des répercussions considérables sur la santé de la population canadienne et sur le système de santé du pays<sup>(1)</sup>. Les répercussions du cancer font également référence à la multitude de façons dont le cancer et l'expérience du cancer touchent les personnes atteintes de cancer, les familles et les proches aidants<sup>(5)</sup>.

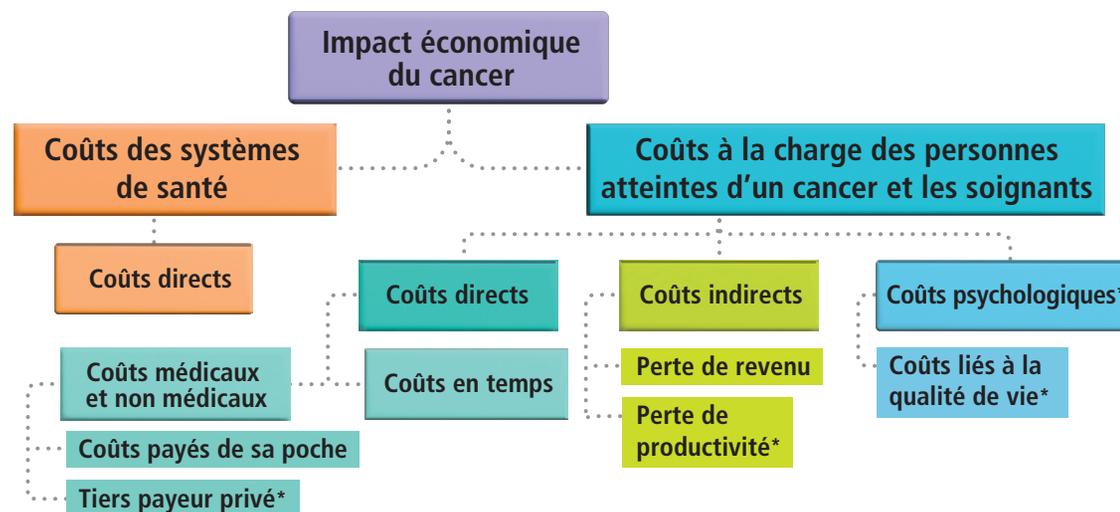
Les répercussions économiques ou « coût » du cancer est un aspect important des effets globaux du cancer<sup>(5)</sup>. En général, les répercussions économiques du cancer regroupent les grandes catégories suivantes (infographie A) : les coûts directs pour les systèmes de santé et les coûts directs, indirects et psychosociaux pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants<sup>(5)</sup>.

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

Une forme rare et agressive de lymphome non hodgkinien a été diagnostiquée chez **Harjeet Kaur**. Elle a été contrainte de faire face à de nombreux frais par elle-même, notamment pour les médicaments et les déplacements.

*« Le cancer vous touche physiquement, financièrement et mentalement. Vous subissez déjà le traumatisme d'être diagnostiqué avec un cancer, et à cela s'ajoute le coût du traitement ».*

INFOGRAPHIE A Répartition des coûts sociétaux contribuant aux répercussions économiques du cancer



\*Données non disponibles pour ce rapport

**Nota :** Les tiers payeurs privés (p. ex. régime d'assurance privé) peuvent couvrir certains coûts pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants. Toutefois, certaines personnes doivent quand même avancer des sommes ou payer une quote-part ou une franchise.

Pour les analyses et les rapports présentés dans le cadre de ce rapport, nous avons utilisé les définitions générales suivantes et indiqué des exemples de coûts (infographies B et C). En bref, les coûts directs pour les systèmes de santé représentent les coûts de gestion du cancer relatifs à la santé, qui comprennent les coûts des services fournis dans les hôpitaux et par les médecins (infographie B)<sup>(6)</sup>. Dans l'ensemble, les coûts directs payés par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants comprennent l'utilisation des ressources pour les soins médicaux et non médicaux (infographie C) et le temps passé à se rendre à des rendez-vous et à recevoir des traitements<sup>(5)</sup>. Les coûts indirects pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants comprennent ceux qui résultent de la perte de revenus, de ressources et d'opportunités en raison du cancer<sup>(5)</sup>. Les coûts

indirects du cancer sont souvent sous-estimés. Cependant, ces coûts peuvent avoir des répercussions considérables sur la perte de productivité économique et de production pour la personne. En outre, ces mesures sociétales indirectes peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé et la productivité économique de la population.

Les coûts psychosociaux sont entièrement subis par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants. Cette catégorie de coûts est la moins bien comprise alors qu'elle concerne 44 % des personnes atteintes du cancer<sup>(5)</sup>. Les coûts psychosociaux constituent des coûts intangibles associés au cancer et comprennent les répercussions sur la qualité de vie (p. ex., le bien-être physique, psychologique, spirituel et social<sup>(5)</sup>). Bien que nous n'ayons pas été en mesure

de quantifier les répercussions psychosociales du cancer, ce rapport souligne l'importance d'adopter une perspective sociétale plus large dans le cadre des évaluations économiques afin de tenir compte des répercussions économiques importantes subies par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants.

Le Canada dispose d'un système de santé publique où les coûts sont couverts par un seul système public (c'est-à-dire un système à payeur unique). Les répercussions économiques du cancer dans un système de santé à payeur unique ont des implications considérables en termes de répartition des soins et d'adoption de nouveaux traitements et de nouvelles approches. Les dirigeants des systèmes de santé ont la tâche difficile de hiérarchiser les ressources afin

d'obtenir les meilleurs résultats cliniques possibles pour les personnes atteintes de cancer, tout en s'efforçant de gérer les coûts pour le système et d'équilibrer les dépenses entre de nombreuses priorités concurrentes. Les estimations des répercussions économiques du cancer présentées dans le cadre de ce rapport mettent en évidence les répercussions considérables sur les systèmes de santé et les ressources nécessaires dans l'ensemble du continuum des soins relatifs au cancer. En outre, les projections incluses dans le cadre de ce rapport seront utiles pour planifier les ressources humaines en santé et les ressources économiques requises dans les budgets futurs. Les politiques de soutien visant à limiter au minimum les répercussions financières sur les personnes atteintes d'un cancer et les proches

aidants seront importantes, car le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer et au-delà continue d'augmenter au Canada<sup>(3)</sup>.

Une meilleure compréhension du coût du cancer d'un point de vue sociétal permettra d'illustrer les répercussions financières sur les systèmes de santé et les personnes atteintes de cancer, les proches aidants et les communautés. Ces informations permettront d'orienter les politiques et les investissements relatifs au cancer afin d'améliorer la prévention et les soins. En outre, ces estimations sont essentielles pour sensibiliser à l'augmentation des coûts relatifs aux soins du cancer au Canada, alors que notre population continue de croître et de vieillir.

### Coûts sociétaux

En combinant les coûts directs pour les systèmes de santé et les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants, on obtient une estimation du coût sociétal du cancer et de ses répercussions économiques.

### Coûts pour le système de santé

#### *Coûts directs pour les systèmes de santé*

Les coûts directs pour les systèmes de santé sont les coûts de gestion du cancer relatifs à la santé, y compris les coûts des services fournis dans les hôpitaux et par les médecins. Ces coûts peuvent également comprendre les soins à domicile et les soins continus complexes, les traitements médicamenteux systémiques (chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée), la radiothérapie et certains médicaments délivrés sur ordonnance<sup>(7)</sup>.

### Coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants

Il est à noter que les chercheurs universitaires font souvent référence à ce que les personnes atteintes d'un cancer paient en tant que « coûts à la charge des patients ». Nous préférons utiliser une formulation centrée sur la personne. Aux fins du présent rapport, les termes « personnes atteintes d'un cancer » et « patients » doivent donc être considérés comme synonymes, sauf indication contraire.

#### *Coûts payés de sa poche*

Les coûts ou les frais payés de sa poche sont des dépenses médicales et non médicales à la charge des personnes atteintes d'un cancer (les patients) et les proches aidants<sup>(8)</sup>. Ces dépenses peuvent comprendre les médicaments sur ordonnance, les soins à domicile, les services d'aide-ménagère, les appareils, les soins familiaux, les dépenses

relatives aux voyages et à l'hébergement, les vitamines et les suppléments.

#### *Coûts directs en termes de temps*

Les personnes atteintes d'un cancer passent du temps à se rendre aux soins et à en revenir, à attendre les soins et à les recevoir, ce qui représente du temps non consacré à d'autres activités<sup>(9)</sup>. Ce temps passé à se rendre, à attendre et à recevoir des soins est appelé « coût du temps passé par le patient ». Des recherches antérieures ont montré que les coûts relatifs au temps passé par le patient peuvent être considérables<sup>(9)</sup>.

#### *Coûts indirects*

Les coûts indirects comprennent les pertes de revenus relatifs à l'emploi des personnes atteintes d'un cancer et des proches aidants. Les coûts indirects comprennent également les coûts relatifs à la perte de productivité. Ce rapport n'indique pas les coûts relatifs à la perte de productivité en raison du manque de données adéquates.

## Considérations relatives à l'estimation des répercussions économiques

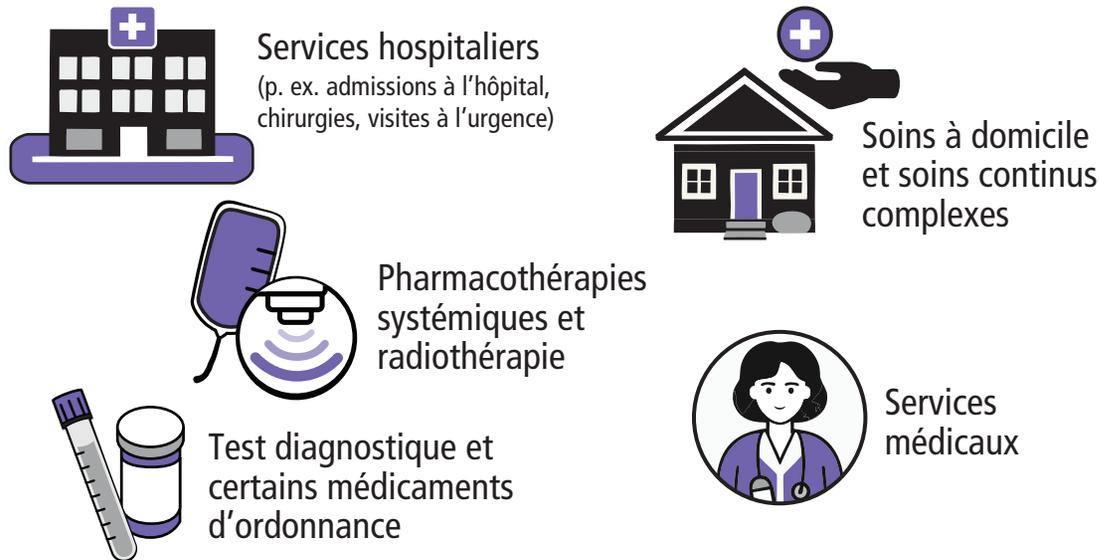
Dans le cadre de ce rapport, nous fournissons des estimations à l'échelle nationale des répercussions économiques du cancer. Nous encourageons les lecteurs du Canada et d'ailleurs à réfléchir aux disparités dans leur région. Nous reconnaissons que les coûts des soins, y compris les coûts des médicaments, peuvent varier d'une province ou encore d'un territoire à l'autre. Les modèles utilisés dans le cadre de ce rapport reflètent les parcours de soins courants, les normes de soins et les coûts d'utilisation des ressources de santé pour les résidents de l'Ontario jusqu'en 2022. Si les parcours de soins particuliers peuvent différer quelque peu d'une province à l'autre, les normes de soins et les protocoles de traitement relatifs au

cancer devraient être largement semblables dans l'ensemble du Canada<sup>(10)</sup>. Au Canada, il existe des procédures d'approbation communes pour les thérapies et des organisations médicales nationales qui s'efforcent de mutualiser les connaissances et les lignes directrices en matière de pratique dans tout le pays, comme les associations canadiennes d'oncologie médicale, de radio-oncologie et d'oncologie chirurgicale, ainsi que d'autres professionnels de la santé. Toutefois, il peut subsister d'importantes disparités dans les coûts par patient entre les provinces et les territoires qui ne sont pas prises en compte dans le cadre de ce rapport.

Les estimations incluses sont des projections basées sur des données nationales complètes et de haute qualité à l'échelle de la population, ainsi que sur les données de Statistique Canada relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité

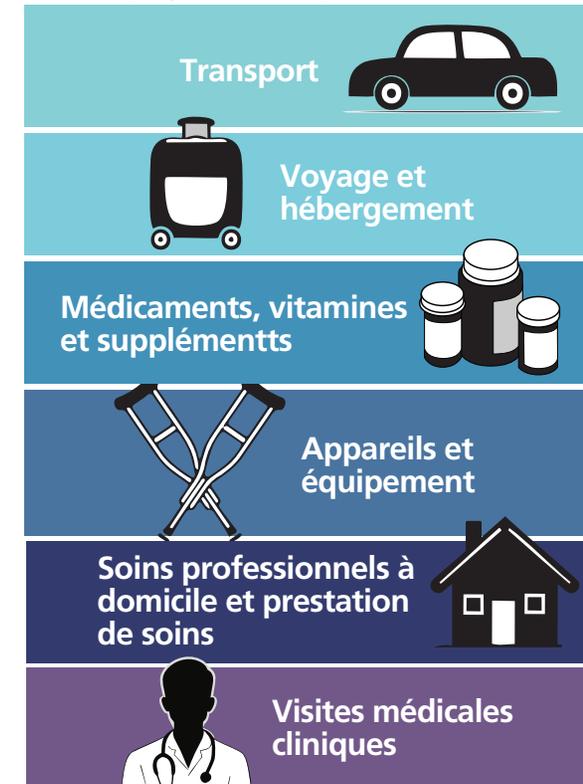
par stade. Les estimations des coûts pour les systèmes de santé ont été déterminées pour 24 types de cancer les plus fréquents à partir des données d'ICES (anciennement connu sous le nom « Institute for Clinical and Evaluative Sciences ») jusqu'à la fin de 2022. Les coûts payés de sa poche sont quant à eux basés sur plusieurs publications canadiennes<sup>(8,11-13)</sup>. Toutes les estimations et projections de coûts ont été converties en dollars canadiens de 2024, en utilisant l'indice des prix à la consommation (IPC)

INFOGRAPHIE B Exemples de coûts directs pour les systèmes de santé



INFOGRAPHIE C Exemples de dépenses payées de sa poche relatives aux soins médicaux et non médicaux pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants

## Coûts payés de sa poche



pour les soins de santé et les soins personnels, ainsi que pour tous les articles, en utilisant un taux d'inflation annuel de base de 2,7 %<sup>(14)</sup>. L'annexe présente une description détaillée des méthodes, y compris les analyses de sensibilité effectuées pour évaluer nos hypothèses de modélisation.

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

Un cancer colorectal avancé a été diagnostiqué chez **Vanessa Percoco** en 2022. En 2023, elle a payé plus de 4 000 \$ pour des médicaments sur ordonnance. Elle a également été contrainte de faire face à des dépenses importantes relatives à sa stomie, notamment la nécessité d'avoir de nouvelles poches de stomie tous les quatre jours, des séances de physiothérapie, des consultations d'ostéopathie et des visites chez un nutritionniste. Vanessa n'avait jamais imaginé devoir débourser autant d'argent lorsqu'on lui a diagnostiqué un cancer.

*« C'était une charge financière énorme à subir. Certains mois, je me demandais même comment j'allais pouvoir payer le loyer. La fin de chaque mois était une source de stress, car je savais que je devrais appeler mon père pour lui demander l'argent qui me manquait ».*

Le présent rapport ne traite pas spécifiquement du cancer chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (AJA). Les approches de modélisation utilisées se concentrent davantage sur les types de cancer les plus courants au Canada, qui sont le plus souvent diagnostiqués dans les populations adultes. Nous reconnaissons que les enfants et les adolescents atteints de cancer ont fréquemment des parcours de soins très complexes. Le cancer peut avoir des effets considérables et durables sur leur qualité de vie, notamment la crainte d'une récurrence<sup>(16)</sup>, ainsi que des répercussions économiques durables sur les personnes, leurs familles et leurs proches aidants. Bien que ces répercussions puissent être considérables pour les nombreux enfants et adolescents diagnostiqués chaque année avec un cancer ainsi que pour leurs familles, les enfants et les adolescents n'ont pas été expressément inclus dans la discussion des résultats. Nous estimons que les cancers pédiatriques et les cancers chez les jeunes adultes doivent faire l'objet d'une analyse distincte.

## Encadré A – Mesurer les répercussions économiques du cancer à l'aide de l'outil OncoSim

Toutes les estimations figurant dans le présent rapport sont des estimations projetées qui ont été générées à l'aide de l'outil OncoSim, un ensemble d'outils de microsimulation du cancer canadien basé sur le Web, dirigé et soutenu par le Partenariat canadien contre le cancer, et dont le modèle a été élaboré par Statistique Canada<sup>(15)</sup>. Pour ce rapport, nous avons utilisé le modèle « OncoSim-Tous les cancers » (l'un des cinq modules de l'outil OncoSim), qui permet de projeter les résultats en santé et économiques pour 32 types de cancer, que nous regroupons en 27 types de cancer (se reporter à la section [Sources de données et méthodes](#) pour plus de détails)<sup>(15)</sup>. Le modèle simule une population canadienne hypothétique, une personne à la fois, en estimant si et quand une personne développera un cancer au cours de sa vie et s'il mourra d'un cancer ou d'une autre cause. L'outil OncoSim comprend des données détaillées sur les coûts sociétaux (coûts pour les systèmes de santé et coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants). Toutes ces informations sont agrégées afin de fournir des résultats représentatifs de la population. Dans l'ensemble, le modèle OncoSim utilise des données démographiques et des données sur le cancer de Statistique Canada, riches et de grande qualité, ainsi que des données sur le traitement du cancer et les coûts sociétaux, afin de projeter les répercussions économiques du cancer au Canada. [L'annexe](#) contient davantage de détails concernant la méthodologie.

Le rapport se concentre sur les données disponibles pour toutes les phases des soins du cancer, y compris les données actualisées sur les coûts pour les systèmes de santé et les nombreuses données portant sur les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants (y compris les coûts payés de sa poche en temps et en argent, et les coûts indirects). Cependant, les données portant sur les coûts avant un diagnostic de cancer n'étaient pas disponibles. Cela pourrait représenter des coûts importants pour les systèmes de santé, les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants, et mérite donc d'être quantifié et exploré dans le cadre de recherches futures.

La durée des soins reçus par les personnes peut différer des phases de soins définies dans le rapport. Par exemple, en fonction de la complexité de leur cas et de leurs besoins individuels, certaines personnes atteintes d'un cancer peuvent suivre un traitement actif pendant plus longtemps que les 12 mois indiqués pour la phase de soins initiaux. De même, au cours de la dernière année de vie, certaines personnes pourraient être admissibles à des soins de fin de vie que pour une durée de six mois, tandis que d'autres n'ont parfois besoin d'aucun soin supplémentaire pendant cette période. Les coûts présentés dans le cadre de ce rapport sont censés refléter les coûts du cancer calculés en moyenne sur la base des diverses expériences des personnes atteintes du cancer et dans l'ensemble des systèmes

de santé au Canada. Il convient donc de noter que l'éventail des coûts, y compris ceux relatifs à la phase de traitement et au type de cancer, peut varier en fonction des régions géographiques et des expériences individuelles. Nous avons également inclus des discussions tout au long du rapport et intégré des perspectives personnelles pour contextualiser les résultats.

Ce rapport estime également les coûts sociétaux prévus relatifs au cancer au cours de la prochaine décennie (2024 à 2034) à l'aide de l'outil OncoSim. Les projections ont été réalisées en supposant que l'état actuel des soins en oncologie demeure inchangé, tout en tenant compte de l'évolution démographique et de l'inflation. Les projections ne tiennent pas compte des progrès et des changements prévus en matière de diagnostic et de traitement. L'annexe présente des hypothèses d'inflation et de croissance démographique utilisées pour ces projections. Les analyses de sensibilité a été réalisée pour examiner les répercussions de ces hypothèses sur les coûts sociétaux projetés. L'annexe présente les détails et les résultats de ces analyses de sensibilité.

Bien qu'aucune approche de modélisation ne soit exempte d'hypothèses et de limites, les projections incluses dans le cadre de ce rapport représentent des estimations complètes des coûts et des répercussions économiques du cancer au Canada.

# Répercussions économiques inhérentes au cancer en 2024 d'un point de vue sociétal



## Répercussions économiques globales du cancer

Les répercussions économiques du cancer ont une incidence sur les personnes, les systèmes de santé et la société. La [figure 1](#) montre les répercussions économiques globales du cancer d'un point de vue sociétal, y compris les coûts pour les systèmes de santé, ainsi que les coûts payés de sa poche, les coûts temporels et les coûts indirects pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants.



Le coût sociétal du cancer devrait atteindre quelque 37,7 milliards de dollars en 2024.

Le coût sociétal total du cancer au Canada devrait s'élever à quelque 37,7 milliards de dollars en 2024. Les coûts pour les systèmes de santé devraient représenter la plus grande part des coûts sociétaux du cancer. Les coûts directs pour les systèmes de santé devraient s'élever à 30,2 milliards de dollars (80 %), tandis que les coûts payés de sa poche devraient s'élever à 3,7 milliards de dollars (10 %), les coûts indirects

## Principales constatations

- En 2024, le coût sociétal total du cancer devrait s'élever à quelque 37,7 milliards de dollars.
- Les coûts pour les systèmes de santé devraient représenter la plus grande part des coûts sociétaux du cancer, estimés à 30,2 milliards de dollars.
- Les coûts pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants sont estimés à 7,5 milliards de dollars et devraient représenter environ 20 % des coûts sociétaux.
- Les frais payés de sa poche représentent une part importante des répercussions économiques auxquelles les personnes sont confrontées au cours de leur expérience du cancer.
- Les coûts varient selon le type de cancer, les quatre types de cancer les plus couramment diagnostiqués au Canada (cancer du sein, colorectal, du poumon et de la prostate) devant avoir les répercussions économiques globales les plus importantes en 2024.
- On s'attend à ce que les cancers du sang entraînent des coûts de santé parmi les plus élevés par personne au cours de leur vie.

dus à la perte de revenus à 1,3 milliard de dollars (3 %) et les coûts directs en termes de temps à 2,5 milliards de dollars (7 %). Ces proportions en matière de coûts sont censées refléter les coûts moyens pour la société canadienne. Toutefois, nous reconnaissons qu'il existe des disparités entre les provinces et les régions.

Les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants devraient s'élever à 7,5 milliards de dollars, ce qui représente environ

20 % du coût total pour la société. Les coûts payés de sa poche des patients et proches aidants devraient représenter la plus grande part (49 %), suivis par les coûts en termes de temps (34 %) et les coûts indirects (18 %).

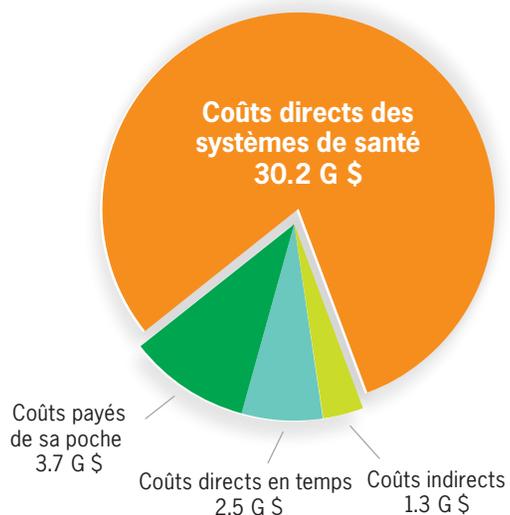
## Répercussions sur les systèmes de santé et les personnes atteintes du cancer

Au Canada, les soins de santé sont financés par les revenus fiscaux et administrés par le gouvernement fédéral au moyen de transferts aux provinces et aux territoires<sup>(17)</sup>. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires sont responsables de la prestation des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires, qui sont pris en compte dans les coûts directs pour les systèmes de santé<sup>(17)</sup>. Toutefois, avec l'évolution des modèles de prestation de soins de santé, certains services de santé sont fournis en dehors des hôpitaux ou des cliniques et ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*<sup>(17)</sup>. Par conséquent, les frais payés de sa poche représentent une part substantielle et croissante des répercussions économiques auquel les personnes sont confrontées au cours de leur expérience du cancer. Ces coûts comprennent, sans s'y limiter, les dépenses relatives aux soins médicaux comme les médicaments, les appareils et les suppléments nutritionnels, ainsi que les coûts relatifs à l'aide ménagère, aux services de garde d'enfants, aux déplacements et à l'hébergement.



Les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants devraient représenter 20 % du coût sociétal du cancer en 2024.

**FIGURE 1** Répercussions économiques projetées du cancer d'un point de vue sociétal, y compris les coûts directs pour les systèmes de santé, les coûts payés de sa poche, les coûts directs en termes de temps et les coûts indirects, Canada, 2024



**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir [l'annexe Sources de données et méthodes](#), tableau A2.

Les coûts directs pour les systèmes de santé associés à l'hospitalisation, aux traitements médicamenteux systémiques, à la radiothérapie, ainsi qu'à la chirurgie représentent la plus grande partie des coûts du cancer au Canada. Avec l'évolution des modalités de traitement et des stratégies thérapeutiques, un nombre croissant de personnes atteintes d'un cancer recevront des traitements plus longs à base d'hormones ou de médicaments ciblés, de même que des médicaments anticancéreux à prendre à domicile. De nombreux progrès ont été réalisés dans la prise en charge clinique et l'accent mis sur les soins centrés sur la personne. Ces expansions, qui comprennent un élargissement du champ de la surveillance et de la fourniture de ressources, ont

permis d'améliorer les résultats signalés par les personnes atteintes d'un cancer<sup>(5)</sup>. Toutefois, cela revêt un coût pour les systèmes de santé, les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants. Le Canada a consacré 11,2 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé en 2022 et fait ainsi partie du groupe des pays les plus dépensiers selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>(18)</sup>. Malgré cet investissement substantiel, cela ne couvre que 73 % du coût total des soins de santé en général<sup>(18)</sup>. Les autres coûts de santé non comptabilisés, au-delà des soins relatifs au cancer, ont été subis par les patients et les proches aidants<sup>(18)</sup>, ce qui a souvent des répercussions disproportionnées sur les populations socialement défavorisées. Les conclusions de ce rapport font écho à ces répercussions économiques substantielles sur les patients et les proches aidants, puisqu'en 2024, 20 % des coûts relatifs au cancer devraient être imputables aux dépenses payées de sa poche, à celles relatives au temps et à d'autres coûts indirects pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants.

Alors que les traitements anticancéreux administrés dans les hôpitaux sont entièrement

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

« Mes principaux coûts étaient les frais relatifs aux déplacements ainsi que certains médicaments qui n'étaient pas couverts. Certains médicaments étaient coûteux, alors j'ai choisi de ne pas les prendre ».

—Anonyme

couverts par les budgets publics et fournis gratuitement aux personnes atteintes d'un cancer, les médicaments à prendre à domicile sont couverts par une combinaison de remboursements publics et privés, avec la possibilité de disparités entre les provinces et les territoires, ce qui ajoute à la complexité du traitement et de la couverture du cancer<sup>(19)</sup>. En outre, les régimes d'assurance provinciaux et territoriaux diffèrent en fonction de multiples facteurs, comme les différences dans la couverture des médicaments et des tests diagnostiques, les types de services de soins à domicile couverts et le remboursement des déplacements à partir des zones rurales<sup>(17)</sup>. Par conséquent, les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants peuvent avoir différents niveaux d'accès à des mesures de soutien ainsi qu'à des soins importants. Par exemple, les médicaments anticancéreux à emporter sont en train de devenir une option de traitement normalisée pour de nombreux types de cancer et représentent la moitié des médicaments anticancéreux sur le marché, mais ils ne sont pas systématiquement couverts<sup>(20)</sup>. Les fonds publics disponibles pour les médicaments anticancéreux

### Toxicité financière

La toxicité financière décrit la détresse et les difficultés résultant des répercussions financières subies par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants<sup>(9,21,22)</sup>. La toxicité financière peut résulter de dépenses payées de sa poche, d'interruptions d'emploi, de pertes de productivité et de l'évolution de la situation financière des personnes en raison du diagnostic, du traitement, des soins continus ainsi que des soins palliatifs relatifs au cancer<sup>(9,21,22)</sup>.

à emporter varient aussi d'une province et d'un territoire à l'autre<sup>(20,21)</sup>. Il existe également des différences considérables en ce qui concerne les personnes pouvant bénéficier de subventions pour les services de soins à domicile et l'équipement médical, ce qui fait qu'une grande partie de ces coûts est subie par les personnes atteintes d'un cancer et par les proches aidants. Bien que les régimes d'assurance privée puissent financer ces services, la plupart des personnes au Canada n'y ont accès que dans le cadre de leur emploi. Cela signifie que les personnes qui réduisent leur temps de travail ou encore doivent quitter leur emploi en raison d'un cancer ou de son traitement risquent de perdre cette couverture. En outre, les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants peuvent encore avoir à subir des coûts comme le copaiement ou les franchises exigés par leur régime d'assurance privé.

La toxicité financière<sup>(5,21,23)</sup> peut entraîner des dommages physiques et psychologiques, ayant ainsi une incidence sur les décisions qui peuvent avoir des répercussions sur le choix du traitement et de son observance, ce qui pourrait conduire à des résultats plus défavorables. Les personnes peuvent choisir de suivre ou non certains traitements en fonction de leur coût. Par exemple, le choix de la procédure chirurgicale pour le traitement du cancer du sein (mastectomie complète ou chirurgie avec traitements de suivi) peut ainsi être influencé par l'accès aux interventions thérapeutiques. Un rapport du Partenariat canadien contre le cancer et d'autres organismes a fait remarquer que les femmes ayant des temps de trajet plus longs pour se rendre dans un centre de radiothérapie étaient beaucoup plus susceptibles d'opter pour une mastectomie<sup>(24,25)</sup>.

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

*« Cela me rend malade de savoir qu'une personne qui n'a pas de régime d'assurance-médicaments décent peut souffrir de nausées irrépessibles ou recevoir une stimulation de la moelle osseuse inférieure à l'étalon-or parce qu'elle n'a pas de régime d'assurance-médicaments qui paie. Je m'inquiète de ce qui va m'arriver financièrement lorsque mon chèque de paye passera de l'assurance-emploi à l'invalidité de courte durée et que ma demande d'invalidité de longue durée auprès de mon employeur risque d'être refusée. Cela va me faire dérailler financièrement; pendant un certain temps, cela passera, mais c'est un stress constant à un moment où je dois me concentrer sur le bien-être et sur cette maladie ».*

— *Anonyme*

### Toxicité temporelle

La toxicité temporelle décrit la perte de temps subie lors de l'administration de traitements anticancéreux et d'autres soins de soutien<sup>(30)</sup>. Il peut s'agir du temps perdu à coordonner les soins et à recevoir les soins, ce qui peut inclure les déplacements et l'attente des rendez-vous, ainsi que le temps perdu en raison des hospitalisations, des soins de suivi, ainsi que de la réadaptation<sup>(30)</sup>.

L'Étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions a permis d'interroger quelque 13 000 personnes survivantes partout au Canada sur leurs expériences de vie avec et après un traitement actif anticancéreux<sup>(4)</sup>. L'étude a révélé que 4 personnes sur 10 ont indiqué avoir des difficultés pratiques après la fin de leur traitement, et qu'elles ont le plus souvent fait part de leurs préoccupations concernant le retour au travail et l'obtention d'une assurance-vie<sup>(4)</sup>. Le paiement des factures relatives aux soins de santé et l'obtention d'une assurance-vie figurent parmi les préoccupations pratiques les plus difficiles à résoudre<sup>(4)</sup>. Les répercussions des déplacements constituent également une préoccupation importante : près de 70 % des personnes atteintes d'un cancer ont indiqué devoir se déplacer pour des examens ou des traitements<sup>(4)</sup>. Les personnes ont estimé que les déplacements pour le traitement et l'organisation de l'hébergement à proximité du centre de traitement représentaient à la fois un défi financier et logistique et venaient exacerber une détresse déjà importante<sup>(4)</sup>. D'autres études canadiennes ont montré que les répercussions financières pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants peuvent dépasser 2 000 \$ par mois, si l'on tient compte des frais payés de sa poche et de la perte de revenus<sup>(11,26-29)</sup>. En outre, 33 % des personnes atteintes d'un cancer interrogées dans le cadre d'une étude nationale ont estimé que la pression financière associée aux frais à la charge des patients était élevée malgré le fait qu'elles bénéficiaient de soins de santé financés par l'État<sup>12</sup>. Outre la toxicité financière inhérente au cancer, on reconnaît de plus en plus le temps considérable consacré aux thérapies anticancéreuses. Cela comprend les déplacements et les temps d'attente, les hospitalisations, les rendez-vous de suivi, ainsi que la rééducation<sup>(30)</sup>. La perte de temps relative aux traitements ou la toxicité temporelle relative

aux traitements peuvent être particulièrement pertinentes pour les personnes atteintes d'un cancer avancé ou encore d'un cancer solide et incurable, pour lesquelles les avantages de la plupart des traitements en termes de survie peuvent être modestes<sup>(30)</sup>. Dans certains cas, la toxicité temporelle associée à un traitement plus intensif pourrait ainsi l'emporter sur le bénéfice potentiel en termes de survie<sup>(30)</sup>. Par conséquent, certaines personnes atteintes d'un cancer peuvent choisir de renoncer à des traitements plus intensifs qui n'améliorent la survie que de manière marginale<sup>(30)</sup>. Par conséquent, le lieu (hôpital ou domicile) et le temps passé constituent des considérations importantes pour les personnes qui doivent prendre des décisions de traitement dans un contexte de temps limité<sup>(30)</sup>. La toxicité temporelle peut également s'appliquer aux proches aidants et aux personnes de confiance, qui doivent souvent coordonner leur emploi du temps avec celui de la personne atteinte d'un cancer, voire, dans certains cas, interrompre leurs projets d'études ou de carrière<sup>(30)</sup>.

### Populations vulnérables

Dans le contexte du présent rapport, les populations vulnérables sont celles qui sont touchées de manière différenciée par le coût du cancer. Bien que nous n'ayons pas été en mesure d'examiner les répercussions économiques différenciées du cancer entre les populations dans la modélisation, nous reconnaissons que cela mérite une attention particulière ainsi que sa propre analyse ciblée.

Les disparités en matière économiques et de revenus continuent d'avoir des répercussions sur les expériences et les résultats en matière de cancer au Canada. Les données issues d'analyses multiples montrent que la survie au cancer et les résultats favorables des traitements sont ainsi moindres au bas de l'échelle des revenus<sup>(31-34)</sup>.

Ces disparités existent pour la plupart des types de cancer, y compris ceux pour lesquels il existe des programmes de dépistage présents au sein de la population. Les disparités ont souvent un effet exacerbant pour les personnes économiquement et socialement défavorisées. Par exemple, ces personnes peuvent avoir une prévalence plus

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

*« Les répercussions financières sont énormes, mon endettement est considérable, car je n'ai pas pu travailler pendant le traitement. J'ai fait des demandes de subventions, de couverture médicale, d'assurance-emploi ainsi que d'assurance hypothécaire en cas d'invalidité. Il y a eu beaucoup de retards en raison de la paperasserie, et j'ai fini par attendre trois mois sans salaire pour obtenir une couverture. Cela a eu des répercussions sur mes choix en matière de médicaments et de thérapies complémentaires, alors que j'étais censée me concentrer sur ma santé. C'était extrêmement stressant. Je ne pourrai pas reprendre mon travail à temps plein avant 18 à 24 mois, ce qui a eu des répercussions négatives sur ma carrière. Être en vie et bénéficier de tout le soutien que j'ai reçu est une chose dont je suis reconnaissante. Il semble qu'il y ait énormément d'obstacles au financement pour les patients atteints de cancer ».*

— Anonyme

élevée d'exposition au risque et être moins susceptibles d'avoir un fournisseur de soins primaires pour soutenir le dépistage, le diagnostic précoce et les soins de survie, ou encore de recevoir des traitements curatifs. En raison de ces effets cumulés, les personnes défavorisées sur le plan économique et social risquent d'obtenir de moins bons résultats à long terme.

Pour les personnes à faible revenu, les frais considérables payés de sa poche relatifs au cancer peuvent représenter une part importante de leur revenu disponible. Les personnes disposant de moins de ressources financières et celles qui se trouvent dans une situation économique, de vie ou encore d'emploi précaire peuvent choisir de retarder ou de renoncer à des options thérapeutiques supplémentaires en raison des coûts associés, ce qui augmente la probabilité d'une aggravation des résultats. Des données récentes issues d'une étude canadienne sur le cancer suggèrent que les personnes dont le revenu familial est inférieur à 50 000 \$ par an sont plus susceptibles de renoncer aux soins, de faire état de difficultés financières accrues et de s'absenter de leur travail, ce qui ne fait qu'aggraver les répercussions financières du cancer<sup>(17)</sup>. Jusqu'à 20 % des personnes à faible revenu interrogées dans le cadre de l'étude ont décidé de se passer de médicaments et 29 % ont choisi de ne pas prendre de vitamines ou de compléments alimentaires<sup>(17)</sup>. Une analyse de la littérature scientifique nationale et internationale menée par le Partenariat canadien contre le cancer a révélé qu'en moyenne, les personnes atteintes d'un cancer au Canada dépensaient 253 \$ par mois de leur poche pour les médicaments, les dépenses des proches aidants, les rendez-vous et les autres frais de transport<sup>(35)</sup>. Les personnes à faible revenu ont dépensé une plus grande proportion du revenu de leur ménage sous forme de frais payés de sa poche que dans

les autres pays<sup>(35)</sup>. Les coûts étaient encore plus élevés pour les proches aidants et les personnes vivant dans des zones rurales ou isolées<sup>(35)</sup>.

Il existe également des disparités dans l'accès aux soins anticancéreux et dans l'état de santé des

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

Un cancer du sein a été diagnostiqué chez **Vickie Iachetta** en 2015. Si elle a pu subir une intervention chirurgicale et une chimiothérapie dans sa ville natale, elle a été contrainte de se rendre à Kelowna pour sa radiothérapie. Il s'agissait d'une dépense importante, qu'elle ne pouvait pas se permettre en particulier lorsqu'elle devait rester loin de chez elle pendant un mois.

*« Il s'agit d'une dépense importante. Le trajet dure quatre heures et demie en voiture, et ce, lorsque les routes sont bonnes », explique-t-elle. « Nous avons réservé un hôtel pour les trois premiers rendez-vous, car ils ne duraient qu'une ou deux nuits. Mais lorsque j'y suis allée pour un séjour prolongé pendant les mois d'été, le coût était nettement supérieur à ce que nous pouvions nous permettre ».*

En plus de ses frais de déplacement, Vickie a été contrainte de faire face au coût des médicaments pendant son traitement. Bien que son assurance-maladie supplémentaire ait couvert une partie de leur coût, elle a dû payer de sa poche des analgésiques, des antibiotiques, des pansements et bien d'autres choses encore.

populations vivant en milieu rural ou urbain au Canada<sup>(36,37)</sup>. La répartition de la population vivant en milieu rural ou urbain varie considérablement entre les provinces et les territoires<sup>(38)</sup>. Par exemple, dans les provinces atlantiques, la proportion la plus élevée de la population (jusqu'à 55 % en 2021) vivant en milieu rural<sup>(34)</sup>. Alors que l'Ontario, le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont la proportion la plus faible de personnes vivant en milieu rural, avec seulement 13 % à 19 % en 2021<sup>(38)</sup>. En outre, la population vivant en milieu rural du Canada connaît une croissance plus rapide que celle d'autres pays aux économies semblables<sup>(38)</sup>. Outre les défis économiques et en matière d'emploi, les populations vivant en milieu rural ou éloigné peuvent être confrontées à des obstacles dans l'accès aux soins, notamment des transports publics limités et des temps de trajet plus longs à des coûts plus élevés, ainsi qu'un nombre plus restreint de ressources de santé et d'installations de traitement du cancer<sup>(39,40)</sup>. Ces difficultés peuvent avoir des répercussions financières importantes sur les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants, ce qui peut influencer leurs décisions en matière de traitement et même contraindre certaines personnes à renoncer complètement à un traitement.

Il existe des disparités notables entre les communautés situées en milieu rural en fonction de nombreux facteurs, notamment la géographie et la proximité des zones urbaines, la démographie, la disponibilité et l'utilisation des services de santé. Ces différences posent des défis considérables en matière de planification, de ressources et de fourniture de soins de santé, en particulier dans les régions isolées ou encore faiblement peuplées<sup>(36)</sup>. Par conséquent, les personnes au Canada vivant en milieu rural ne disposent que d'une gamme réduite de fournisseurs et de services de santé<sup>(40)</sup>.

Par exemple, en raison des obstacles à l'accès aux soins, les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées sont moins susceptibles d'accéder ou encore de participer au dépistage du cancer<sup>(39)</sup>. La fermeture d'hôpitaux dans les zones rurales et la centralisation des services de santé spécialisés dans les zones urbaines – ainsi que la concentration des services de santé essentiels, des hôpitaux et des médecins dans les centres urbains – ont eu pour conséquence que les résidents des zones rurales doivent parcourir de plus grandes distances pour accéder aux fournisseurs et aux établissements de soins, ce qui crée de nouveaux obstacles à l'accès<sup>(40)</sup>.

Les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada sont souvent confrontées à une combinaison d'obstacles systémiques, économiques et géographiques qui les empêchent d'accéder à des soins optimaux anticancéreux. On sait que ces obstacles ont une incidence sur les expériences et les résultats du cancer<sup>(41)</sup>. Pour les personnes vivant dans les régions les plus septentrionales du Canada, les déplacements pour le traitement peuvent également impliquer des distances importantes et des durées de voyage prolongées, nécessiter des aides à la traduction, des compagnons de voyage et des hébergements. En outre, les Premières Nations, les Inuits et les Métis peuvent avoir du mal à accéder aux aliments et aux médicaments traditionnels lorsqu'ils reçoivent un traitement anticancéreux loin de chez eux. L'éloignement du domicile est également synonyme de manque de soutien et d'isolement par rapport aux proches aidants, aux personnes de confiance et à la communauté pendant le traitement, ce qui peut entraîner de moins bons résultats<sup>(42)</sup>. Les personnes peuvent aussi être confrontées à des difficultés supplémentaires en raison des barrières linguistiques et de communication, du manque de

sécurité culturelle et de soutien culturel, ainsi que de la discrimination et du racisme systémique<sup>(42,43)</sup>. Ces obstacles peuvent conduire à de mauvais résultats, à des coûts supplémentaires, ainsi qu'à une détresse financière pour la personne. Des traitements plus longs ou des options thérapeutiques avancées peuvent également entraîner une détresse financière supplémentaire, ce qui peut avoir une incidence sur les traitements choisis. Par exemple, le fait de devoir s'absenter du travail pour suivre des traitements de longue durée peut devenir un obstacle insurmontable qui empêche certains membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis de recevoir des soins avancés. Nous devons nous efforcer de comprendre où ces obstacles financiers et ces coûts sont le plus ressentis par les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et comment nous pouvons élaborer et mettre en œuvre des politiques équitables pour en atténuer les effets. Même si l'idéal était de rendre les soins plus accessibles dans les zones à faible densité de population afin de répondre aux besoins des populations vulnérables, de nombreux services de cancérologie nécessitent des installations centralisées qui doivent être dotées d'un personnel suffisant. De nombreux services spécialisés pour le traitement du cancer dépendent de technologies sophistiquées et coûteuses qui ne sont disponibles que dans les centres de cancérologie centralisés desservant des communautés plus importantes. Par conséquent, en l'absence de soutien financier adéquat, les personnes vivant dans des zones rurales et isolées et d'autres populations vulnérables sont souvent moins en mesure d'accéder aux options de traitement spécialisé du cancer qui peuvent améliorer les résultats, mais qui nécessitent également des déplacements importants ou des absences du travail. Ces personnes peuvent également ne pas

avoir accès à des traitements innovants, comme ceux proposés dans le cadre d'essais randomisés contrôlés<sup>(40,44)</sup>.

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

*« Pouvez-vous imaginer que l'on vous diagnostique un cancer et que vous bénéficiez d'une pension ou encore d'une aide sociale? Vous avez un revenu fixe, il n'y a pas d'argent supplémentaire pour les déplacements médicaux. Partout où nous allons, nous devons nous déplacer – pour un rendez-vous de cinq minutes, nous devons nous rendre à Saskatoon. Vous savez, c'est tellement cher, personne ne peut se le permettre avec le prix de l'essence ainsi que le prix des produits alimentaires de nos jours. Je pense que le numéro un, est que les gens devraient être éduqués – et aussi obtenir une aide financière supplémentaire pour les personnes qui luttent contre le cancer. Certaines personnes font encore de l'auto-stop pour aller en chimiothérapie; et cela n'est pas acceptable ».*

— **Terri Hansen-Gardiner**

*Gardien du savoir métis et survivant du cancer*

## Répercussions économiques du cancer par type

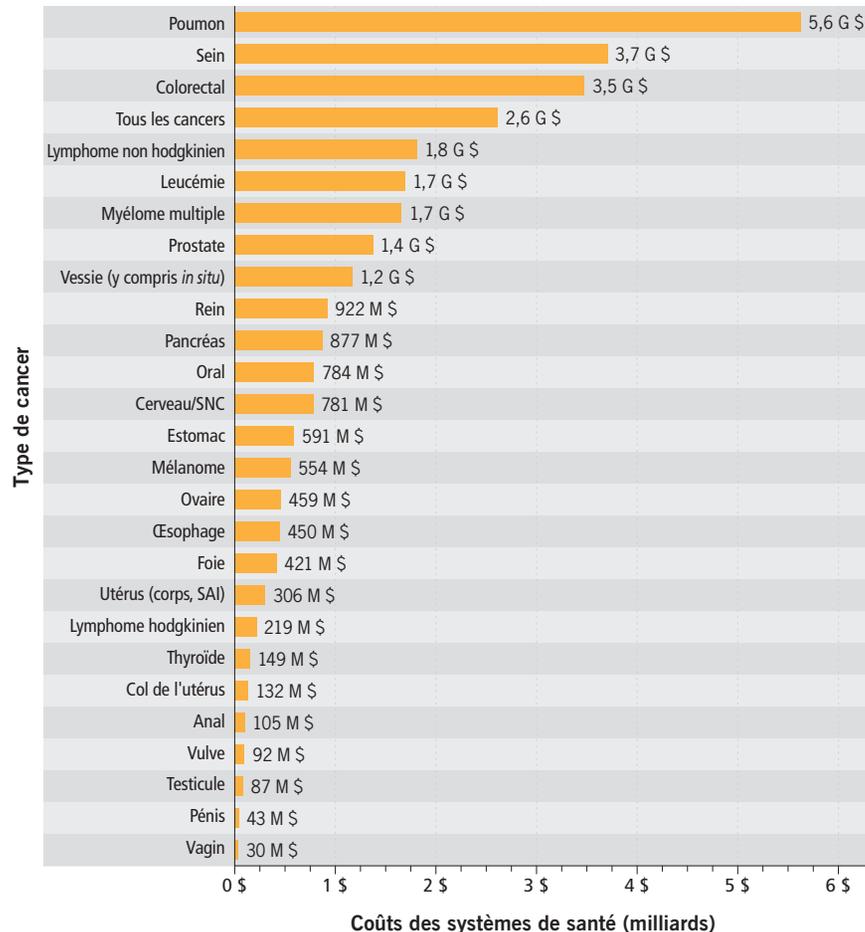
Les répercussions économiques du cancer varient selon le type de cancer. Cette disparité est attribuable à un certain nombre de facteurs, comme l'incidence du cancer, la durée et l'intensité du traitement, les caractéristiques démographiques et les comorbidités des personnes atteintes d'un cancer, le stade du cancer au moment du diagnostic et la durée de survie. Les coûts présentés dans cette section reflètent les coûts moyens inhérents à chaque type de cancer au Canada. Bien que nous présentions des coûts moyens, la fourchette des coûts par type de cancer peut varier en fonction de l'expérience de chaque personne et du lieu géographique.

En 2024, les coûts pour les systèmes de santé devraient varier de 30 millions à plus de 5 milliards de dollars en fonction du type de cancer (figure 2). L'incidence est l'un des principaux déterminants des coûts relatifs au cancer pour les systèmes de santé. Par conséquent, les quatre types de cancer



Les types de cancer les plus couramment diagnostiqués (cancer du poumon, du sein, colorectal et de la prostate) devraient représenter près de la moitié de l'ensemble des coûts pour les systèmes de santé en 2024.

FIGURE 2 Coûts directs projetés pour les systèmes de santé par type de cancer, Canada, 2024



SNS=système nerveux central;  
SAI=sans autre indication

**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir [l'annexe Sources de données et méthodes, tableau A2](#).

Consulter les données

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

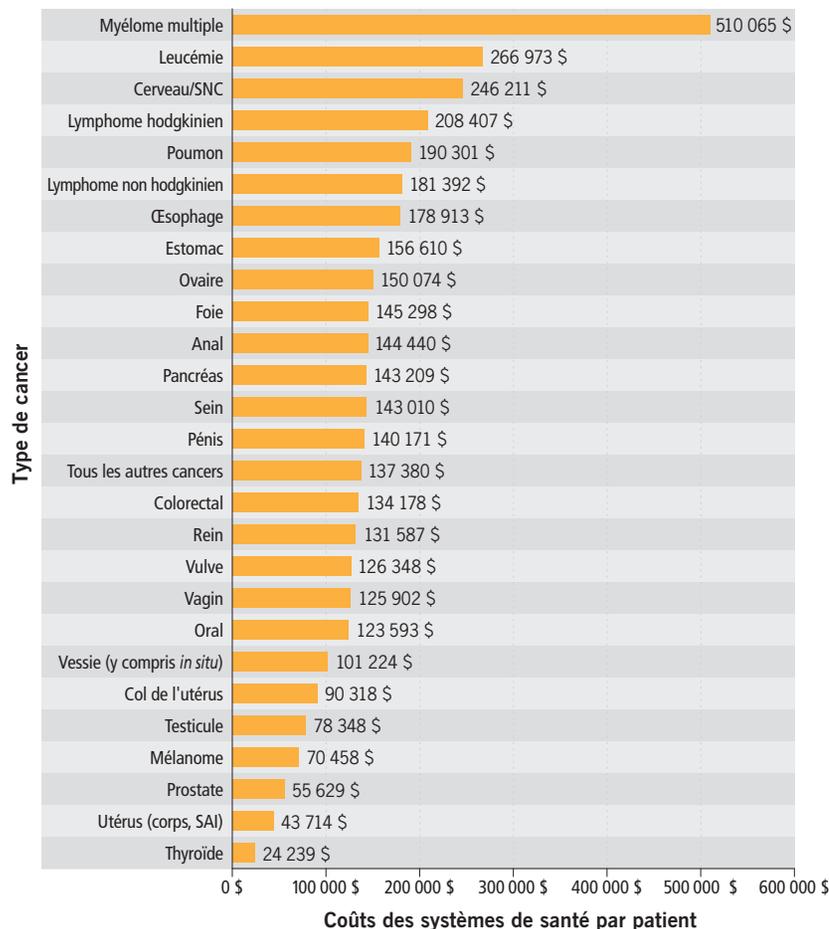
Un cancer colorectal de stade 3 a été diagnostiqué chez **Natalie Lipschultz**, et elle a perdu son emploi pendant son traitement.

*« J'ai eu vraiment besoin de mes prestations en raison de ce que je vivais. À l'époque, je me suis dit « Que vais-je faire? J'avais besoin de médicaments que je devais payer moi-même. Cela était très effrayant. Mon mari reprenait ses études à l'époque, et nous devons donc faire face à de nombreuses contraintes financières en vue de payer nos factures. Heureusement, nous avons de la famille élargie et ces personnes nous ont un peu aidés à payer l'hypothèque et d'autres dépenses, mais je sais que ce n'est pas le cas de tout le monde ».*

les plus couramment diagnostiqués au Canada (cancer du poumon, du sein, colorectal et de la prostate) devraient avoir des répercussions économiques importantes sur les systèmes de santé. Ces quatre types de cancer combinés devraient représenter 47 % des coûts pour les systèmes de santé, soit quelque 14,2 milliards de dollars en 2024.

Les coûts pour les systèmes de santé par personne atteinte d'un cancer différent également en fonction du type de cancer (figure 3). Les coûts projetés pour les systèmes de santé varient par un facteur de 21 entre les différents types de cancer, allant d'une moyenne d'environ 24 000 \$ à

**FIGURE 3** Coûts directs projetés pour les systèmes de santé relatifs au cancer par patient au cours de sa vie, par type de cancer, Canada\*



SNS=système nerveux central; SAI=sans autre indication

\*La figure montre les coûts projetés par patient pour les systèmes de santé, estimés selon la durée de sa vie, pour les personnes susceptibles de recevoir un diagnostic de ces types de cancer en 2024.

**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir [l'annexe Sources de données et méthodes, tableau A2](#).

Consulter les données

### Coûts par patient

Les coûts par patient correspondent aux coûts prévus pour la durée de vie de la personne atteinte d'un cancer. Les coûts par patient sont calculés en additionnant les coûts subis pendant la durée de vie simulée de toutes les

personnes chez qui un cancer devrait être diagnostiqué en 2024 et en les divisant par le nombre total de personnes chez qui un cancer devrait être diagnostiqué en 2024.

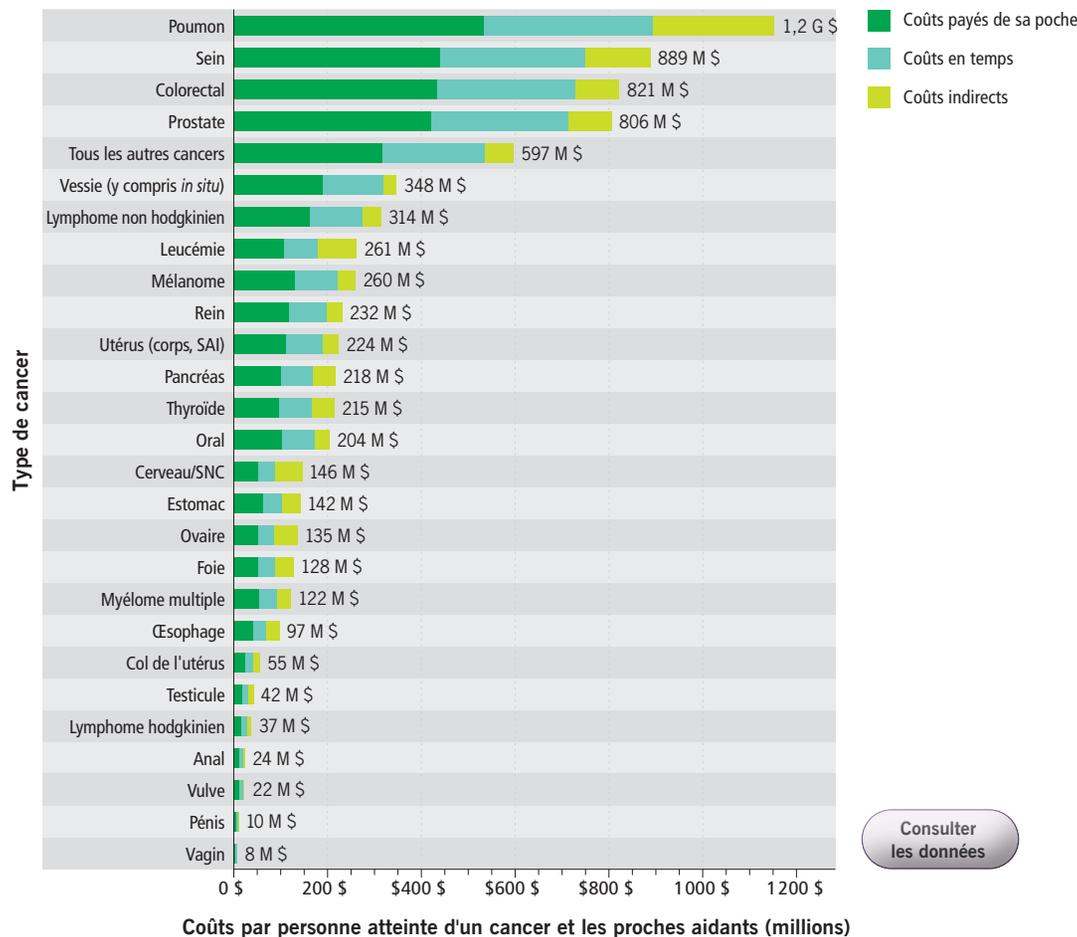
500 000 \$ par personne au cours de sa vie. En moyenne, le myélome multiple, les leucémies, le cancer du cerveau ou du système nerveux central, les lymphomes et le cancer du poumon devraient être les types de cancer les plus coûteux pour les systèmes de santé par personne au cours de sa vie. Les coûts par patient payés par les systèmes de santé peuvent aussi être influencés par la durée, la complexité et l'intensité du traitement. Les soins pour les cancers hématologiques (du sang) sont particulièrement complexes et durent souvent longtemps, ce qui entraîne des coûts élevés par patient pour les systèmes de santé, et ce, tout au long de la vie de la personne atteinte d'un cancer. Par exemple, le traitement d'un cancer du sang peut comprendre une greffe de cellules souches, qui nécessite des services hospitaliers et contribue fortement aux coûts pour les systèmes de santé<sup>(45)</sup>.

Les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants diffèrent également selon les types de cancer. En moyenne, ces coûts devraient s'échelonner entre environ 8 millions et plus de 1,1 milliard de dollars en 2024, avec les coûts payés de sa poche représentant la part la plus importante de ces coûts (figure 4). Le coût subi par les personnes atteintes de cancer et les



Au cours de leur vie, les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants devraient déboursier en moyenne 32 778 \$ en coûts relatifs au cancer.

**FIGURE 4** Coûts pour la population des personnes atteintes de cancer et des proches aidants (coûts payés de sa poche, coûts directs en termes de temps et coûts indirects), par type de cancer, Canada, 2024



Consulter les données

SNS=système nerveux central; SAI=sans autre indication

Analyses : Partenariat canadien contre le cancer

Source des données : De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir [l'annexe Sources de données et méthodes](#), tableau A2.

proches aidants pour les quatre types de cancer les plus couramment diagnostiqués devrait s'élever à 3,4 milliards de dollars en 2024, soit 46 % du coût total payé par les personnes atteintes de cancer et les proches aidants.

Nous n'avons pas été en mesure de calculer les coûts par patient et par type de cancer pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants, car certains coûts n'étaient pas disponibles pour chaque type de cancer, ce qui constitue une limitation importante et une lacune dans les données qu'il serait important de combler dans les recherches futures. Cependant, nous avons pu calculer des estimations par patient des coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants au cours de la vie de la personne, en faisant une moyenne pour tous les types de cancer. Au cours de la vie de chaque personne, on s'attend à ce que les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants déboursent en moyenne 11 199 \$ en coûts temporels, 16 018 \$ en dépenses personnelles et 5 560 \$ en coûts indirects. Au total, et en moyenne pour tous les types de cancer, une personne devrait déboursier 32 778 \$ en coûts relatifs au cancer au cours de sa vie.

# Répercussions économiques du cancer par phase de soins en 2024



## Coûts pour les systèmes de santé relatifs au cancer par phase de soins en 2024

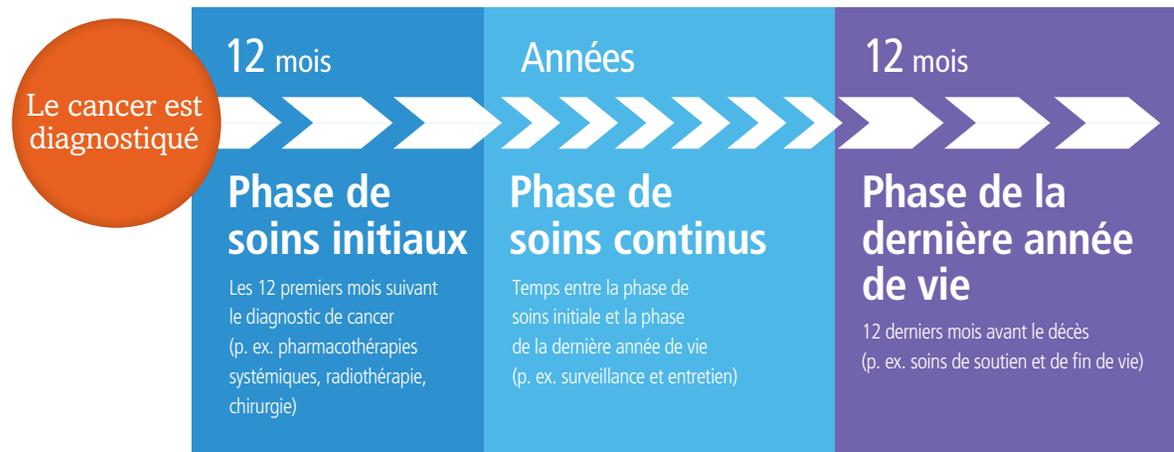
L'expérience des personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches aidants est très variable et va bien au-delà d'un moment ou d'un traitement particulier. Lorsqu'une personne suit un ou plusieurs traitements, ainsi que des soins de soutien, les répercussions économiques et son paysage deviennent plus complexes et ont des effets à l'échelle de la personne, du proche aidant et de la société. Si de nombreuses personnes ont été atteintes du cancer, chaque expérience est unique. Il est important de reconnaître et, dans la mesure du possible, de quantifier la manière dont cette expérience est vécue. C'est pourquoi le présent rapport vise à quantifier les coûts des trois phases de soins :

- La phase de soins initiaux (12 premiers mois après le diagnostic).
- La phase de soins continus (période entre la première et la dernière année de vie, qui peut s'étendre sur plusieurs années pour certaines personnes).
- La dernière année de vie (12 derniers mois de vie avant le décès).

### Principales constatations

- En 2024, la phase de soins continus devrait être la plus coûteuse, avec quelque 12,6 milliards de dollars de coûts prévus pour les systèmes de santé.
- Pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants, la phase de soins initiaux devrait être la plus coûteuse en raison de l'importance des frais payés de sa poche.
- Les coûts pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants devraient s'élever à 5,2 milliards de dollars dans la phase de soins initiaux en 2024, soit un peu moins de la moitié des coûts subis par les systèmes de santé dans la phase de soins initiaux.

INFOGRAPHIE D Phases de soins\*



\*Les phases de soins peuvent varier selon le type de cancer et cette disparité n'est pas prise en compte dans le présent rapport.

En 2024, les coûts pour les systèmes de santé devraient être les plus élevés dans la phase de soins continus, avec 12,6 milliards de dollars, suivis de 11,2 milliards de dollars dans la phase de soins initiaux et de 6,3 milliards de dollars dans la phase de la dernière année de vie (figure 5). Les coûts pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants dans la phase de soins initiaux devraient s'élever à 5,2 milliards de dollars en 2024, soit un peu moins de la moitié des coûts subis par les systèmes de santé dans la phase de soins initiaux. En outre, les coûts subis par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants (coûts payés de sa poche, directs en termes de temps et indirects) devraient être les plus élevés au cours de la phase de soins initiaux (figure 6). Les coûts payés de sa poche devraient représenter près de 56 % des coûts (2,9 milliards de dollars) au cours de la phase de soins initiaux. Bien que nous n'ayons pas été en mesure d'estimer les coûts de la phase précédant l'établissement du diagnostic en raison de l'absence de données, une étude antérieure examinant les coûts au cours de la période de trois mois précédant l'établissement d'un diagnostic de cancer en Ontario a révélé que les coûts moyens avant le diagnostic étaient de 2 060 \$ pour toutes les personnes atteintes d'un cancer en 2009, ce qui équivaldrait à environ 2 760 \$ en 2024<sup>(46)</sup>.



Les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants devraient être les plus élevés lors de la phase de soins initiaux, en grande partie en raison des dépenses personnelles considérables et du temps consacré à cette phase.

#### Encadré B Phases de soins

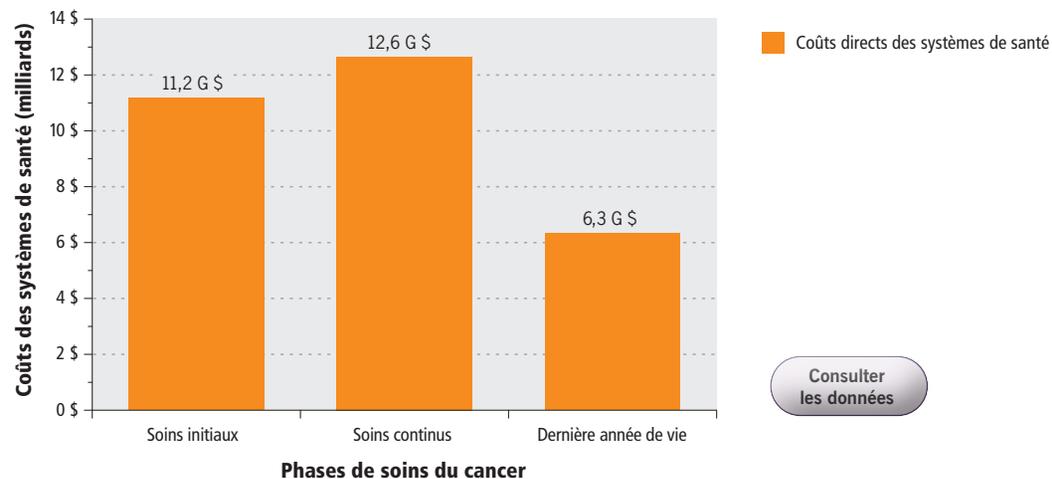
Nous avons examiné trois phases de soins (initiaux, continus et de la dernière année de vie) qui sont couramment utilisées dans l'analyse économique relative aux coûts du cancer. Cependant, toutes les personnes atteintes d'un cancer ne suivent pas le même calendrier et ne vivent pas non plus la même expérience. Par exemple, de nombreuses personnes n'auront pas besoin de soins de fin de vie au cours de leur dernière année de vie, certaines n'en recevront que pendant quelques mois, tandis que d'autres pourront recevoir des soins palliatifs et de soutien à toutes les phases. En outre, les phases précises de soins et la durée des soins reçus au cours de chaque phase diffèrent selon le type de cancer.

#### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

Deux fois en moins de quatre mois, **Kent Tarrant** a reçu une nouvelle qui a changé sa vie. Fin 2018, il a appris que sa femme était enceinte. Au début de l'année suivante, un cancer de l'estomac a été diagnostiqué chez Kent. Comme il s'agissait d'une forme agressive de cancer, Kent a entamé sept cycles intensifs de chimiothérapie. L'hôpital local de Wabush, à Terre-Neuve-et-Labrador, n'était pas équipé pour fournir le type de chimiothérapie dont il avait besoin. Kent devait donc se rendre périodiquement à St. John's pour se faire soigner – un déplacement de deux jours en voiture. Heureusement, Kent a pu rester dans sa famille. Si Kent a réussi à éviter certains frais de déplacement pendant son traitement, il a dû faire face au coût des médicaments non génériques qui n'étaient pas couverts par son assurance.

« Le fait d'avoir passé autant de temps à l'hôpital a probablement été une bénédiction déguisée, car lorsque j'étais à l'hôpital, mes médicaments étaient couverts. Je me souviens être entré dans une pharmacie et m'être vu remettre une facture de 500 \$ pour une semaine de médicaments. Je travaille pour une entreprise qui dispose d'une bonne assurance, mais même cela n'est pas assez ».

**FIGURE 5** Coûts directs projetés pour les systèmes de santé par phase de soins du cancer\*, Canada, 2024



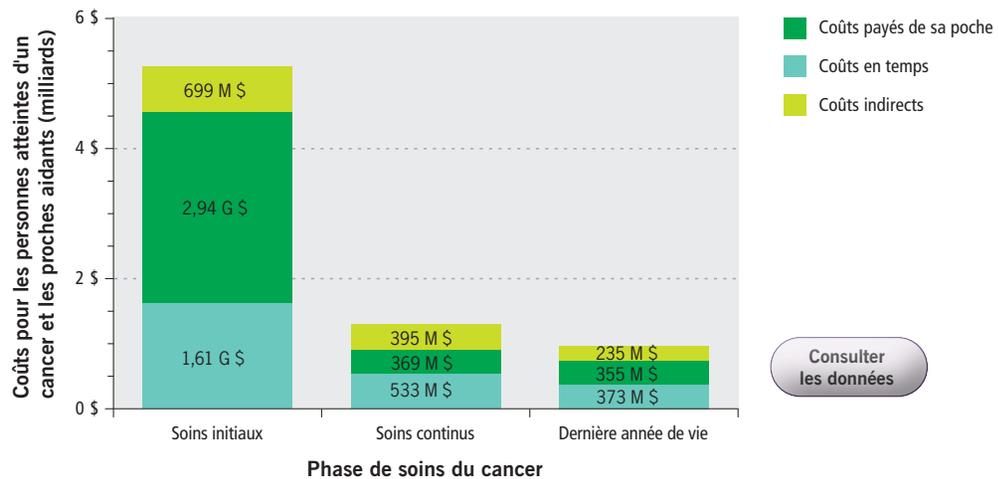
Consulter les données

\*Les coûts pour la phase avant le diagnostic n'étaient pas disponibles.

**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir *l'annexe Sources de données et méthodes, tableau A2*.

**FIGURE 6** Coûts projetés pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants, par phase de soins du cancer\*, Canada, 2024



Consulter les données

\*Les coûts pour la phase avant le diagnostic n'étaient pas disponibles.

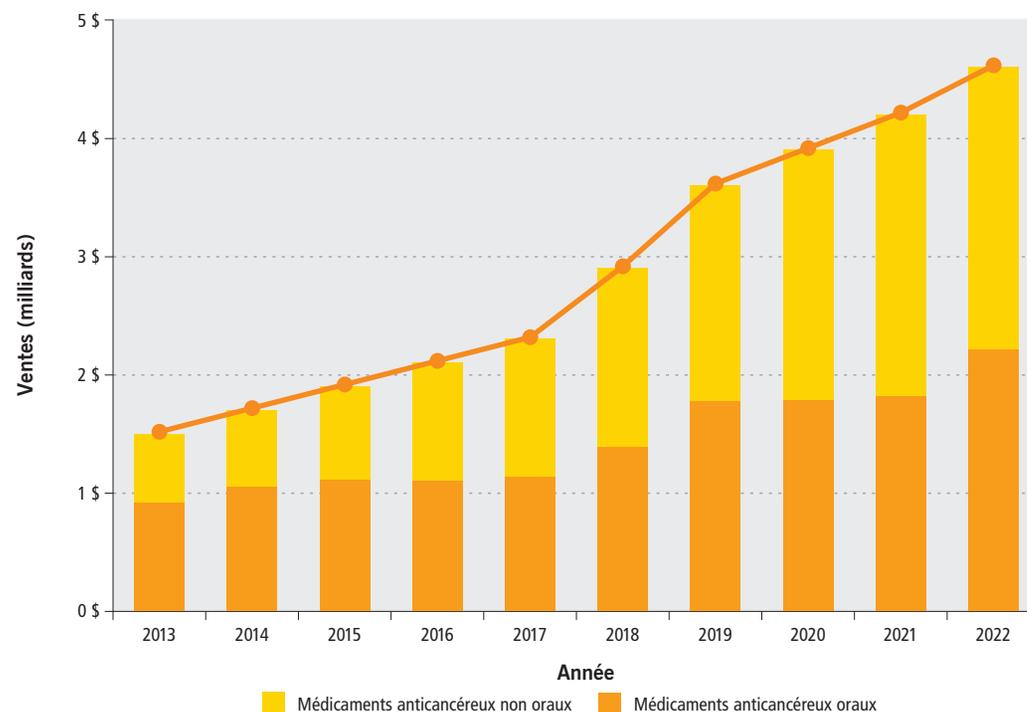
**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir *l'annexe Sources de données et méthodes, tableau A2*.

## Coût des médicaments anticancéreux

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses nouvelles découvertes et des thérapies qui changent le paradigme ont émergé pour traiter la plupart des types de cancer. Les types de cancer auparavant incurables disposent désormais de nombreuses options thérapeutiques. En conséquence, le taux de survie au cancer a grandement augmenté au Canada<sup>(2)</sup>. En 2022, les médicaments anticancéreux constituaient la classe thérapeutique la plus répandue dans le portefeuille de médicaments du Canada, les médicaments anticancéreux représentant 24,8 % de la valeur totale des ventes de médicaments brevetés. Cela est presque trois fois plus qu'en 2013 (9,1 %)<sup>(47)</sup>. Selon un rapport de 2022 du [Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés](#) (CEPMB), le marché des médicaments anticancéreux au Canada a doublé sa part de marché au cours de la dernière décennie, ce qui représente 4,6 milliards de dollars de ventes à l'échelle nationale en 2022 (figure 7). Les formes orales de traitement du cancer représentent désormais plus de la moitié des ventes de médicaments anticancéreux et 12,9 % du marché des médicaments brevetés en 2022, contre seulement 3,6 % en 2013. On observe également une augmentation de l'utilisation des thérapies biologiques ou encore des immunothérapies. Ces thérapies ont eu des répercussions cliniques importantes sur de nombreux types de cancer, mais elles sont aussi associées à des coûts élevés.

FIGURE 7 Ventes de médicaments brevetés contre le cancer au Canada, de 2013 à 2022



**Nota :** Ces résultats reflètent les ventes totales de médicaments brevetés utilisés dans le traitement du cancer. Bien que certains de ces médicaments puissent également être utilisés pour traiter d'autres affections, les données utilisées pour cette analyse ne font pas de distinction entre les indications et les ventes rapportées peuvent donc refléter une utilisation non oncologique.

**Figure conçue par :** La Société canadienne du cancer

**Source des données :** Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, gouvernement du Canada

## Le point de vue des personnes atteintes du cancer

Une leucémie a été diagnostiquée chez **Sharon Dennis** en 2001 et vit depuis avec la maladie. En 2004, on lui a aussi diagnostiqué un cancer du sein. Le diagnostic de leucémie signifiait que Sharon devait commencer des traitements de chimiothérapie quotidiens, et ce, à près d'une heure de route de son domicile. Heureusement pour Sharon, une fois qu'elle s'est sentie à l'aise pour s'administrer sa propre chimiothérapie, elle a reçu une ordonnance pour des médicaments anticancéreux qu'elle pouvait emporter chez elle. Si le traitement à domicile peut sembler une solution plus facile pour les personnes qui, comme Sharon, ont besoin d'un traitement à long terme, l'accès aux médicaments anticancéreux à emporter peut s'avérer à la fois complexe et coûteux.

*« Conduire chaque jour à l'hôpital dans les embouteillages pour suivre un traitement constitue un stress supplémentaire inutile »,*

*explique Sharon. « Il n'est pas non plus possible pour tout le monde de se rendre en voiture à son rendez-vous et il est beaucoup plus facile d'avoir la possibilité de prendre ses médicaments chez soi. Ils m'ont dit que je n'étais pas couverte et que l'exécution de mon ordonnance coûterait quelque 5 000 \$ », raconte Sharon. « Je ne dispose pas d'un tel revenu disponible, et le fait de me voir refuser un billet pour la santé m'a semblé constituer une situation injuste.*

Sharon compte sur les médicaments anticancéreux à emporter dans le cadre de son traitement principal. Outre le coût des médicaments, Sharon doit également payer l'envoi de documents à la pharmacie. Le coût de ses médicaments, ainsi que les dépenses relatives au coût de la vie comme l'assurance, l'essence, l'entretien de la voiture et la nourriture, a eu des répercussions financières considérables sur Sharon.

# Projection des répercussions économiques du cancer d'un point de vue sociétal, 2024 à 2034

## Répercussions économiques projetées inhérentes au cancer, 2024 à 2034

L'évaluation des répercussions économiques du cancer nous renseigne sur l'environnement actuel. Mais la combinaison de ces données avec des modèles nationaux, comme celles obtenues au moyen de l'outil OncoSim, nous permet de projeter l'incidence et la prévalence futures du cancer, ainsi que les coûts futurs. Cela nous donne des indications utiles en vue de planifier à la fois les besoins en termes ressources humaines et l'expansion et l'amélioration des immobilisations afin de fournir des soins optimaux aux personnes atteintes de cancer à mesure que nous avançons dans l'avenir. Les projections ont été réalisées sur la base de l'état actuel des soins contre le cancer et en tenant compte de la démographie et de l'inflation, mais elles n'ont pas pris en compte les progrès et les changements attendus en matière de diagnostic ou encore de traitement.

### Principales constatations

- Les coûts directs pour les systèmes de santé devraient augmenter d'environ 24 % (de 30,2 milliards de dollars en 2024 à 37,4 milliards de dollars en 2034), ce qui souligne la pression financière constante qui pèse sur le système de santé canadien.
- Les répercussions économiques prévues pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants devraient également augmenter régulièrement au fil du temps.
- Le cancer du poumon devrait connaître la plus forte augmentation et le coût sociétal général le plus élevé en 2034, les coûts sociétaux augmentant de 31 % (de 6,8 milliards de dollars en 2024 à 8,9 milliards de dollars en 2034).

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

*« Dans l'ensemble, les choses ont été gérables grâce à la couverture de mon employeur pour l'invalidité de longue durée, mais une évolution récente de mon cancer (métastases au foie) a modifié mon plan de traitement et les médicaments sont très chers, et l'un d'entre eux n'est pas couvert par le régime d'assurance-médicaments ou encore par mon assurance (1 000 \$ par mois). Même si c'est quelque chose que j'arriverai à financer (parce qu'il le faut), ce sera difficile. J'ai l'intention d'en déclarer une partie sur mes impôts, mais en raison du calendrier de mes traitements, cela ne se fera pas avant 2020, et d'ici là, mes finances seront extrêmement précaires. Bien que le médicament soit approuvé pour son usage actuel, j'attends qu'il soit remboursé. Cette situation d'incertitude est très frustrante et coûteuse, et j'espère qu'elle sera bientôt résolue ».*

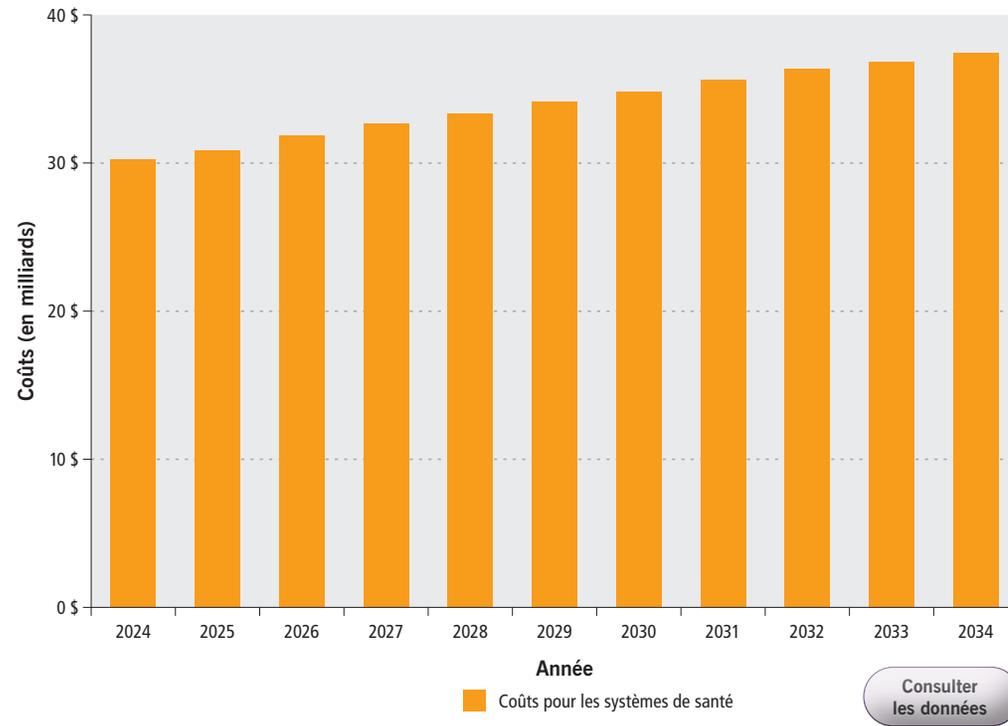
— *Anonyme*

Les coûts directs pour les systèmes de santé devraient passer de 30,2 milliards de dollars en 2024 à 37,4 milliards de dollars en 2034, ce qui souligne la pression financière constante que les soins relatifs au cancer exercent sur le système de santé canadien (figure 8).



Les coûts directs pour les systèmes de santé devraient augmenter d'environ 24 % au cours de la prochaine décennie.

**FIGURE 8** Coûts directs projetés pour les systèmes de santé, Canada, 2024-2034



**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

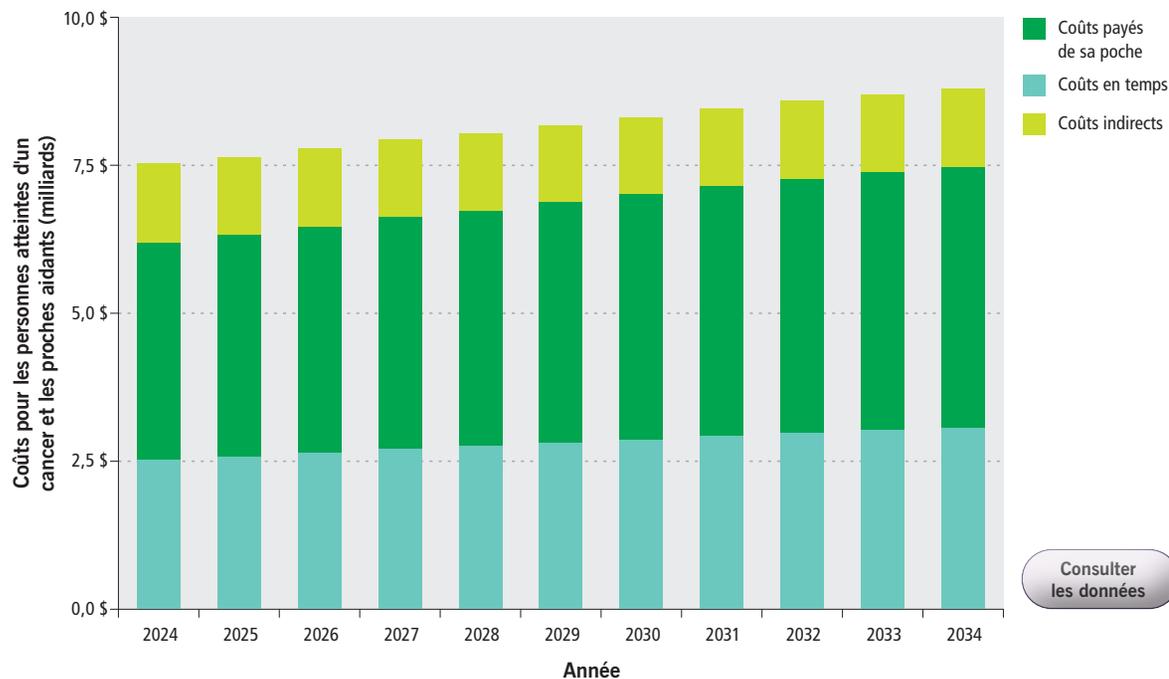
**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir [l'annexe Sources de données et méthodes](#), tableau A2.

Les répercussions économiques projetées pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants devraient également augmenter régulièrement, passant de 7,5 milliards de dollars en 2024 à 8,8 milliards de dollars en 2034 (figure 9). Les coûts payés de sa poche devraient augmenter de près de 20 % (de 3,7 milliards de dollars en 2024 à quelque 4,4 milliards de dollars en 2034). Cette tendance laisse présager une pression économique accrue sur les personnes atteintes d'un cancer et les personnes qui les soutiennent, ce qui pourrait potentiellement exacerber davantage les difficultés financières, en particulier pour les personnes socialement défavorisées.



Les coûts payés de sa poche devraient augmenter d'environ 20 % au cours de la prochaine décennie.

**FIGURE 9** Répercussions économiques projetées pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants (coûts payés de sa poche, coûts directs en temps et coûts indirects), Canada, 2024-2034



Consulter les données

**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir *l'annexe Sources de données et méthodes, tableau A2*.

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

Un cancer du poumon a été diagnostiqué chez **Angus Pratt** en 2018, découvert fortuitement lors du diagnostic d'un cancer du sein.

« En convalescence à l'hôpital après une nouvelle intervention chirurgicale, j'avais besoin d'une chambre individuelle, car j'étais immunodéprimé. Je n'ai pas demandé cela, mais c'était estimé comme une nécessité. Imaginez ma surprise lorsque j'ai reçu ma facture. La dernière chose dont vous avez besoin lorsque vous êtes atteint d'un cancer, ce sont des frais inattendus. Cela peut facilement vous faire dérailler alors que vous avez déjà énormément de soucis ».



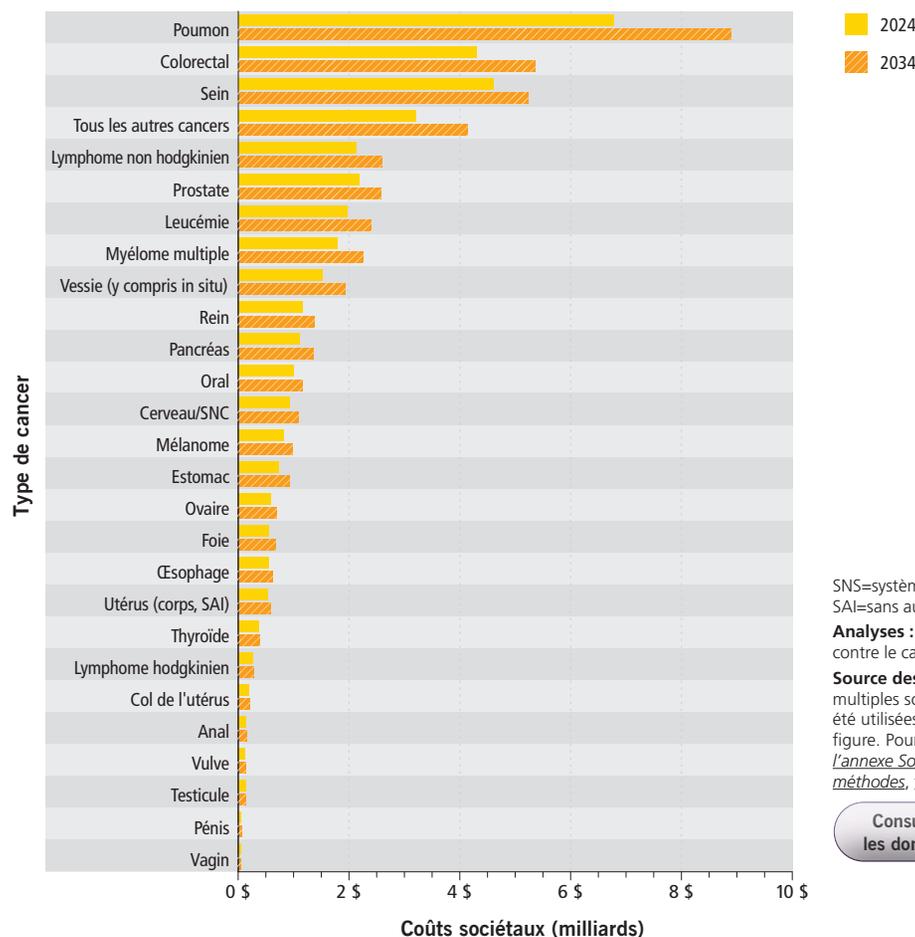
Les coûts relatifs au cancer du poumon devraient augmenter plus que pour tout autre type de cancer indiqué au cours de la prochaine décennie.

### Projection des répercussions économiques du cancer par type, 2024 à 2034

Certains types de cancer, comme le cancer du poumon et le cancer colorectal, devraient voir leurs répercussions économiques augmenter fortement d'un point de vue sociétal au cours

de la prochaine décennie (figure 10). Ces coûts croissants reflètent notamment l'augmentation de la taille et de l'âge de la population canadienne. D'ici 2034, parmi tous les types de cancer, le coût du cancer du poumon devrait être le plus élevé d'un point de vue sociétal, ce qui comprend à la fois les coûts pour les systèmes de santé et les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer

**FIGURE 10** Répercussions économiques projetées d'un point de vue sociétal, y compris les coûts directs pour les systèmes de santé, les coûts payés de sa poche, les coûts directs en temps et les coûts indirects, par type de cancer, Canada, 2024 et 2034



SNS=système nerveux central; SAI=sans autre indication  
**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer  
**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir l'annexe Sources de données et méthodes, tableau A2.

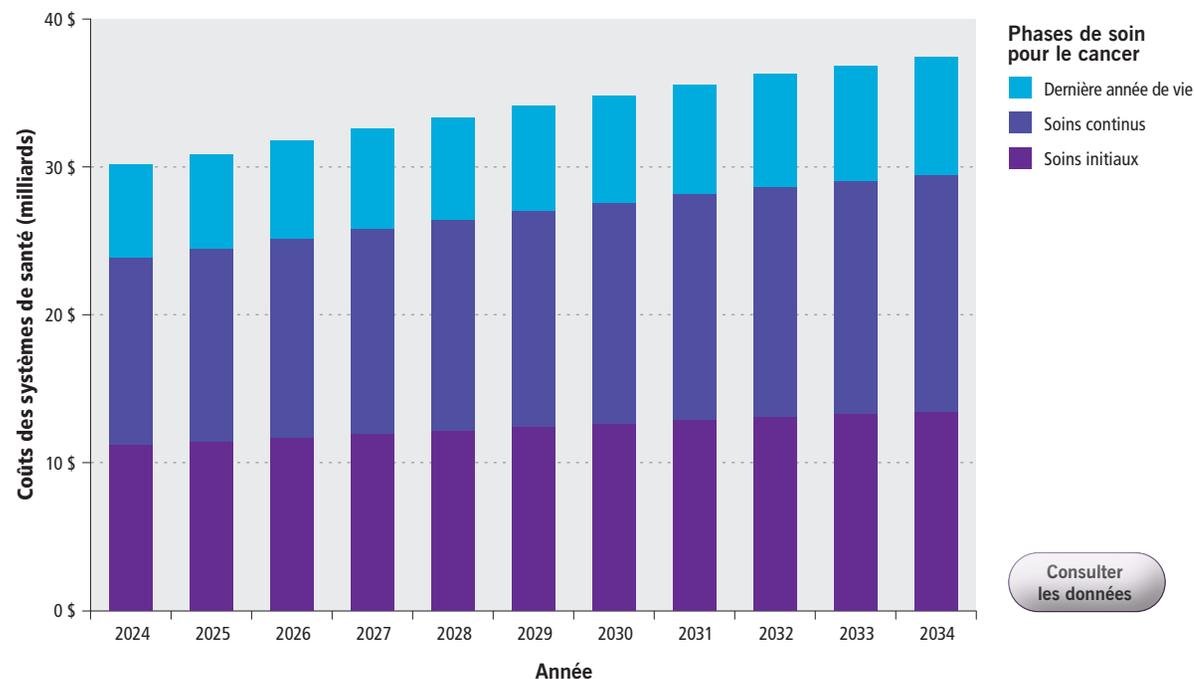
Consulter les données

et les proches aidants. Cela souligne la nécessité d'améliorer la prévention, le dépistage, la détection précoce, ainsi que les stratégies de traitement pour ce type de cancer.

### Projection des répercussions économiques du cancer, par phase de soins, 2024 à 2034

Les projections de coûts futurs sont nécessaires pour la planification des soins de santé, l'allocation des ressources, ainsi que les politiques. L'examen des coûts projetés par phase de soins du cancer peut aider les dirigeants des systèmes de santé et les décideurs à allouer un financement approprié pour les soins du cancer tout au long du continuum de soins. Les coûts pour les systèmes de santé relatifs au cancer, toutes les phases de soins confondues, devraient augmenter au cours des dix prochaines années (figure 11). La phase de soins continus devrait demeurer la plus importante contribution aux coûts généraux prévus pour les systèmes de santé au cours des dix prochaines années, avec une augmentation d'environ 27 %, passant de 12,6 milliards de dollars en 2024 à 16,0 milliards de dollars en 2034. Les coûts de la dernière année de vie devraient augmenter d'environ 26 % (soit 6,3 milliards de dollars en 2024 à près de 8 milliards de dollars en 2034). Les coûts de la phase de soins initiaux devraient également augmenter, néanmoins dans une moindre mesure.

**FIGURE 11** Coûts directs projetés pour les systèmes de santé par phase de soins du cancer\*, Canada, 2024-2034



\*Les coûts pour la phase avant le diagnostic n'étaient pas disponibles.

**Analyses :** Partenariat canadien contre le cancer

**Source des données :** De multiples sources de données ont été utilisées pour élaborer cette figure. Pour plus de détails, voir [l'annexe Sources de données et méthodes](#), tableau A2.



Les coûts pour les systèmes de santé durant la phase de soins continus devraient augmenter de 27 % au cours de la prochaine décennie.

# Conclusion

## Comment utiliser ces statistiques?

Les conclusions de ce rapport nous aident à mieux comprendre les répercussions économiques du cancer au Canada d'un point de vue sociétal, en quantifiant les coûts attendus à la fois pour les systèmes de santé au Canada et pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants. Ces estimations des répercussions économiques mettent en évidence les exigences importantes qui pèsent sur les systèmes de santé et les besoins considérables en ressources dans l'ensemble du continuum des soins relatifs au cancer. Cela permet notamment d'obtenir des informations précieuses qui peuvent aider à la planification et à l'affectation des ressources afin de soutenir le travail complexe et difficile des responsables des systèmes de santé, qui doivent prendre des décisions éclairées pour améliorer la santé et le bien-être des personnes dans tout le Canada, tout en établissant un juste équilibre entre les priorités concurrentes et les coûts pour le système. Ce rapport s'appuie sur les travaux approfondis réalisés par des chercheurs de tout le pays afin de faire progresser la science des coûts du cancer au Canada<sup>(5-7,11,26-29)</sup>.

En 2024, le coût du cancer devrait atteindre 37,7 milliards de dollars, dont 20 % sont à la charge des personnes atteintes de cancer et leurs proches aidants sous forme de dépenses personnelles et de coûts relatifs au manque à gagner et à la perte de temps pour poursuivre d'autres activités. Les frais payés de sa poche des

personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches aidants sont les plus importants. Les discussions et les points de vue des patients présentés tout au long du rapport soulignent d'ailleurs l'importance de ces coûts. La littérature scientifique indique que ces coûts pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants touchent de manière disproportionnée certaines populations, notamment les personnes à faible revenu, celles qui vivent dans des zones rurales ou éloignées, ainsi que les Premières Nations, les Inuits et les Métis<sup>(17,35,42)</sup>. Une analyse de la littérature scientifique nationale et internationale réalisée par le Partenariat canadien contre le cancer a également révélé que les frais à la charge du patient relatifs au cancer au Canada (estimés à 253 \$ par mois en moyenne dans leur rapport) étaient élevés par rapport à d'autres pays disposant d'une couverture maladie universelle (p. ex., 93 \$ en Australie et 240 \$ en Europe de l'Ouest)<sup>(35)</sup>.

L'augmentation des frais à la charge des patients au Canada met en évidence une lacune importante dans l'aide apportée aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches aidants. Les coûts pour les personnes ont été particulièrement élevés pendant la phase de soins initiaux : nos résultats indiquent que ces coûts devraient représenter près de la moitié des coûts subis par les systèmes de santé pendant cette phase. Les mesures de soutien visant à réduire les coûts payés de sa poche et indirects, comme les congés protégés et l'amélioration des régimes de

prestations, peuvent être particulièrement importantes pendant la phase de soins initiaux afin de réduire les répercussions économiques sur les personnes atteintes d'un cancer et sur les proches aidants<sup>(21)</sup>.

Alors que les coûts à la charge des personnes atteintes du cancer et les proches aidants devraient être les plus élevés pendant la phase de soins initiaux (5,2 milliards de dollars), les coûts pour les systèmes de santé devraient être les plus élevés pendant la phase de soins continus (12,6 milliards de dollars). Cet investissement important dans les coûts pour les systèmes de santé pour les soins continus témoigne des progrès considérables réalisés en matière de détection précoce et de traitement, qui ont permis d'augmenter le taux de survie pour de nombreux types de cancer<sup>(2)</sup>. Étant donné que de plus en plus de personnes vivent avec un cancer et y survivent, des investissements sont nécessaires pour fournir des soins appropriés dans les années qui suivent le diagnostic.

Ce rapport prévoit que les coûts de la phase de soins continus resteront le principal poste de dépenses pour les systèmes de santé. Ils devraient également connaître la plus forte augmentation au cours de la prochaine décennie, passant de quelque 12,6 milliards de dollars en 2024 à 16,0 milliards de dollars en 2034. Cela met encore plus en évidence les répercussions de la prévalence croissante des personnes survivantes du cancer dans notre population et leurs besoins uniques<sup>(3)</sup>.

Ce rapport a également quantifié de manière unique les coûts attendus par type de cancer, en constatant que les coûts relatifs au cancer du poumon devraient être les plus élevés de tous les types de cancer en 2024. En outre, les coûts associés au cancer du poumon devraient notamment connaître la plus forte augmentation au cours de la prochaine décennie. Ces résultats soulignent la nécessité d'investir dans le dépistage et les soins précoces pour les personnes vulnérables et atteintes du cancer du poumon. Des résultats semblables pour d'autres types de cancer peuvent éclairer la planification et la prestation des soins de santé.

Il convient de noter que les estimations projetées jusqu'en 2034 ne tiennent pas compte des améliorations attendues en matière de prévention, de détection précoce, de diagnostic ou encore de traitement pour de nombreux types de cancer au cours de la prochaine décennie. Ainsi, bien que ces résultats mettent en évidence l'impact économique continu et considérable du cancer au cours de la prochaine décennie, il existe de nouveaux enjeux clés et des domaines présentant des occasions à saisir que les dirigeants des systèmes de santé et la communauté de la lutte contre le cancer devraient prendre en considération lors de l'évaluation des résultats de ce rapport.

## Se tourner vers l'avenir : Nouveaux enjeux et considérations particulières

### Nouveaux traitements et thérapies

Un nombre croissant de personnes reçoivent des thérapies moléculaires ciblées ainsi que des immunothérapies qui améliorent les résultats en matière de cancer à l'échelle de la population. Bien que cliniquement efficaces, ces thérapies, ainsi que les essais et le suivi qui les accompagnent, augmentent les coûts généraux de prise en charge du cancer<sup>(48)</sup>.

La proportion de personnes ayant reçu des médicaments anticancéreux ciblés par voie intraveineuse est passée de 9 % en 2001 à 28 % en 2011, tandis que celle des médicaments anticancéreux ciblés par voie orale est passée de 2 % en 2001 à 14 % en 2011. Les thérapies ciblées sont de plus en plus utilisées dans le traitement du cancer, mais elles imposent également une pression financière croissante aux assurés privés et à leurs assureurs. Les données révèlent une forte augmentation de l'utilisation des médicaments anticancéreux ciblés par voie intraveineuse entre 2001 et 2011. Les paiements pour les médicaments anticancéreux ciblés par voie intraveineuse par personne atteinte d'un cancer sont restés à un niveau élevé et constant d'environ 7 000 \$ par mois et 65 000 \$ par an jusqu'en 2010<sup>(49)</sup>.

En outre, les nouvelles thérapies issues de la bio-ingénierie et de la conception, comme la thérapie par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique (thérapie CAR-T), représentent une nouvelle classe de traitements passionnants pour certains types de leucémie et de lymphomes<sup>(50)</sup>. Bien qu'elles permettent d'améliorer les chances de survie, ces thérapies sont actuellement

extrêmement coûteuses. Ces thérapies peuvent ainsi facilement coûter des centaines de milliers de dollars par an et par personne atteinte d'un cancer. Il existe également un nombre croissant de nouvelles thérapies géniques et cellulaires qui s'étendent désormais à un plus grand nombre de personnes atteintes d'un cancer.

### Soins axés sur la valeur

L'accent mis sur l'oncologie de précision et la médecine personnalisée utilisant des diagnostics moléculaires pour des thérapies ciblées a notamment permis d'améliorer les résultats à l'échelle de la population<sup>(48)</sup>. Face à l'augmentation des coûts des soins de santé, la valorisation des soins doit être estimée comme un moyen d'optimiser les soins tout en contrôlant les dépenses. Il est donc essentiel que les nouvelles thérapies apportent des améliorations importantes en termes de survie et de qualité de vie pour les personnes atteintes d'un cancer.

Les soins de santé axés sur la valeur sont un modèle de prestation de soins de santé dans lequel les paiements sont effectués en fonction des résultats de santé des personnes atteintes d'un cancer. La mise à l'échelle des considérations axées sur la valeur au remboursement des traitements et des thérapies signifie que les fournisseurs ne paient pour les traitements que si ceux-ci apportent une valeur importante et améliorent les résultats dans le monde réel. Ces « accords axés sur les résultats » sont conceptualisés et élaborés comme une méthode permettant de fournir les meilleurs soins fondés sur des données probantes tout en gérant l'augmentation des coûts de traitement<sup>(51)</sup>. Dans de nombreux pays dotés de systèmes de santé publics, les organismes d'évaluation des technologies de la santé s'efforcent de mettre en place des accords axés sur la valeur afin de lutter contre l'augmentation du coût des nouveaux

médicaments. En Europe, par exemple, des accords de gestion de l'entrée de nouveaux médicaments axés sur le rendement sont en cours d'élaboration et de mise en œuvre pour les nouvelles thérapies<sup>(52,53)</sup>.

Au Canada, l'approche actuelle de l'évaluation et de l'adoption de nouveaux médicaments demeure un défi. En raison de la complexité de la gestion des soins de santé et des remboursements au Canada, la mise en œuvre d'accords axés sur les résultats ou d'accords de gestion de l'entrée a été limitée. Par conséquent, de nombreux nouveaux médicaments ne parviennent que tardivement aux personnes atteintes d'un cancer, tandis que d'autres médicaments très coûteux n'améliorent que très peu les résultats en raison de l'absence de suivi après l'approbation<sup>(54)</sup>. Il est donc nécessaire d'assurer un suivi à l'aide de données réelles afin de garantir des résultats optimaux pour l'investissement des nouvelles thérapies dans les soins de santé.

### Assurance privée

Au Canada, l'assurance-maladie privée représente environ 13 % des dépenses consacrées aux services de santé non couverts par les programmes d'assurance publique. Cela comprend souvent le coût des médicaments et d'autres services de soutien nécessaires pendant les phases de soins initiaux et de soins continus<sup>(55)</sup>. Les médicaments anticancéreux ne sont toutefois pas tous couverts par les programmes provinciaux. La moyenne nationale, qui varie considérablement d'une province à l'autre, est d'environ 96 % pour les médicaments administrés à l'hôpital et de seulement 70 % pour les médicaments anticancéreux administrés à domicile<sup>(19)</sup>. Cela crée des disparités considérables dans l'accès à ces médicaments, en fonction du statut de l'assurance privée et de la situation économique des personnes atteintes du cancer au

Canada. Le Canada se classe au deuxième rang des pays de l'OCDE en termes de dépenses d'assurance-maladie privée par résident. Cependant, seuls 60 % des Canadiens sont couverts par une assurance-maladie privée, le plus souvent dans le cadre d'un emploi<sup>(56)</sup>. Une couverture nationale complète des médicaments pourrait contribuer à réduire les disparités dans l'accès aux médicaments anticancéreux à emporter<sup>(57)</sup>. Les politiques de santé, y compris les politiques de couverture des médicaments, doivent prendre en compte les besoins uniques en matière de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis et travailler en collaboration et en partenariat afin d'élaborer des politiques distinctes pour ces populations.

### Disparités géographiques

Les traitements, les services à domicile et les équipements médicaux couverts varient considérablement d'une province à l'autre<sup>(21)</sup>. Bien que nous n'ayons pas examiné le système ou les frais payés de sa poche par province dans le cadre de ce rapport, des différences régionales dans les répercussions des frais payés de sa poche ont été signalées dans la littérature scientifique<sup>(17)</sup>. Par exemple, une étude récente examinant les différences de coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et en Ontario a révélé que les coûts moyens mensuels payés de sa poche étaient les plus élevés en Alberta (938 \$) et les plus bas au Manitoba (280 \$)<sup>(17)</sup>.

La proportion de personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées varie également considérablement d'une province à l'autre. Les répercussions de l'iniquité inhérente au milieu rural sont importantes et contribuent à l'inégalité croissante des résultats en matière de cancer au sein de la population canadienne. Comme indiqué

### Le point de vue des personnes atteintes du cancer

Une leucémie lymphoblastique aiguë a été diagnostiquée chez **Jennifer Mitchell** en 2016. Après avoir été en rémission pendant près de cinq ans, elle a reçu un second diagnostic de cancer, en 2021. Elle a ressenti davantage les répercussions des frais à sa charge lors de son deuxième diagnostic de cancer. Parce qu'elle n'avait pas accès aux traitements et aux soins dont elle avait besoin dans sa ville natale de Corner Brook, à Terre-Neuve-et-Labrador, Jennifer devait se déplacer pour effectuer ses traitements. Elle a dû faire huit heures de route pour recevoir des traitements d'immunothérapie à St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), puis s'est rendue à Ottawa (Ontario) pour une greffe de cellules souches. Ces coûts ont été exacerbés lorsque le mari de Jennifer a dû quitter son emploi et faire les trois jours de route jusqu'à Ottawa dans leur voiture parce que Jennifer ne pouvait pas prendre les transports en commun en raison du risque d'infection.

*« L'accès à un traitement abordable ne devrait pas dépendre de l'endroit où l'on vit. J'ai eu la malchance de me voir diagnostiquer un cancer et, bien que j'aie eu la chance d'avoir un pourcentage de mes frais de déplacement remboursés, les frais avancés représentaient toujours une charge énorme ».*

dans les sections précédentes de ce rapport, les défis auxquels sont confrontées les populations vivant en milieu rural varient considérablement d'une région à l'autre du pays. Le Canada atlantique présente des taux de cancer comparativement plus élevés que celui des provinces de l'Ouest. Ces différences s'expliquent en grande partie par le fait que les populations sont plus âgées et présentent aussi des profils de facteurs de risque comparativement moins bons<sup>(2)</sup>. Les provinces atlantiques ont également, en moyenne, un revenu par résident plus faible et des niveaux de ressources du système plus bas en raison de leur population plus petite, aggravée par le fait qu'une grande partie de leur population vit dans des zones rurales ou éloignées. La conséquence de ces défis démographiques et géographiques est que les coûts sociétaux seront probablement plus élevés et subis par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants.

Les services et les programmes qui guident les personnes atteintes d'un cancer dans leur parcours au sein du système de soins de santé pourraient contribuer à réduire la détresse financière ainsi qu'à remédier à certaines disparités géographiques. De nombreuses provinces ont mis en place des services d'orientation et prévoient de les développer, car il a été démontré qu'ils constituaient un élément essentiel d'un système intégré de soins contre le cancer et qu'ils étaient importants pour fournir des soins centrés sur la personne<sup>(58)</sup>.

## Priorité à la prévention et au dépistage

Compte tenu de l'augmentation considérable des coûts relatifs aux phases de soins initiaux et de soins continus pour le cancer, des investissements et une attention supplémentaires devraient être consacrés à la prévention du cancer dans les décennies à venir. La recherche révèle que jusqu'à 40 % des types de cancer au Canada peuvent être évités en réduisant l'exposition aux facteurs de risque connus<sup>(59)</sup>. Les chercheurs découvrent également d'autres facteurs susceptibles d'influencer le risque dans les années à venir. Des efforts accrus sont nécessaires pour promouvoir l'utilisation et l'adoption de stratégies de prévention primaire et secondaire, comme les programmes de sevrage tabagique et de promotion de la santé, les programmes de vaccination organisés et les programmes de dépistage organisés.

Le Canada est à la traîne par rapport à d'autres pays de niveau économique semblable en ce qui concerne certaines mesures préventives largement acceptées contre le cancer. Par exemple, les taux de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) en milieu scolaire sont inférieurs à ceux d'autres pays, comme l'Australie, où d'ailleurs des progrès considérables ont été réalisés<sup>(60,61)</sup>. Le fait d'attirer l'attention de la population sur la prévention et le dépistage peut avoir des répercussions importantes et probablement rentables sur la charge future pour les systèmes de santé. Parmi les autres exemples, citons la réduction de l'exposition au radon dans les habitations, étant donné le temps que les Canadiens passent à l'intérieur, les approches de sevrage tabagique et les efforts concertés pour améliorer l'alimentation et l'activité physique, étant donné que les types de cancer relatifs à l'obésité sont en augmentation au Canada<sup>(62)</sup>.

Le dépistage représente une approche rentable afin de réduire les répercussions financières du cancer au Canada. Bien que nous n'ayons pas été en mesure d'estimer les coûts en fonction de l'évolution de la maladie dans le cadre de ce rapport, nous savons que la détection d'un cancer à un stade précoce permet un traitement plus précoce et moins invasif, de meilleurs résultats et des coûts de traitement moins élevés<sup>(63)</sup>. En outre, certains programmes de dépistage, comme le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, détectent les lésions afin qu'elles puissent être enlevées avant qu'elles ne deviennent cancéreuses. Malgré ces répercussions potentielles dans toutes les provinces, les taux de dépistage restent inférieurs aux niveaux recommandés. Selon les estimations, seuls 40 % à 50 % des adultes au Canada sont au fait des directives de dépistage du cancer colorectal, ce qui reste en deçà de l'objectif national de 60 %<sup>(64)</sup>. Des tendances semblables sont observées pour les cancers du sein et du col de l'utérus<sup>(65,66)</sup>. La plus grande disponibilité du dépistage et le soutien des ressources pour le dépistage peuvent contribuer à réduire les répercussions économiques du cancer à l'avenir. Il s'agit notamment de collaborer avec les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de dépistage adaptés à la culture. En outre, de futures analyses examinant les coûts par stade et prenant en compte les répercussions économiques des programmes de dépistage du cancer seraient utiles pour planifier les investissements dans les stratégies de prévention et de dépistage du cancer au Canada.

## Résumé

Nos projections suggèrent que les coûts sociétaux du cancer sont considérables et qu'ils continueront toujours à augmenter au cours de la prochaine décennie. Cette hausse des coûts est attribuable à l'augmentation constante du nombre de personnes chez qui un cancer est diagnostiqué, en raison du vieillissement et de la croissance démographique canadienne, à l'augmentation des coûts des soins relatifs au cancer et à l'inflation. Cette situation est préoccupante pour le système de santé canadien, ainsi que pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants. Étant donné que de plus en plus de personnes vivent avec un diagnostic de cancer et y survivent, des investissements supplémentaires dans le système de lutte contre le cancer sont nécessaires pour garantir des soins appropriés dans les années qui suivent le diagnostic. Outre les investissements dans les systèmes de santé, nous devons également concentrer notre attention sur la prévention et le dépistage pour contribuer à réduire l'incidence du cancer, ainsi que sur l'élaboration de cadres axés sur la valeur pour gérer les coûts croissants associés aux nouvelles thérapies.

Le système de soins de santé n'est toutefois pas le seul à subir les répercussions économiques du cancer. Nos résultats montrent que le diagnostic de cancer peut avoir des effets économiques durables pour les personnes, les proches aidants et les familles. Bien que le Canada dispose d'un système de soins de santé à payeur unique, les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants subissent souvent des coûts directs importants, en termes de temps et d'argent, ainsi que des coûts indirects. Au Canada, les personnes atteintes d'un cancer paient souvent plus de frais de leur poche que dans des pays semblables et beaucoup d'entre elles font état d'une détresse

financière et d'inquiétudes. Des efforts ciblés et coordonnés dans l'ensemble du continuum des soins relatifs au cancer sont nécessaires pour faire face à l'augmentation des coûts de la prise en charge du cancer, tout en veillant à ce que les résultats et les expériences des personnes soient les meilleurs possibles. Une action collective est nécessaire afin d'améliorer l'accès à la prévention et au dépistage et fournir des soutiens étendus et variés pour l'accès au traitement et les soins de survie.

Des inégalités existent aussi dans les systèmes canadiens de soins de santé et de traitement du cancer. En outre, les répercussions économiques du cancer touchent de manière disproportionnée certaines populations, comme les personnes à faible revenu, les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées, et les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ces répercussions économiques plus importantes peuvent avoir une incidence sur les décisions relatives aux options de traitement et, en fin de compte, sur les résultats pour ces populations. Un soutien accru aux populations mal desservies, y compris des approches holistiques et distinctes fondées sur les droits pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, est essentiel afin de remédier au déséquilibre créé par l'augmentation des frais à la charge des patients et la dépendance croissante à l'égard de l'assurance-maladie privée pour accéder aux soins nécessaires<sup>(21,67,68)</sup>.

# Références

- Brenner DR, Gillis J, Demers AA, Ellison LF, Billette JM, Zhang SX, et al. Projection du fardeau du cancer au Canada en 2024. *CMAJ*. 2024;196(18):E615-23.
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2023. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2023. Repéré à l'adresse suivante : <https://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2023-FR> (consulté en janvier 2024).
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2022 sur la prévalence du cancer. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2022. Repéré à l'adresse suivante : <https://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2022-FR> (consulté en janvier 2024).
- Partenariat canadien contre le cancer. Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient [Internet]. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer; 2018. Repéré à l'adresse suivante : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Living-with-cancer-report-patient-experience-FR.pdf> (consulté en avril 2021).
- Essue BM, Iragorri N, Fitzgerald N, de Oliveira C. The psychosocial cost burden of cancer : A systematic literature review. *Psychooncology*. 2020;29(11):1746-60.
- de Oliveira C, Pataky R, Bremner KE, Rangrej J, Chan KK, Cheung WY, et al. Phase-specific and lifetime costs of cancer care in Ontario, Canada. *BMC Cancer*. 2016;16(1):809.
- Garaszczuk R, Yong JHE, Sun Z, de Oliveira C. The economic burden of cancer in Canada from a societal perspective. *Curr Oncol*. 2022;29(4):2735-48.
- Iragorri N, de Oliveira C, Fitzgerald N, Essue B. The out-of-pocket cost burden of cancer care : A systematic literature review. *Curr Oncol*. 2021;28(2):1216-48.
- Yabroff KR, Mariotto A, Tangka F, Zhao J, Islami F, Sung H, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, part 2 : Patient economic burden associated with cancer care. *J Natl Cancer Inst*. 2021;113(12):1670-82.
- de Oliveira C, Pataky R, Bremner KE, Rangrej J, Chan KK, Cheung WY, et al. Estimating the Cost of Cancer Care in British Columbia and Ontario : A Canadian Inter-Provincial Comparison. *Health Policy*. 2017;12(3):95-108.
- Longo CJ, Fitch MI, Loree JM, Carlson LE, Turner D, Cheung WY, et al. Patient and family financial burden associated with cancer treatment in Canada: A national study. *Support Care Cancer*. 2021;29(6):3377-38.
- de Oliveira C, Bremner KE, Ni A, Alibhai SM, Laporte A, Krahn MD. Patient time and out-of-pocket costs for long-term prostate cancer survivors in Ontario, Canada. *J Cancer Surviv*. 2014;8(1):9-20.
- Dumont S, Jacobs P, Turcotte V, Turcotte S, Johnston G. Palliative care costs in Canada: A descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. *Palliat Med*. 2015;29(10):908-17.
- Statistique Canada. Tableau 18-100-0004-13. Variation des prix à la consommation selon le groupe de produits, données mensuelles, indice en pourcentage, non désaisonnalisées, Canada, provinces, Whitehorse, Yellowknife et Iqaluit. Repéré à l'adresse suivante : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb1/fr/tv.action?pid=1810000413&pickMembers%5B0%5D=1.2&cubeTimeFrame.startMonth=10&cubeTimeFrame.startYear=2021&referencePeriods=20211001%2C20211001&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb1/fr/tv.action?pid=1810000413&pickMembers%5B0%5D=1.2&cubeTimeFrame.startMonth=10&cubeTimeFrame.startYear=2021&referencePeriods=20211001%2C20211001&request_locale=fr) (consulté en février 2024).
- Partenariat canadien contre le cancer. Outils : OncoSim [Internet]. Toronto (Ontario) : PCCC. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/tools/oncosim/> (consulté en juillet 2024).
- Vandraas KF, Reinertsen KV, Kiserud CE, Lie HC. Fear of cancer recurrence among young adult cancer survivors: Exploring long-term contributing factors in a large, population-based cohort. *J Cancer Surviv*. 2021;15(4):497-508.
- Longo CJ, Maity T, Fitch MI, Young JT. Patient and family financial burden in cancer : A focus on differences across four provinces, and reduced spending including decisions to forgo care in Canada. *Curr Oncol*. 2024;31(5):2713-26.
- Organisation de coopération et de développement économiques – OCDE. Panorama de la santé 2023 de l'OCDE : Note par pays 2023 [Internet]. OCDE; 2023. Repéré à l'adresse suivante : [https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023\\_5108d4c7-fr.html#:~:text=Près%20d'un%20tiers%20de,d'un%20problème%20de%20santé.](https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html#:~:text=Près%20d'un%20tiers%20de,d'un%20problème%20de%20santé.) (consulté en juillet 2024).
- Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP). Comparaison pancanadienne de la couverture des médicaments oncologiques administrés à l'hôpital et à domicile [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada, 2021. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes/services/sniump/etudes-analytiques/comparaison-couverture-medicaments-oncologiques.html> (consulté en juillet 2024).
- Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). Concordance des listes de médicaments des régimes publics au Canada, Partie 2 : Médicaments oncologiques [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada, 2021. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes/services/sniump/etudes-analytiques/concordance-listes-partie2-medicaments-oncologiques.html> (consulté en juillet 2024).
- Wood TF, Murphy RA. Tackling financial toxicity related to cancer care in Canada. *CMAJ*. 2024;196(9):E297-8.
- Zafar SY, Abernethy AP. Financial toxicity, part I: A new name for a growing problem. *Oncologie (Williston Park)*. 2013;27(2):80-1,149.
- Fitch MI, Longo CJ. Emerging understanding about the impact of financial toxicity related to cancer: Canadian perspectives. *Semin Oncol Nurs*. 2021;37(4):151174.
- De Boniface J, Szulkin R, Johansson ALV. Survival after breast conservation vs mastectomy adjusted for comorbidity and socioeconomic status: A Swedish national 6-year follow-up of 48,986 women. *JAMA Surg*. 2021;156(7):628-37.
- Winstead E. Breast cancer surgery choice may affect young survivors' quality of life [Internet]. Washington, DC : Institut national du cancer; 2021. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2021/breast-cancer-mastectomy-quality-of-life> (consulté en juillet 2024).
- Longo CJ, Fitch M, Deber RB, Williams AP. Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. *Support Care Cancer*. 2006;14(11):1077-85.
- Longo CJ, Deber R, Fitch M, Williams AP, D'Souza D. An examination of cancer patients' monthly « out-of-pocket » costs in Ontario, Canada. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2007;16(6):500-7.
- Lauzier S, Levesque P, Drolet M, Coyle D, Brisson J, Masse B, et al. Out-of-pocket costs for accessing adjuvant radiotherapy among Canadian women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2011;29(30):4007-13.
- Butler L, Downe-Wamboldt B, Melanson P, Coulter L, Keefe J, Singleton J, et al. Prevalence, correlates, and costs of patients with poor adjustment to mixed cancers. *Cancer Nurs*. 2006;29(1):9-16.
- Gupta A, Eisenhauer EA, Booth CM. The time toxicity of cancer treatment. *J Clin Oncol*. 2022;40(15):1611-5.
- Ruan Y, Heer E, Warkentin MT, Jarada TN, O'Sullivan DE, Hao D, et al. The association between neighborhood-level income and cancer stage at diagnosis and survival in Alberta. *Cancer*. 2024;130(4):563-75.
- Kumachev A, Trudeau ME, Chan KK. Associations among socioeconomic status, patterns of care and outcomes in breast cancer patients in a universal health care system: Ontario's experience. *Cancer*. 2016;122(6):893-8.
- Mackillop WJ, Zhang-Salomons J, Groome PA, Paszat L, Holowaty E. Socioeconomic status and cancer survival in Ontario. *J Clin Oncol*. 1997;15(4):1680-9.
- Mackillop WJ, Zhang-Salomons J, Boyd CJ, Groome PA. Associations between community income and cancer incidence in Canada and the United States. *Cancer*. 2000;89(4):901-12.
- Iragorri N, de Oliveira C, Fitzgerald N, Essue B. The out-of-pocket cost burden of cancer care : A systematic literature review. *Curr Oncol*. 2021;28(2):1216-48.
- Pong RW, DesMeules M, Heng D, Lagace C, Guernsey JR, Kazanjian A, et al. Patterns of health services utilization in rural Canada. *Chronic Dis Inj Can*. 2011;31 Suppl 1:1-36.
- Initiative sur la santé de la population canadienne. Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé [Internet]. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé; 2006. Repéré à l'adresse suivante : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/rural-canadians\\_2006\\_report\\_f.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/rural-canadians_2006_report_f.pdf) (consulté en juillet 2024).
- Statistique Canada. Croissance démographique dans les régions rurales du Canada, 2016 à 2021 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada, 2022. Repéré à l'adresse suivante : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-fra.cfm> (consulté en juin 2024).
- Kerner J, Liu J, Wang K, Fung S, Landry C, Lockwood G, et al. Canadian cancer screening disparities: A recent historical perspective. *Curr Oncol*. 2015;22(2):156-63.
- Laurent S. L'accès aux soins de santé dans le Canada rural [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada, 2002. Repéré à l'adresse suivante : <https://publications.gc.ca/Collection/R1LoPBdP/BP/prb0245-f.htm> (consulté en juillet 2024).
- Partenariat canadien contre le cancer. Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie Toronto (Ontario) : PCCC; 2020. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-equity/> (consulté en avril 2021).
- Partenariat canadien contre le cancer. Avez-vous pu recevoir des soins à proximité de votre domicile? [Internet] Toronto (Ontario) : PCCC. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/cancer-strategy/strategic-priorities-priorities-and-indicators/travel-access-care/> (consulté en juillet 2024).
- Boyer Y. Healing racism in Canadian health care. *CMAJ*. 2017;189(46):E1408-9.
- Abdel-Rahman O. Geographic Disparities in Access to Cancer Clinical Trials in Canada. *Am J Clin Oncol*. 2023;46(11):512-6.

45. Dieguez G, Ferro, C, Rotter, D. Rapport de recherche Milliman : The cost burden of blood cancer care : A longitudinal analysis of commercially insured patients diagnosed with blood cancer [Internet]. Rye Brook, New York : The Leukemia et Lymphoma Society; 2018. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.lls.org/sites/default/files/Milliman%20ostudy%20cost%20burden%20of%20blood%20cancer%20care.pdf> (consulté en juillet 2024).
46. de Oliveira C, Bremner KE, Pataky R, Gunraj N, Chan K, Peacock S, Canadian cancer screening disparities: A recent historical perspective. Understanding the costs of cancer care before and after diagnosis for the 21 most common cancers in Ontario : A population-based descriptive study. *CMAJ Open*. 2013;1(1):E1-8.
47. Gouvernement du Canada. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada, 2022. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes.html> (consulté en juillet 2024).
48. Brenner DR, O'Sullivan DE, Jarada TN, Yusuf A, Boyne DJ, Mather CA, et al. The impact of population-based EGFR testing in non-squamous metastatic non-small cell lung cancer in Alberta, Canada. *Lung Cancer*. 2023;175:60-7.
49. Shih YCT, Smieliauskas F, Geynisman DM, Kelly RJ, Smith TJ. Trends in the cost and use of targeted cancer therapies for the privately insured nonelderly: 2001 to 2011. *J Clin Oncol*. 2015;33(19):2190-6.
50. Choi G, Shin G, Bae S. Price and prejudice? The value of chimeric antigen receptor (CAR) T-cell Therapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12366.
51. Wills A, Mitha A. Financial characteristics of outcomes-based agreements: What do Canadian public payers and pharmaceutical manufacturers prefer? *Value Health*. 2024;27(3):340-6.
52. Wenzl M, Chapman S. Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states : How they work and possible improvements going forward [Internet]. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); 2020. Repéré à l'adresse suivante : [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states\\_6e5e4c0f-en](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states_6e5e4c0f-en) (consulté en juillet 2024).
53. NEJM Catalyst. What is value-based healthcare? [Waltham, MA : NEJM Catalyst; 2017. Repéré à l'adresse suivante : <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558> (consulté en juillet 2024).
54. Zafar A, Birak C. Is extending life by weeks worth the toll some cancer drugs take? Doctors push for "common-sense oncology" [Internet]. CBC News; 2024. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.cbc.ca/news/health/cancer-kingston-common-sense-oncology-1.7136127> (consulté en juillet 2024).
55. Hurlley J, Guindon, GE. Private health insurance in Canada: History, politics and performance. Cambridge, UK : Cambridge University Press; 2020.
56. Law MR, Kratzer J, Dhalla IA. The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. *CMAJ*. 2014;186(12):E470-4.
57. Santé Canada. Une ordonnance pour le Canada : l'assurance-médicaments pour tous : Rapport final du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2019. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmareport/rapport-final.pdf> (consulté en juillet 2024).
58. Partenariat canadien contre le cancer. Navigation : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne [Internet]. Toronto (Ontario) : PCCC; 2012. Repéré à l'adresse suivante : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Implementing-Navigation-Guide-FR.pdf> (consulté en juillet 2024).
59. Poirier AE, Ruan Y, Volesky K, King WD, O'Sullivan DE, Gogna P. The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Summary of results. *Prev Med*. 2019;122:140-7.
60. Caird H, Simkin J, Smith L, Van Niekerk D, Ogilvie G. The path to eliminating cervical cancer in Canada : Past, present and future directions. *Curr Oncol*. 2022;29(2):1117122.
61. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : 2021-2022 [Internet]. Toronto (Ontario) : PCCC; 2021. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-in-canada-2021-2022/summary/> (consulté en juillet 2024).
62. Brenner DR, Ruan Y, Shaw E, De P, Heitman SJ, Hilsden RJ. Increasing colorectal cancer incidence trends among younger adults in Canada. *Prev Med*. 2017;105:345-9.
63. Organisation mondiale de la Santé. Le diagnostic précoce du cancer permet de sauver des vies et d'abaisser le coût du traitement. Genève, 2017. [Internet]. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs> (consulté en juillet 2024).
64. Darvishian M, Moustaqim-Barrette A, Awadalla P, Bhatti P, Broet P, McDonald K, et al. Provincial variation in colorectal cancer screening adherence in Canada; evidence from the Canadian Partnership for Tomorrow's Health. *Front Oncol*. 2023;13:1113907.
65. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du sein au Canada : analyse de l'environnement (2018) [Internet]. Toronto (Ontario) : PCCC; 2018. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/breast-cancer-screening-environmental-scan-2018/> (consulté en juillet 2024).
66. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – Rapport des résultats de janvier 2011 à décembre 2013, Toronto (Ontario) : PCCC; 2016. Repéré à l'adresse suivante : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Cervical-Cancer-Screen-Quality-Indicators-Report-2016-FR.pdf> (consulté en juillet 2024).
67. Gouvernement du Canada. Élaboration conjointe de dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions. [Internet]. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.sac-isc.gc.ca/1611843547229/1611844047055> (consulté en juillet 2024).
68. Gouvernement du Canada. Visions pour les dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions : Résumé. [Internet]. Repéré à l'adresse suivante : <https://www.sac-isc.gc.ca/1667579335081/1667579367781> (consulté en juillet 2024).

## Sources des données et méthodologie



### Qui étaient les parties prenantes?

Les rapports des Statistiques canadiennes sur le cancer sont élaborés par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, à partir des données sur le cancer fournies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer par l'entremise du Registre canadien du cancer. Pour ce rapport spécial, le Partenariat canadien contre le cancer a effectué toutes les analyses en collaboration avec la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, à l'exception de la figure 7 qui a été conçue par la Société canadienne du cancer, Surveillance, avec des données extraites du Rapport annuel de 2022 du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (publié en novembre 2023; ISSN : 1495-056). Le Groupe de travail du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer a donné son avis concernant la méthodologie et l'interprétation des résultats et a rédigé le texte d'accompagnement avec la contribution de trois experts en contenu. La Société canadienne du cancer a coordonné la production de ce rapport ainsi que les travaux du comité; elle a également collaboré avec trois patients partenaires afin d'obtenir le point de vue de personnes atteintes d'un cancer et de mieux informer le rapport. Le rapport a fait l'objet d'une évaluation par deux pairs afin d'y apporter leur expertise clinique et

épidémiologique. L'Agence de la santé publique du Canada a financé la traduction de ce rapport en français.

### Sources de données et analyse

Le modèle « OncoSim-Tous les cancers » (version 3.6.3.9) projette des résultats en matière de santé et économiques pour 32 types de cancer au Canada. Un résumé des types de cancer indiqués et des codes de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition, de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-O-3) correspondants est présenté au [tableau A1](#). Pour ce rapport, nous regroupons les différents types de cancer de la cavité buccale et du larynx en un seul type (« oral ») et ne rendons pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome. Par conséquent, 27 types de cancer figurent dans ce rapport.

Le modèle « OncoSim-Tous les cancers » comprend plusieurs caractéristiques, notamment la simulation de l'incidence du cancer, de la survie par cause, des décès par cancer, de la prévalence, des coûts sociétaux (p. ex., coûts directs de prise en charge du cancer relatifs à la santé, coûts payés de sa poche, coûts directs relatifs au temps et coûts indirects) et des fractions attribuables de la population de l'incidence du cancer et des décès par cancer pour les facteurs de risque associés. Les sources de données utilisées pour l'élaboration du modèle sont présentées au [tableau A2](#).

**TABLEAU A1** Types de cancer et codes de la CIM-O-3, de la CIM-9 et de la CIM-10 correspondants dans le modèle « OncoSim-Tous les cancers »

Type de cancer*		Incidence	Cause du décès	
		Siège/type CIM-O-3 (incidence)†	CIM-9 (date de décès avant l'an 2000)‡	CIM-10 (date de décès en l'an 2000 ou après)‡
1	Cavité buccale§	C00–C14	140–149	C00–C14
1a	Cavité buccale	C01–C06	141, 143–145	C01–C06
1b	Oropharynx	C09, C10	146.0–146.9	C09, C10
1c	Hypopharynx	C12, C13	148	C12, C13
1d	Larynx	C32	161	C32
1e	Autre cancer de la cavité buccale	C00, C07–08, C11, C14	140, 142, 147, 149	C00, C07–08, C11, C14
2	Œsophage	C15	150	C15
3	Estomac	C16	151	C16
4	Colorectal	C18–C20, C26.0	153, 159.0, 154.0–154.1	C18–C20, C26.0
5	Foie	C22.0	155.0, 155.2	C22.0, C22.2–C22.7
6	Pancréas	C25	157	C25
7	Poumon	C34	162.2–162.5, 162.8–162.9	C34
8	Mélanome	C44 (type 8720–8790)	172	C43
9	Sein	C50	174–175	C50
10	Col de l'utérus	C53	180	C53
11	Utérus (corps, SAI)	C54–C55	179, 182	C54–C55
12	Ovaire	C56.9	183.0	C56
13	Prostate	C61.9	185	C61
14	Testicule	C62	186	C62
15	Vessie (y compris in situ)**	C67	188	C67
16	Rein	C64.9, C65.9	189.0–189.1	C64–C65
17	Cerveau/SNC	C70–C72	191, 192	C70–C72
18	Thyroïde	C73.9	193	C73
19	Lymphome hodgkinien††	Type 9650–9667	201	C81
20	Lymphome non hodgkinien††	Type 9590–9597, 9670–9719, 9724–9729, 9735, 9737, 9738 Type 9811–9818, 9823, 9827, 9837 tous les sièges sauf C42.0, C42.1, C42.4	200, 202.0–202.2, 202.8–202.9	C82–C85, C96.3
21	Myélome multiple††	Type 9731, 9732, 9734	203.0, 238.6	C90.0, C90.2
22	Leucémie††	Type 9733, 9742, 9800–9801, 9805–9809, 9820, 9826, 9831–9836, 9840, 9860–9861, 9863, 9865–9867, 9869–9876, 9891, 9895–9898, 9910, 9911, 9920, 9930–9931, 9940, 9945–9946, 9948, 9963–9964 Type 9811–9818, 9823, 9827, 9837 sièges C42.0, C42.1, C42.4	202.4, 203.1, 204–208	C91–C95, C90.1
	Cancer de la peau autre que le mélanome††	C44.0–C44.9 (type 8085–8089, 8111–8719, 8791–9049, 9056–9139, 9141–9589)	173	C44
23	Vulve	C51	184.1–184.4	C510–C512, C518–C519
24	Vagin	C52.9	184.0	C52
25	Anal	C21	154.2, 154.3, 154.8	C210–C212, C218
26	Pénis	C60	187	C600–C612, C608, C609
27	Tous les autres cancers	Tous les sièges C00–C80, C97 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges 140–208 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00–C80, C97 non mentionnés ci-dessus

SAI = sans autre indication; SNC = système nerveux central;

\*Statistique Canada utilise les groupes du programme « Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) » pour le siège primaire, basés sur la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition, de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-O-3) pour classer le siège/ type de cancer dans le Registre canadien du cancer.

†Sauf indication contraire, les types d'histologie 8000-9049, 9056-9139 et 9141-9589 s'appliquent à tous les sièges de cancer.

‡Source : SEER cause of Death Recode 1969+ (04/16/2012) ([http://seer.cancer.gov/codrecode/1969+\\_d04162012/index.html](http://seer.cancer.gov/codrecode/1969+_d04162012/index.html))

§Les cancers de la cavité buccale ont été regroupés en un seul type de cancer (cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx et autres cancers de la cavité buccale).

\*\*Les cas de cancer in situ de l'Ontario manquants ont été imputés.

††Les types histologiques 9590–9992 (leucémie, lymphomes et myélome multiple), 9050–9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi) de la CIM-O-3 ne sont pas pris en compte dans les autres sièges particuliers.

‡‡Les cancers de la peau autres que le mélanome n'ont pas été inclus dans les analyses.

**Nota** : La CIM-O-3 est la *Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition*<sup>(1)</sup>. La CIM-9 est la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision*<sup>(2)</sup>. La CIM-10 est la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision*<sup>(3)</sup>.

**TABLEAU A2** Sources de données utilisées pour élaborer le modèle « OncoSim-Tous les cancers »

Élément de données	Sources des données
Démographie	Données observées (jusqu'en 2019 pour les naissances, l'immigration et la migration interprovinciale; jusqu'en 2021 pour la mortalité toutes causes confondues), ainsi que les projections de Statistique Canada.
Incidence	Registre canadien du cancer, 1992-2017, Statistique Canada <sup>(4)</sup>
Survie particulière au stade	Registre canadien du cancer, 2000-2017, Statistique Canada <sup>(4)</sup>
Répartition des stades	Registre canadien du cancer, 2010-2017, Statistique Canada <sup>(4)</sup>
Cause du décès	Statistique Canada. Tableau 102-0522 – Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), groupe d'âge et sexe, Canada, annuel (nombre) (consulté le 4 décembre 2023). Années de données 2015-2019.
Coûts directs pour les systèmes de santé	<p><b>Analyse basée sur les méthodes de :</b> de Oliveira et al. Phase-specific and lifetime costs of cancer care in Ontario, Canada. BMC Cancer (2016) 16:809</p> <p><b>Bases de données utilisées pour estimer les coûts (2017-2022) :</b> Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) de l'Ontario Base de données des demandes de remboursement présentées au Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP) Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO) Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP) Système national de rapports sur les soins ambulatoires de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-SNISA) Système d'information sur les soins de longue durée de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-SISLD)</p>
Coûts directs payés de sa poche	<p><b>Phase de soins initiaux :</b> LLongo CJ, Fitch MI, Loree JM, Carlson LE, Turner D, Cheung WY, Gopaul D, Ellis J, Ringash J, Mathews M, et al. Patient and family financial burden associated with cancer treatment in Canada: A national study. Support Care Cancer. 2021;29(6):3377-86.</p> <p><b>Phase de soins continus :</b> de Oliveira C, Bremner KE, Ni A, Alibhai SMH, Laporte A, Krahn MD. Patient time and out-of-pocket costs for long-term prostate cancer survivors in Ontario, Canada. J Cancer Surviv. 2014;8(1):9-20.</p> <p><b>Phase de la dernière année de vie :</b> Dumont S, Jacobs P, Turcotte V, Turcotte S, Johnston G. Palliative care costs in Canada: A descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. Palliat Med. 2015;29(1):908-17.</p>
Coûts directs en termes de temps	<p><b>Phases de soins initiaux, de soins continus et de la dernière année de vie :</b> Yabroff KR, Warren JL, Knopf K, Davis WW, Brown ML. Estimating patient time costs associated with colorectal cancer care. Med Care. 2005;43(7):640-8.</p>
Coûts indirects	<p><b>Phases de soins initiaux, de soins continus et de la dernière année de vie :</b> Jeon SH. The long-term effects of cancer on employment and earnings. Health Econ. 2017;26(5):671-84.</p>

## Incidence et diagnostic du cancer

### Estimation de l'incidence du cancer

L'incidence a été estimée à l'aide d'équations d'incidence du cancer (analyse de régression), et ce, à partir des données du Registre canadien du cancer (1992-2017). Les équations d'incidence du cancer comprenaient comme variables la province ou le territoire, le sexe, les groupes d'âge quinquennaux et l'année (tableau A3). Dans les équations d'incidence du cancer, l'incidence de base a été estimée pour 2010 et un coefficient de tendance d'évolution dans le temps a été appliqué pour refléter les changements au fil du temps.

Comme nous ne disposons de données sur l'incidence du cancer que jusqu'en 2017, nous avons projeté le taux d'incidence futur jusqu'en 2024 pour les 27 types de cancers déclarés, en nous basant sur l'incidence historique du cancer et les chiffres de la population canadienne de 1992 à 2017 (pour le Québec, les données postérieures à 2010 n'ayant pas été communiquées au moment de l'analyse) tirés du Registre canadien du cancer.

*Détails sur les équations d'incidence du cancer :*

Pour chaque type de cancer, un modèle de régression logistique a été généré sur la base de variables comme le groupe d'âge, le sexe, la province et l'année du diagnostic, afin d'estimer la probabilité de développer le type de cancer en question :

$$\begin{aligned} \text{logit}[p(y_i = 1)] &= \ln\left(\frac{p(y_i = 1)}{1 - p(y_i = 1)}\right) \\ &= \beta_{i0} + \sum_{j=1}^k \beta_j x_{ij} + e_i = \beta'X + \epsilon \end{aligned}$$

Où  $y_i=1$  lorsqu'une personne est atteinte d'un certain type de cancer et  $y_i=0$  dans le cas contraire. Ainsi,  $p(y_i=1)$  est la probabilité d'être atteint d'un certain type de cancer.  $x_j$  contient un ensemble de variables explicatives :

- l'âge au moment du diagnostic (groupe d'âge quinquennal en tant que variable catégorielle : 0 à 4, 5 à 9, 10 à 15, ..., 80 à 84, 85+);
- le sexe assigné à la naissance (variable binaire : masculin ou féminin);
- la région géographique (variable catégorielle : 10 provinces, Yukon/Nunavut/Territoires du Nord-Ouest combinés);
- l'année de diagnostic (continue de 1992 à 2017, centrée sur l'année 2010).

Outre les effets principaux, les termes d'interaction à deux et à plusieurs voies des variables explicatives ont également été pris en compte dans le cadre du processus de sélection du modèle. Une approche de sélection automatisée (« stepwise ») a été utilisée pour sélectionner les variables importantes. Le tableau A3 résume les variables comprises pour chaque type de cancer. Les modèles ont été validés en comparant l'incidence générée par le modèle avec les données observées.

### Simulation de l'incidence et du diagnostic du cancer

Les paramètres estimés à partir du modèle de régression logistique pour chaque type de cancer ont été utilisés dans le processus de simulation dans les étapes suivantes.

1. Le paramètre de la tendance temporelle (année du diagnostic) a été utilisé comme paramètre intrant du modèle, qui variait selon le type de cancer, la province ou le territoire, le groupe d'âge, ainsi que le sexe.
2. Pour chaque personne simulée, une probabilité de développer un cancer particulier a été calculée à partir des paramètres du modèle.
3. La probabilité de développer un cancer particulier a été convertie en un risque annualisé, et ce, afin que l'incidence du cancer soit continue dans le temps :

$$\text{Hazard}_i = -\ln(1 - p_i)$$

4. Un nombre aléatoire ( $u$ ) entre 0 et 1 a été généré et converti en risque annualisé :

$$\text{Hazard}^*_i = -\ln(u_i)$$

5. Le temps d'attente avant le diagnostic de cancer a été calculé de la façon suivante :

$$\text{Wait time}_i = -\ln\left(\frac{\text{Hazard}^*_i}{\text{Hazard}_i}\right)$$

La même méthode a été utilisée pour faire des projections à partir de 2024, année après année, et ce, jusqu'en 2034.

TABLEAU A3 Variables incluses dans les équations d'incidence du cancer

Type de cancer	Coefficients de régression (la multiplication de variables indique des termes d'interaction)													
	prov	sexe	âge	année	prov x sexe	prov x âge	prov x année	sexe x âge	sexe x année	âge x année	prov x sexe x âge	prov x âge x année	prov x sexe x année	sexe x âge x année
Cavité buccale*														
Cavité buccale	x	x	x		x			x						
Oropharynx	x	x	x	x			x	x	x	x				x
Hypopharynx	x	x	x	x	x					x				
Larynx	x	x	x	x	x		x	x		x				
Autre cancer de la cavité buccale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Œsophage	x	x	x	x	x		x	x	x					
Estomac	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Colorectal	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		
Foie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x
Pancréas	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
Poumon	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mélanome	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x
Sein	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		
Col de l'utérus	x		x	x		x	x			x				
Utérus (corps, SAI)	x		x	x		x	x			x				
Ovaire	x		x	x		x	x			x		x		
Prostate	x		x	x		x	x			x		x		
Testicule	x		x	x			x			x				
Vessie (y compris in situ) <sup>†</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	
Rein	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
Cerveau/SNC	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
Thyroïde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
Lymphome hodgkinien	x	x	x					x						
Lymphome non hodgkinien	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		
Myélome multiple	x	x	x	x		x	x	x						
Leucémie	x	x	x	x		x	x	x						

suite...

TABLEAU A3 Variables incluses dans les équations d'incidence du cancer (suite)

Type de cancer	Coefficients de régression (la multiplication de variables indique des termes d'interaction)													
	prov	sexe	âge	année	prov x sexe	prov x âge	prov x année	sexe x âge	sexe x année	âge x année	prov x sexe x âge	prov x âge x année	prov x sexe x année	sexe x âge x année
Vulve	x		x	x			x			x				
Vagin	x		x											
Anal	x	x	x	x	x		x	x	x	x				
Pénis	x		x											
Tous les autres cancers	x	x	x		x	x		x			x			

prov = province ou territoire; SAI = sans autre indication; SNC = système nerveux central

« x » indique les variables comprises dans les équations définitives.

\*Les cancers de la cavité buccale ont été regroupés en un seul type de cancer (cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx et autres cancers de la cavité buccale).

† Les cas de cancer in situ de l'Ontario manquants ont été imputés.

## Mortalité et survie au cancer

### Estimation de la mortalité et de la survie par type de cancer

Les décès attribuables à chaque type de cancer par sexe ont été estimés à partir du Registre canadien du cancer (RCC) jumelé aux données sur les décès pour les tumeurs diagnostiquées entre 2000 et 2017. Des distributions de Weibull en une ou deux parties ont été ajustées aux données de survie et les paramètres de Weibull ont constitué les valeurs d'intrants de la simulation. Les détails techniques sont présentés ci-dessous.

Les décès par cancer dans le modèle « OncoSim-Tous les cancers » ont été estimés à partir des courbes de survie par cause et par stade pour chaque type de cancer. Les modèles de survie ont été estimés à l'aide des données du Registre canadien du cancer relatives à la base de données des statistiques de l'état civil du Canada, pour les années 2000 à 2017. Les courbes de survie ont été estimées en fonction du type de cancer, du stade et du sexe. Les cancers diagnostiqués au Québec ont été exclus des analyses pour toutes les années, car les cas incidents de cancer après 2010 n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse. Les paramètres de survie pour le cerveau et le SNC, le myélome multiple et les leucémies n'étaient pas spécifiques au stade, car l'information sur le stade de ces cancers n'était pas disponible dans le Registre canadien du cancer. Les types de cancer pour lesquels la date de diagnostic ou de décès était manquante ont également été exclus des analyses. Environ 1,5 % de l'ensemble des types de cancers analysés a fait l'objet d'un diagnostic et d'un décès le même jour. Pour ces cas particuliers, un jour de survie a été attribué<sup>(5)</sup>.

Des courbes de Kaplan-Meier pour chaque type de cancer, stade et sexe ont d'abord été générées en vue d'explorer la forme des courbes de survie

et toute différence potentielle entre les sexes et les stades. Le graphique de la négative de la fonction logarithmique de survie ( $\log(-\log(S_t))$ ) en fonction du log du temps ( $\log(t)$ ) ont été évalués pour déterminer si la forme fonctionnelle de la distribution de Weibull était appropriée. L'analyse graphique a indiqué que les distributions de Weibull par morceaux (en deux parties) étaient adaptées à la plupart des types de cancer. Toutefois, pour certains cancers chez les hommes (cancer du sein, de la prostate, myélome multiple et leucémie), une distribution de Weibull par morceaux n'a pas convergé, ce qui indique aussi l'absence de point d'inflexion dans la survie. Pour ces types de cancers, une distribution de Weibull en un seul morceau a été estimée. Il convient de noter que l'utilisation d'une distribution de Weibull en un seul morceau plutôt qu'en deux peut simplifier à l'excès les schémas de survie au cancer, ce qui risque de faire passer à côté de changements critiques dans les taux de survie et d'avoir un effet sur la précision de la prédiction.

### Simulation de la survie

Les paramètres de la distribution de Weibull estimés et les informations sur le temps au point d'inflexion ont été utilisés pour simuler la survie de chaque personne chez qui un cancer a été diagnostiqué (se reporter à l'[Estimation of cancer incidence](#)).

Lorsqu'un type particulier de cancer est diagnostiqué chez une personne, un nombre aléatoire est tiré entre 0 et 1 et un temps d'attente correspondant à l'inverse de la fonction de distribution cumulative de la distribution de Weibull pour ce type de cancer détermine le temps qui s'écoule jusqu'au décès. Pour plus de détails méthodologiques, se reporter à Berthelot et al. (1997)<sup>(6)</sup>.

### Résumé de la simulation

La simulation a créé une population canadienne hypothétique, une personne à la fois, en estimant si et quand une personne développait un cancer

en fonction du type de cancer et de la façon dont il progressait à travers les phases de la simulation. Les estimations de coûts décrites ci-dessous ont ensuite été utilisées comme intrants directs dans la simulation et appliquées à des personnes simulées chez qui un cancer a été diagnostiqué.

### Estimation des coûts de prise en charge du cancer

#### *Coûts directs pour les systèmes de santé*

Les coûts directs pour les systèmes de santé proviennent d'une analyse rétrospective de bases de données administratives qui a permis d'estimer les coûts nets des soins de santé des adultes diagnostiqués entre 2017 et 2022 avec un cancer primaire et qui ont survécu 30 jours ou plus. Le terme « net » désigne ici les coûts supplémentaires imputables aux soins inhérents au cancer, c'est-à-dire la différence entre les coûts totaux des soins de santé pour les personnes atteintes d'un cancer et les coûts des soins de santé attendus si elles n'avaient pas eu de cancer. L'analyse a utilisé une méthodologie de calcul des coûts déclinée en phases semblable à celle utilisée dans les études de coûts canadiennes précédentes<sup>(7,8)</sup>. Les coûts nets moyens des soins en oncologie ont été rapportés par type de cancer et par sexe, de même que par phase de soins :

- La phase de soins initiaux est définie comme les 12 premiers mois suivant le diagnostic.
- La phase de soins continus est définie comme la période qui suit la phase de soins initiaux, mais qui précède les 12 derniers mois de la vie (années intermédiaires).
- La phase de la dernière année de vie est définie quant à elle comme les 12 derniers mois de la vie.

L'analyse a permis de classer les personnes atteintes d'un cancer en 24 groupes, qui ont été réparties sur les 32 sites cancéreux de l'outil OncoSim selon les hypothèses suivantes :

- Les coûts associés aux cancers de la tête et du cou sont appliqués à tous les cancers de la cavité buccale (y compris du larynx).
- Les coûts associés aux lymphomes s'appliquent à la fois aux lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens.
- Le coût du cancer de la peau autre que le mélanome est fixé à 0, car aucune donnée n'est disponible.
- Les coûts du groupe « tous les cancers » de la publication d'Oliveira et al.<sup>(7,8)</sup> sont appliqués aux cancers anogénitaux et aux « autres cancers » dans l'outil OncoSim.

Les estimations des coûts par groupe de cancer et par sexe ont été utilisées comme intrants directs dans la simulation et appliquées aux personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué en fonction du type de cancer et de la manière dont elles progressent dans les phases de la simulation. Les coûts de prise en charge du cancer comprennent les traitements médicamenteux systémiques (chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée), la radiothérapie, tous les services médicaux (y compris les tests diagnostiques et les services de laboratoire), les hospitalisations, les soins ambulatoires, les visites d'urgence (y compris les interventions chirurgicales et les procédures le jour même), les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins continus complexes et les médicaments délivrés sur ordonnance en ambulatoire pour les groupes admissibles<sup>(8)</sup>.

## Coûts directs à la charge des patients

Trois études ont été utilisées pour estimer les coûts payés de sa poche relatifs au cancer dans l'outil OncoSim. Les coûts bruts ont été utilisés parce qu'il y avait peu de données disponibles sur les coûts directs à la charge des patients. Les coûts bruts regroupent toutes les dépenses relatives à un diagnostic de cancer, sans que ces dépenses soient comparées à celles à la charge des personnes accédant aux soins de santé pour des diagnostics non relatifs au cancer (appelées patients non cancéreux).

Pour alimenter la phase de soins initiaux du cancer dans l'outil OncoSim, nous avons adapté les estimations de l'étude longitudinale de Longo et al. (2021)<sup>(9)</sup>. Longo et al. (2021) ont rapporté les coûts directs à la charge des patients pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants comme une moyenne globale. Les coûts comprenaient les coûts directs à la charge des patients déclarés par les personnes concernées, qui couvraient les médicaments, les soins à domicile, l'aide ménagère, les vitamines, les suppléments, les soins familiaux, l'hébergement, les appareils, les coûts relatifs aux déplacements imputés, les frais de stationnement ou les tarifs des transports en commun et d'autres coûts<sup>(9)</sup>. La cohorte comprenait des personnes atteintes d'un cancer du sein, d'un cancer colorectal, d'un cancer du poumon ou d'un cancer de la prostate qui avaient reçu un traitement anticancéreux pendant au moins quatre semaines (où 68 % d'entre elles étaient encore sous traitement actif)<sup>(9)</sup>. Dans l'outil OncoSim, la même moyenne agrégée rapportée par Longo et al. (2021) a été utilisée pour tous les types de cancer et les deux sexes en tant qu'intrants directs.

Pour la phase de soins continus dans l'outil OncoSim, les estimations des coûts directs à la charge des patients ont été modifiées à partir de celles proposées par de Oliveira et al. (2014)<sup>(10)</sup>.

L'étude a porté sur le suivi à long terme des survivants d'un cancer de la prostate et a pris en compte les dépenses relatives aux visites de professionnels de la santé, aux médicaments, à l'équipement, aux services communautaires, à l'aide-ménagère, aux déplacements, au stationnement, à l'hébergement et à la nourriture<sup>(10)</sup>. Bien que cette étude n'ait porté que sur un seul type de cancer, nous avons assumé que ses résultats refléteraient les coûts directs à la charge des patients en matière de soins continus (compte tenu de la disponibilité limitée des données). Notre hypothèse découle du fait qu'une part importante des personnes en phase de soins continus sont des personnes survivantes d'un cancer, ce qui laisse présager des dépenses relatives au cancer moins élevées que celles des personnes suivant un traitement actif au cours de la phase de soins initiaux ou de la dernière année de vie. Dans l'outil OncoSim, la même moyenne des coûts directs à la charge des patients rapportée par de Oliveira et al. (2014) a été utilisée pour tous les types de cancer et les deux sexes en tant qu'intrants directs.

Pour estimer les coûts directs à la charge des patients de la phase de soins de la dernière année de vie dans l'outil OncoSim, nous avons modifié les coûts de Dumont et al. (2015)<sup>(11)</sup>. L'étude a examiné les coûts directs à la charge des patients en tant que coûts personnels relatifs aux soins palliatifs des personnes atteintes d'un cancer et inscrites à un programme régional de soins palliatifs au Canada. L'étude fait état des coûts directs à la charge des patients moyens par zone rurale et urbaine<sup>(11)</sup>. Pour alimenter le modèle de l'outil OncoSim, nous avons calculé la moyenne pondérée des coûts directs à la charge des patients en utilisant les pourcentages de population rurale et urbaine au Canada. Cette moyenne pondérée a été appliquée comme donnée directe pour tous les types de cancer ainsi que pour les deux sexes.

TABLEAU A4 Résumé des coûts utilisés dans l'outil OncoSim

Étude	Administration	Type de coût	Inclusion des coûts dans l'étude	Définition de la cohorte à partir de l'étude	Phase de soins correspondante dans l'outil OncoSim
Analyse basée sur de Oliveira et al. (2016)	Ontario	Coûts directs nets* pour les systèmes de santé	Les coûts de gestion du cancer relatifs à la santé comprennent les traitements médicamenteux systémiques, la radiothérapie, tous les services médicaux (y compris les tests diagnostiques et les services de laboratoire), les hospitalisations, les soins ambulatoires, les visites d'urgence (y compris les interventions chirurgicales et les procédures le jour même), les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins continus complexes et les médicaments délivrés sur ordonnance en ambulatoire pour les groupes admissibles.	Adultes ayant reçu un diagnostic de cancer primaire entre 2017 et 2022 et ayant survécu 30 jours ou plus.	Phases de soins initiaux, de soins continus et de soins de la dernière année de vie.
Longo et al. (2021)	Canada	Coûts bruts <sup>†</sup> de prise en charge payés de sa poche.	Coûts déclarés par les personnes atteintes de cancer concernant les médicaments, les soins à domicile, l'aide ménagère, les vitamines, les suppléments, les soins familiaux, l'hébergement, les appareils, les coûts relatifs aux déplacements imputés, les frais de stationnement et les tarifs des transports en commun, de même que d'autres coûts.	Les personnes atteintes d'un cancer du sein, d'un cancer colorectal, d'un cancer du poumon ou encore d'un cancer de la prostate qui ont reçu un traitement anticancéreux pendant au moins quatre semaines (idéalement toujours en cours de traitement actif).	Phase de soins initiaux.
de Oliveira et al. (2014)	Ontario	Coûts bruts <sup>†</sup> de prise en charge payés de sa poche.	Coûts déclarés par les personnes atteintes d'un cancer relatifs aux visites de professionnels de la santé, aux médicaments, à l'équipement, aux soins à domicile, aux déplacements, au stationnement, à l'hébergement et à la nourriture.	Personnes survivantes à long terme du cancer de la prostate diagnostiqué en 1993-1994, 1997-1998 et 2001-2002.	Phase de soins continus.
Dumont et al. (2015)	Canada	Coûts bruts <sup>†</sup> de prise en charge payés de sa poche.	Coûts subis par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants dans le cadre des soins palliatifs	Personnes atteintes d'un cancer inscrites dans un programme régional de soins palliatifs et leurs proches aidants	Dernière année de vie
Yabroff et al. (2005)	États-Unis	Coûts directs nets* en termes de temps	Coûts en termes de temps pour les personnes atteintes d'un cancer, relatifs aux déplacements pour se rendre aux soins, à l'attente d'un rendez-vous et au temps passé à recevoir des soins.	Personnes âgées de 65 ans ou plus chez qui un cancer colorectal a été diagnostiqué entre 1995 et 1998.	Phases de soins initiaux, de soins continus et de soins de la dernière année de vie.
Jeon et al. (2017)	Canada	Coûts indirects nets*	Manque à gagner des personnes atteintes d'un cancer en raison de changements dans l'emploi ou dans les revenus annuels.	Personnes âgées de 26 à 61 ans ayant survécu au moins trois ans après le diagnostic d'un cancer.	Phases de soins initiaux, de soins continus et de soins de la dernière année de vie.

\*Les coûts nets correspondent aux dépenses supplémentaires associées à un diagnostic de cancer. Ces coûts sont déterminés en associant des personnes atteintes d'un cancer (cas) à des patients non atteints d'un cancer (témoins) et en calculant la différence en matière de dépenses entre les deux groupes.

†Les coûts bruts englobent toutes les dépenses associées à un diagnostic de cancer, sans comparer ces dépenses à celles encourues par les patients non atteints de cancer.

## Coûts directs en termes de temps

Pour estimer les coûts directs nets en termes de temps propres à chaque phase de soins, le nombre moyen d'heures nettes passées à recevoir des soins a été multiplié par le salaire horaire médian au Canada pour 2021 (19,14 \$)<sup>(12)</sup>. Les heures nettes en termes de soins ont été calculées à partir d'une étude menée aux États-Unis<sup>(13)</sup>. L'étude a porté sur les personnes âgées de 65 ans ou plus chez qui un cancer colorectal a été diagnostiqué ainsi que sur celles qui ont accédé aux soins de santé pour des raisons autres que le cancer colorectal, classées en fonction de la phase de soins<sup>(13)</sup>. Dans cette étude, les heures nettes prennent en compte le temps associé aux déplacements pour se rendre aux soins et en revenir, à l'attente d'un rendez-vous, ainsi qu'au temps passé à recevoir des soins<sup>(13)</sup>. Nous avons supposé que les personnes atteintes d'un cancer aux États-Unis et au Canada auraient une moyenne semblable du nombre d'heures consacrées à chaque phase de soins. En moyenne, Yabroff et al. (2005) ont constaté que les personnes atteintes d'un cancer au cours de la phase de soins initiaux (12 premiers mois après le diagnostic) et de la phase de soins de la dernière année de vie (12 derniers mois de la vie) passaient respectivement 302 heures et 183 heures nettes. Dans la phase de soins continus, les personnes atteintes d'un cancer ont passé environ 20 heures nettes par an consacrées au traitement. Pour chaque phase de soins (à l'exclusion de la phase précédant l'établissement du diagnostic, où aucun coût en temps n'a été pris en compte), les mêmes coûts moyens en temps ont été appliqués comme données directes pour tous les types de cancer et pour les deux sexes dans l'outil OncoSim. Bien que ces heures soient basées sur un diagnostic de cancer colorectal et des données plus anciennes datant de 2005, nous reconnaissons que la transférabilité de ces

estimations à d'autres types de cancer ainsi qu'aux pratiques de soins actuelles peut être limitée. Toutefois, en raison du manque de données plus récentes et plus précises, ces estimations restent les meilleures données disponibles pour nos calculs et doivent donc être estimées comme une limite.

### *Coûts indirects*

Les coûts indirects nets par phase de soins ont été estimés à partir de Jeon et al. (2017), où ils ont été définis comme le manque à gagner des personnes atteintes de cancer en raison de changements dans l'emploi ou les revenus annuels (p. ex., perte d'emploi ou réduction du nombre d'heures travaillées)<sup>(14)</sup>. À l'aide de données couplées provenant du Registre canadien du cancer, du Registre de l'état civil et des registres de l'impôt sur le revenu, nous avons été en mesure de calculer les coûts indirects nets pour les personnes atteintes d'un cancer et âgées de 25 à 61 ans qui ont survécu au moins trois ans après leur diagnostic<sup>(14)</sup>. Les différences de revenu global reflètent probablement les différences en termes de chômage, d'absentéisme et, dans une certaine mesure, de présentéisme. Il convient de noter que Jeon et al. (2017) ont utilisé l'approche du capital humain (c'est-à-dire l'évaluation des coûts de la perte de revenus du point de vue de la personne) pour estimer les coûts indirects.

L'étude a également rapporté les coûts indirects en fonction du temps écoulé depuis le diagnostic, ce qui permet aussi d'estimer les coûts par phase de soins. Dans le modèle « OncoSim-Tous les cancers », pour les intrants de la phase de soins initiaux, les coûts indirects ont été dérivés de la catégorie première année après le diagnostic, tandis que les estimations pour la phase de soins continus ont été une moyenne des coûts indirects pour les deuxième et troisième années après le diagnostic. Pour la dernière année de vie, les

intrants du modèle ont utilisé les mêmes estimations de coûts indirects que pour la phase de soins initiaux, car il n'existe pas d'études de grande qualité sur les coûts indirects associés à la dernière année de vie. Cette décision a été guidée par le fait qu'au cours de la dernière année de vie, les personnes atteintes d'un cancer reçoivent généralement des soins de fin de vie, des soins palliatifs ou encore les deux, ce qui rend peu probable leur participation active à l'emploi. Par conséquent, il est raisonnable de supposer que les phases de soins initiaux et de dernière année de vie présenteraient des périodes comparables d'absence du marché du travail<sup>(15,16)</sup>. En utilisant un ratio de survie relative à cinq ans pour 26 types de cancer, Jeon et al. (2017) ont également rapporté les coûts indirects en fonction de la survie du cancer (catégorisée en survie élevée, moyenne et faible). Dans le modèle « OncoSim-Tous les cancers », nous avons attribué à chaque type de cancer ses coûts indirects respectifs en fonction de sa catégorisation en tant que cancer à survie élevée, moyenne ou faible. Les mêmes coûts ont été appliqués aux deux sexes dans le modèle « OncoSim-Tous les cancers ».

## Calculs et hypothèses supplémentaires

Dans le modèle « OncoSim-Tous les cancers », toutes les estimations et projections de coûts ont été converties en dollars canadiens de 2024 en utilisant l'indice des prix à la consommation (IPC) pour la santé et les soins personnels, ainsi que pour tous les articles<sup>(17)</sup>.

Le modèle « OncoSim-Tous les cancers » est conçu pour prévoir les coûts relatifs au cancer tout au long de la vie d'une personne. Même lorsqu'une personne est en rémission ou a repris le travail (coûts indirects), le modèle continue toujours d'estimer les coûts pendant cette période. Afin d'éviter de surestimer les coûts des soins continus, nous avons formulé quelques hypothèses clés. Tout d'abord, nous avons supposé que les personnes atteintes d'un cancer recevraient des soins médicaux supplémentaires (c'est-à-dire des coûts pour les systèmes de santé) relatifs au cancer pendant un maximum de 10 ans dans la phase de soins continus, qui est basée sur l'observation la plus longue de l'étude source<sup>(7,8)</sup>. Cette même durée maximale de 10 ans a également été utilisée pour les coûts payés de sa poche et les coûts relatifs au temps dans la phase de soins continus. Pour les coûts indirects inhérents à la phase de soins continus, un maximum d'un an a été appliqué. Cette hypothèse se fonde sur des études antérieures indiquant que 60 % des personnes reprennent éventuellement le travail dans un délai d'un à deux ans après un diagnostic de cancer<sup>(18,19)</sup>. Par conséquent, après un an dans la phase de soins continus, la personne moyenne atteinte d'un cancer ne subirait aucun coût indirect parce qu'elle serait probablement retournée au travail à ce moment-là. En utilisant cette hypothèse dans le modèle, les personnes atteintes d'un cancer subiront des coûts indirects pendant un maximum de trois ans au cours de

leur vie, dont un an pendant la phase de soins initiaux, un an pendant la phase de soins continus et un an pendant la phase de soins de la dernière année de vie. Enfin, les coûts indirects n'ont été pris en compte que pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer avant l'âge de 64,9 ans, ce qui correspond à l'âge médian de la retraite au Canada en 2023<sup>(20)</sup>. Nous avons pris cette décision parce que la personne moyenne âgée de plus de 65 ans ne travaille pas et ne subit donc pas de coûts indirects pendant cette période.

## Analyse de sensibilité

Des analyses de sensibilité ont été réalisées afin d'évaluer certaines hypothèses (tableau A5).

**TABLEAU A5** Résumé des analyses de sensibilité

Hypothèse	Cas de base	Analyse de sensibilité
Nombre maximal d'années pendant lesquelles les systèmes de santé, les coûts payés de sa poche et en termes de temps sont pris en charge.	12 ans	5 à 17 ans
Nombre maximal d'années d'interruption de travail pour cause de cancer.	3 ans	2 et 5 ans
Âge limite pour la prise en charge des coûts indirects (pertes de revenus).	65 ans	60 et 70 ans
Taux d'inflation annuel	2,7 %	3 % et 5 %
Croissance démographique	Moyenne	Faible et élevé (hypothèses de la croissance démographique de Statistique Canada <sup>(21)</sup> ).

L'analyse de sensibilité indique que le coût sociétal total du cancer en 2024 varie de 29,7 milliards de dollars à 41 milliards de dollars, le scénario de référence étant fixé à 37,7 milliards de dollars dans le cadre du corps du rapport. Les coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants pourraient varier de 7,0 à 8,2 milliards de dollars, le scénario de référence indiquant que ces coûts s'élèveraient à 7,5 milliards de dollars en 2024. De manière générale, le coût sociétal du cancer devrait augmenter au cours des dix prochaines années. Il peut augmenter de 20 % seulement ou encore de 24 %, selon les hypothèses retenues. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au [tableau A6 ci-dessous](#).

## Mobilisation des partenaires communautaires

Consciente de l'importance d'inclure les points de vue des personnes atteintes du cancer, en particulier en ce qui concerne le sujet actuel des répercussions économiques du cancer, la Société canadienne du cancer a fait appel à trois personnes atteintes du cancer (appelées nos partenaires communautaires) pour l'aider à rédiger le rapport. Les patients partenaires ont examiné une version préliminaire du présent rapport et ont formulé des observations écrites portant sur la lisibilité et l'accessibilité du rapport, la pertinence des citations et des points de vue présentés dans le rapport, la clarté des chiffres et des infographies, ainsi que sur les lacunes éventuelles non comblées. Les patients partenaires ont été rémunérés pour leur temps

conformément aux [Politiques et procédures concernant la rémunération des partenaires patients de la Société canadienne du cancer](#).

## Évaluation par les pairs

Le processus d'évaluation par les pairs a été supervisé par le Groupe de travail sur les répercussions économiques du cancer au Canada du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer (le Groupe de travail). Le Groupe de travail a recruté deux examinateurs externes en fonction de leur expertise dans les domaines clinique et épidémiologique. Une version préliminaire complète du présent rapport (comprenant le texte, les tableaux, les figures et la description des sources de données et de la méthodologie) a été transmise aux personnes ayant accepté de participer à l'évaluation. Ayant

disposé de deux semaines pour examiner le document, les examinateurs externes ont ensuite fait parvenir leurs commentaires par écrit au Groupe de travail. Le Groupe de travail a pris connaissance des commentaires, en a discuté en groupe, puis a convenu des changements à apporter d'après les commentaires reçus.

**TABLEAU A6** Résumé des résultats des analyses de sensibilité

Scénario	Coût total du cancer (sociétal) en 2024	Coûts pour les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants	Proportion des coûts subis par les personnes atteintes d'un cancer et les proches aidants	Augmentation du coût sociétal au cours des 10 prochaines années (2024 à 2034)
Scénario de base*	37,7 milliards de dollars	7,5 milliards de dollars	1/5	23 %
Âge limite pour la prise en charge des coûts indirects (pertes de revenus) : 70 ans.	38,3 milliards de dollars	8,2 milliards de dollars	1/5	22 %
Âge limite pour la prise en charge des coûts indirects (pertes de revenus) : 60 ans.	37,2 milliards de dollars	7,0 milliards de dollars	1/5	23 %
Nombre maximal d'années d'interruption de travail pour cause de cancer : 5 ans.	38,3 milliards de dollars	8,2 milliards de dollars	1/5	22 %
Nombre maximal d'années d'interruption de travail pour cause de cancer : 2 ans.	37,3 milliards de dollars	7,1 milliards de dollars	1/5	23 %
Nombre maximal d'années pendant lesquelles les systèmes de santé, les dépenses payées de sa poche et relatives au temps sont pris en charge : 17 ans.	41,0 milliards de dollars	7,8 milliards de dollars	1/5	24 %
Nombre maximal d'années pendant lesquelles les systèmes de santé, les dépenses payées de sa poche et relatives au temps sont pris en charge : 5 ans.	29,7 milliards de dollars	7,0 milliards de dollars	1/4	20 %
Taux d'inflation annuel : 5 %.	39,5 milliards de dollars	7,9 milliards de dollars	1/5	23 %
Taux d'inflation annuel : 3 %.	38,8 milliards de dollars	7,7 milliards de dollars	1/5	23 %
Croissance démographique : élevée.	37,7 milliards de dollars	7,5 milliards de dollars	1/5	24 %
Croissance démographique : faible.	37,6 milliards de dollars	7,5 milliards de dollars	1/5	22 %

\*Hypothèses du scénario de base : la limite d'âge pour les coûts indirects (pertes de revenus) est de 65 ans; le nombre maximum d'années d'arrêt de travail pour cause de cancer est de 3 ans; le nombre maximum d'années de coûts pour les systèmes de santé, de coûts à payer de sa poche et de coûts en termes de temps est de 12 ans; le taux d'inflation annuel est de 2,7 %; la croissance démographique est moyenne (M3)<sup>(22)</sup>.

# Références



1. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin D, et al. (dir.). Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition, première révision. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé. 2013.
2. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, neuvième révision. Volumes 1 et 2, Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé. 1977.
3. Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. Volumes 1 à 3. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé. 1992.
4. Statistique Canada. Registre canadien du cancer [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2021. En ligne : [https://www23.statcan.gc.ca/fmdb/p25V\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207](https://www23.statcan.gc.ca/fmdb/p25V_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207) (consulté en juillet 2024).
5. Ellison LF, Gibbons L. Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. Rapports sur la santé. 2006; 17(2):19-30.
6. Berthelot JM, Le Petit C, Flanagan W. Use of longitudinal data in health policy simulation models 1997 : Dans American Statistical Association Proceedings, California. 1997; 120-129.
7. de Oliveira C, Pataky R, Bremner KE, Rangrej J, Chan KK, Cheung WY, Rangrej J, Chan KK, Cheung WY et al. Phase-specific and lifetime costs of cancer care in Ontario, Canada. BMC Cancer. 2016;16(1):809.
8. Garaszczuk R, Yong JHE, Sun Z, de Oliveira C. The Economic Burden of Cancer in Canada from a Societal Perspective. Curr Oncol. 2022;29(4):2735-48.
9. Longo CJ, Fitch MI, Loree JM, Carlson LE, Turner D, Cheung WY, et al. Patient and family financial burden associated with cancer treatment in Canada: a national study. Support Care Cancer. 2021.
10. de Oliveira C, Bremner KE, Ni A, Alibhai SM, Laporte A, Krahn MD. Patient time and out-of-pocket costs for long-term prostate cancer survivors in Ontario, Canada. J Cancer Surviv. 2014;8(1):9-20.
11. Dumont S, Jacobs P, Turcotte V, Turcotte S, Johnston G. Palliative care costs in Canada: A descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. Palliat Med. 2015;29(10):908-17.
12. Statistique Canada. Tableau 14-10-0134-01. Salaire hebdomadaire moyen, taux de salaire horaire et heures habituelles hebdomadaires moyennes selon la situation syndicale, données annuelles [Internet]. En ligne : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410013401&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410013401&request_locale=fr) (consulté en février 2024).
13. Yabroff KR, Warren JL, Knopf K, Davis WW, Brown ML. Estimating patient time costs associated with colorectal cancer care. Med Care. 2005;43(7):640-8.
14. Jeon SH. The long-term effects of cancer on employment and earnings. Health Econ. 2017;26(5):671-84.
15. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Smith TJ. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. J Oncol Pract. 2017;13(2):119-21.
16. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010; 363(8):733-42.
17. Jung Y, Longo C, Tompa E. Longitudinal Assessment of Labor Market Earnings Among Patients Diagnosed With Cancer in Canada. JAMA Netw Open. 2022;5(12):e2245717.
18. Statistique Canada. Tableau 18-10-0004-13. Indice des prix à la consommation selon le groupe de produits, données mensuelles, variation en pourcentage, non désaisonnalisées, Canada, provinces, Whitehorse, Yellowknife et Iqaluit. En ligne : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810000413&pickMembers%5B0%5D=1.2&cubeTimeFrame.startMonth=10&cubeTimeFrame.startYear=2021&referencePeriods=20211001%2C20211001&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810000413&pickMembers%5B0%5D=1.2&cubeTimeFrame.startMonth=10&cubeTimeFrame.startYear=2021&referencePeriods=20211001%2C20211001&request_locale=fr) (consulté en février 2024).
19. Bradley CJ, Neumark D, Luo Z, Bednarek H, Schenk M. Employment outcomes of men treated for prostate cancer. J Natl Cancer Inst. 2005;97(13):958-65.
20. Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LL, Sprangers MAG, Verbeek JH. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: A pilot study. J Occup Rehabil. 2006;16(4):647-57.
21. Statistique Canada. Tableau 14-10-0060-01. Âge de la retraite selon la catégorie de travailleur, données annuelles [Internet]. En ligne : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410006001&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410006001&request_locale=fr) (consulté en février 2024).
22. Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada (2021 à 2068), les provinces et les territoires (2021 à 2043). (Catalogue n° 91-520-X) [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2021. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2022001-fra.htm> (consulté en juillet 2024).
23. Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires : tableau de bord interactif [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2022015-fra.htm> (consulté en juin 2024).

# Index des tableaux et des figures



## Figure

<b>1</b>	Répercussions économiques projetées du cancer d'un point de vue sociétal, y compris les coûts directs pour les systèmes de santé, les coûts payés de sa poche, les coûts directs en termes de temps et les coûts indirects, Canada, 2024	15
<b>2</b>	Coûts directs projetés pour les systèmes de santé par type de cancer, Canada, 2024	20
<b>3</b>	Coûts directs projetés pour les systèmes de santé relatifs au cancer par patient au cours de sa vie, par type de cancer, Canada	21
<b>4</b>	Coûts pour la population des personnes atteintes de cancer et des proches aidants (coûts payés de sa poche, coûts directs en termes de temps et coûts indirects), par type de cancer, Canada, 2024	22
<b>5</b>	Coûts directs projetés pour les systèmes de santé par phase de soins du cancer, Canada, 2024	26
<b>6</b>	Coûts projetés pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants, par phase de soins du cancer, Canada, 2024	26
<b>7</b>	Ventes de médicaments brevetés contre le cancer au Canada, de 2013 à 2022	27
<b>8</b>	Coûts directs projetés pour les systèmes de santé, Canada, 2024-2034	30
<b>9</b>	Répercussions économiques projetées pour les personnes atteintes de cancer et les proches aidants (coûts payés de sa poche, coûts directs en temps et coûts indirects), Canada, 2024-2034	31
<b>10</b>	Répercussions économiques projetées d'un point de vue sociétal, y compris les coûts directs pour les systèmes de santé, les coûts payés de sa poche, les coûts directs en temps et les coûts indirects, par type de cancer, Canada, 2024 et 2034	32
<b>11</b>	Coûts directs projetés pour les systèmes de santé par phase de soins du cancer, Canada, 2024-2034	33

## Infographies

<b>A</b>	Répartition des coûts sociétaux contribuant aux répercussions économiques du cancer	9
<b>B</b>	Exemples de coûts directs pour les systèmes de santé	11
<b>C</b>	Exemples de dépenses payées de sa poche relatives aux soins médicaux et non médicaux pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches aidants	11
<b>D</b>	Phases de soins	24

## Tableaux

<b>A1</b>	Types de cancer et codes de la CIM-O-3, de la CIM-9 et de la CIM-10 correspondants dans le modèle « OncoSim-Tous les cancers »	42
<b>A2</b>	Sources de données utilisées pour élaborer le modèle « OncoSim-Tous les cancers »	43
<b>A3</b>	Variables incluses dans les équations d'incidence du cancer	45
<b>A4</b>	Résumé des coûts utilisés dans l'outil OncoSim	49
<b>A5</b>	Résumé des analyses de sensibilité	51
<b>A6</b>	Résumé des résultats des analyses de sensibilité	52

# Communiquez avec nous



## Collaborateurs

### Société canadienne du cancer

Pour obtenir des renseignements généraux sur le cancer (comme la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou les soins), communiquez avec la ligne d'aide et d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer au 1-888-939-3333 ou visitez le site Web [cancer.ca](http://cancer.ca). Pour toute question concernant cette publication, envoyez un courriel à : [stats@cancer.ca](mailto:stats@cancer.ca).

### Agence de la santé publique du Canada

Pour en savoir plus sur les maladies chroniques, y compris le cancer, leurs déterminants et leurs facteurs de risque et de protection au Canada, veuillez consulter le site Web <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html> (sélectionner « Maladies chroniques ») ou envoyer un courriel à : [phac.chronic.publications-chronique.aspc@canada.ca](mailto:phac.chronic.publications-chronique.aspc@canada.ca).

### Statistique Canada

Des renseignements plus détaillés sur le [Registre canadien du cancer](#) sont disponibles auprès du Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada, ligne de renseignements nationaux (1-800-263-1136) ou auprès du service à la clientèle du Centre des données sur la santé de la population ([statcanhd-dsstatcan@canada.ca](mailto:statcanhd-dsstatcan@canada.ca) ou 613-951-1746).

### Conseil canadien des registres du cancer

Les données sur l'incidence du cancer sont transmises à Statistique Canada, qui les consignent dans le Registre canadien du cancer (RCC). Le RCC est régi par le Conseil canadien des registres du cancer (CCRC), une collaboration entre les 13 registres provinciaux et territoriaux du cancer et le Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada. Des renseignements sur le Registre canadien du cancer (RCC) et le Conseil canadien des registres du cancer (CCRC) se trouvent sur le site Web du [Registre canadien du cancer](#) de Statistique Canada. Des renseignements détaillés concernant les statistiques de chaque province ou territoire sont disponibles auprès du registre concerné :

[Terre-Neuve-et-Labrador](#)

[Île-du-Prince-Édouard](#)

[Nouvelle-Écosse](#)

[Nouveau-Brunswick](#)

[Québec](#)

[Ontario](#)

[Manitoba](#)

[Saskatchewan](#)

[Alberta](#)

[Colombie-Britannique](#)

[Nunavut](#)

[Territoires du Nord-Ouest](#)

[Yukon](#)

[Statistique Canada](#)

### Conseil de la statistique de l'état civil du Canada

Les données sur la mortalité sont fournies à Statistique Canada par les registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil pour former la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil (BCDECD). Le système canadien de statistiques de l'état civil est régi par le Conseil de la statistique de l'état civil du Canada (CSECC) depuis 1945. Le CSECC est une collaboration entre les 13 registraires provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil et le gouvernement fédéral représenté par le Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada. Des renseignements détaillés sur le CSECC et la BCDECD se trouvent sur le site [Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès \(BCDECD\)](#).

## Collaborateurs

### Partenariat canadien contre le cancer

Des renseignements plus détaillés portant sur la méthodologie utilisée dans le cadre de ce rapport et l'outil [OncoSim](#) sont disponibles auprès du [Partenariat canadien contre le cancer](#). L'outil OncoSim est dirigé et soutenu par le Partenariat canadien contre le cancer, le développement du modèle étant assuré par la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada ([had-das@statcan.gc.ca](mailto:had-das@statcan.gc.ca)). OncoSim est rendu possible grâce au financement de Santé Canada.

## Des questions sur le cancer?

Si vous souhaitez en savoir plus sur le cancer, appelez la ligne d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

**1 888 939-3333** du lundi au vendredi

**cancer.ca**



Société  
canadienne  
du cancer