

20 octobre 2020



ESTIMATION DES COÛTS DU PROJET DE LOI C-7 (AIDE MÉDICALE À MOURIR)



BUREAU DU DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET
OFFICE OF THE PARLIAMENTARY BUDGET OFFICER

Le directeur parlementaire du budget (DPB) appuie le Parlement en fournissant des analyses économiques et financières dans le but d'améliorer la qualité des débats parlementaires et de promouvoir davantage de transparence et une plus grande responsabilité en matière budgétaire.

Le présent rapport donne suite à la demande d'un sénateur d'estimer les coûts financiers découlant du projet de loi C-7, qui vise à étendre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir.

Analyste principal :

Govindadeva Bernier, conseiller-analyste financier

Collaboratrices :

Salma Mohamed Ahmed, assistante de recherche

Carleigh Busby, conseillère-analyste financière

Ce rapport a été préparé sous la supervision de :

Sloane Mask, directrice, Relations parlementaires et planification, et directrice financière adjointe

Nancy Beauchamp, Carol Faucher, Jocelyne Scrim et Rémy Vanherweghem ont contribué à la préparation du rapport pour publication.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez nous écrire à dpb-pbo@parl.gc.ca.

Yves Giroux

Directeur parlementaire du budget

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	3
2. Méthodologie	4
3. Résultats	12
Annexe A : Coûts moyens des soins de fin de vie	15
Notes	16

Résumé

Le projet de loi C-7 vise à étendre l'accès à l'aide médicale à mourir (AMM) aux personnes dont la mort n'est pas prévue à relativement court terme. Préparé à la demande d'un sénateur, ce rapport fournit une estimation indépendante des coûts découlant du projet de loi C-7 pour 2021 en présentant une ventilation entre les coûts qui résultent de la loi actuelle (C-14) et les coûts supplémentaires qu'entraînerait l'élargissement proposé de l'admissibilité à l'AMM (projet de loi C-7).

Il convient de rappeler qu'alors que le *Code criminel* relève de la compétence du Parlement fédéral, la prestation des soins de santé est du ressort des provinces. De ce fait, ce sont les gouvernements provinciaux qui assument la plus grande partie du fardeau financier que représente l'administration de l'AMM.

Le tableau résumé 1 illustre l'incidence financière nette de l'administration de l'AMM en 2021, selon ce qui est prévu dans la loi en vigueur actuellement (C-14), laquelle sert de base à l'estimation des coûts. La réduction brute prévue des dépenses de santé se chiffre à 109,2 millions de dollars, tandis que le coût de l'administration de l'AMM est estimé à 22,3 millions de dollars. La différence entre les deux représente donc une réduction nette des dépenses pour les gouvernements provinciaux de l'ordre de 86,9 millions de dollars.

Tableau résumé 1

Incidence financière nette, en 2021, de l'administration de l'AMM selon la loi actuelle (C-14)

Nombre de décès attribuables à l'AMM	6 465
Réduction brute des dépenses de santé (Millions de \$)	
Coût moyen des soins de fin de vie	182,1
Ajustement pour soins palliatifs	-72,8
Réduction totale brute des dépenses de santé	109,2
Coûts de l'administration de l'AMM	
Facturation des médecins	8,9
Médicaments	8,6
Organismes de surveillance	4,9
Coûts totaux de l'administration de l'AMM	22,3
Réduction nette des dépenses de santé avec la loi actuelle (C-14)	86,9

Le tableau résumé 2 montre l'incidence financière supplémentaire qu'aurait l'élargissement de l'AMM proposé dans le projet de loi C-7. On estime à 66,5 millions de dollars la réduction brute des dépenses de santé. Comme on peut l'observer, même si le nombre de personnes en plus qui recevraient l'AMM est inférieur de 82 % au nombre de décès attribuables à l'AMM avec la loi actuelle (C-14), la réduction brute des coûts n'est inférieure que de 24 %, car les personnes nouvellement admissibles à l'AMM en vertu du projet de loi C-7 pourraient demander l'AMM plus tôt. Comme le coût de l'administration de l'AMM est évalué à 4,4 millions de dollars, la réduction nette des dépenses de santé pour les gouvernements provinciaux devrait s'élever à 62,0 millions de dollars.

Tableau résumé 2

Incidence financière nette supplémentaire, en 2021, de l'élargissement de l'admissibilité à l'AMM proposé dans le projet de loi C-7

Nombre de décès supplémentaires attribuables à l'AMM	1 164
Incidence financière supplémentaire	(Millions de \$)
Réduction brute des dépenses de santé	66,5
Moins : Coûts résultant de l'administration de l'AMM	-4,4
Sous-total – Réduction nette supplémentaire des dépenses de santé avec le projet de loi C-7	62,0
Réduction nette totale des dépenses de santé (C-14 [base de référence] + C-7 [différentiel])	149,0
Réduction nette totale des dépenses de santé en pourcentage des budgets de santé	0,08 %

Le tableau résumé 2 indique également que la réduction nette totale des coûts selon la loi actuelle plus les économies supplémentaires résultant du projet de loi C-7 totalisera 149,0 millions de dollars. Même si ce chiffre peut sembler élevé, il ne représente que 0,08 % de l'ensemble des budgets de santé des provinces pour 2021¹.

L'élargissement de l'AMM entraînera une réduction nette des dépenses de santé pour les gouvernements provinciaux. Cependant, cette réduction ne représente qu'une part négligeable des budgets que consacrent les provinces à la santé. Pour mieux évaluer l'incidence financière de l'administration de l'AMM, il faudrait disposer de données supplémentaires sur les personnes demandant l'AMM. Par exemple, seul le Québec compile des données sur l'espérance de vie jusqu'à ce que survienne la mort naturelle, pourtant c'est un facteur important à prendre en compte pour déterminer dans quelle mesure l'AMM a une incidence sur les soins de fin de vie.

1. Introduction

Le projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) a reçu la sanction royale en juin 2016. Cette mesure législative, qui a été présentée par le gouvernement en réponse à l'arrêt *Carter*², a permis de lever l'interdiction de fournir l'aide médicale à mourir (AMM) sous certaines conditions strictes.

En septembre 2019, dans l'affaire Jean Truchon et Nicole Gladu contre le procureur général du Canada et la procureure générale du Québec, la Cour supérieure du Québec a tranché en faveur des demandeurs au motif que les exigences de la loi fédérale, selon lesquelles la mort naturelle doit être « raisonnablement prévisible », et de la loi québécoise, voulant qu'une personne soit en « fin de vie » pour pouvoir demander l'aide médicale à mourir, contrevenaient à la *Charte canadienne des droits et libertés*³. Les deux ordres de gouvernement ont décidé de ne pas contester cette décision et, en guise de réponse, le gouvernement fédéral a présenté, en février 2020, le projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)⁴.

Le projet de loi C-7 a pour objet d'étendre l'accès à l'AMM aux personnes dont la mort n'est pas prévue à relativement court terme. Il précise également que l'AMM n'est pas permise lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. Enfin, il donne la possibilité aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible de renoncer au consentement final juste avant de recevoir l'AMM lorsqu'il y a un risque que ces personnes perdent leur capacité à consentir à recevoir l'AMM⁵.

Ce rapport fournit une estimation indépendante des coûts résultant du projet de loi C-7 pour 2021 en présentant une ventilation entre les coûts qui résultent de la loi actuelle (C-14) et les coûts supplémentaires qu'entraînerait l'élargissement proposé de l'admissibilité à l'AMM (projet de loi C-7). Comme le *Code criminel* relève de la compétence du Parlement fédéral et que la prestation des soins de santé est du ressort des provinces, ce sont les gouvernements provinciaux qui assument la plus grande partie du fardeau financier que représente l'administration de l'AMM.

De nombreuses études révèlent que les coûts des soins pendant la dernière année de vie (spécialement le dernier mois) sont hors de proportion : ils représentent entre 10 et 20 % du total des coûts en santé, alors que les personnes qui reçoivent ces soins ne forment qu'environ 1 % de la population⁶. Néanmoins, ce rapport ne suggère en aucun cas que l'AMM soit utilisée afin de réduire les coûts en santé.

2. Méthodologie

Coûts selon la loi actuelle (C-14)

Pour estimer les coûts découlant de la loi actuelle (C-14), le DPB a suivi la même méthodologie que celle employée par Trachtenberg et Manns (2017)⁷. Quand l'arrêt *Carter* a été rendu, ces derniers ont fait une estimation des coûts et des économies possibles résultant de l'administration de l'AMM au Canada, en se fondant sur les données de pays (essentiellement la Belgique et les Pays-Bas) où l'AMM est déjà légale.

Réduction brute des dépenses de santé

Coûts des soins de fin de vie

Trachtenberg et Manns ont présenté quatre scénarios dans lesquels les décès attribuables à l'AMM représentaient respectivement 1, 2, 3 et 4 % de tous les décès. Ils sont partis de l'hypothèse que 55 % des personnes ayant reçu l'AMM étaient des hommes, 30 % avaient entre 18 et 59 ans, 50 %, entre 60 et 79 ans, 20 %, 80 ans et plus, et 80 % avaient un cancer. Enfin, 40 % de ces personnes ont raccourci leur vie d'une semaine, et 60 %, d'un mois.

Depuis la parution de l'étude de Trachtenberg et Manns, on a commencé à recueillir des données sur les personnes ayant demandé l'AMM au Canada⁸. En se basant sur ces données, le DPB a actualisé les hypothèses utilisées par Trachtenberg et Manns pour faire une estimation des coûts projetés en 2021. Il s'est plus précisément fondé sur les hypothèses suivantes concernant les personnes susceptibles de recevoir l'AMM en 2021 :

- les décès attribuables à l'AMM représenteront 2,2 % de tous les décès;
- 51 % des personnes seront des hommes;
- 13 % auront entre 18 et 59 ans, 50 %, entre 60 et 79 ans, et 37 %, 80 ans et plus;
- le cancer sera la condition médicale sous-jacente dans 66 % des cas;
- la vie des personnes sera raccourcie de deux semaines dans 14 % des cas, d'un mois dans 25 % des cas, de trois mois dans 45 % des cas, de six mois dans 13 % des cas et d'un an dans 3 % des cas⁹.

Chacune de ces combinaisons de sexe, d'âge, de condition médicale sous-jacente et d'espérance de vie donne au total 60 sous-groupes de personnes. Le DPB a obtenu les mêmes données sur le coût moyen des soins de fin de vie que celles utilisées par Trachtenberg et Manns dans leur étude, données qui proviennent d'une autre étude publiée précédemment par

Tanuseputro et coll. (2015)¹⁰. Comme ces coûts ont tous été exprimés en dollars de 2013, le DPB les a convertis en dollars de 2021 en utilisant la composante « soins de santé » de l'indice des prix à la consommation (IPC)¹¹.

Le coût moyen des soins de fin de vie pour chacun de ces sous-groupes a ensuite été multiplié par le nombre correspondant de bénéficiaires de l'AMM dans chaque groupe pour obtenir la réduction brute totale des coûts des soins résultant de l'administration de l'AMM. Le nombre de bénéficiaires dans chaque groupe a été obtenu en estimant d'abord que 2,2 % du nombre total de décès prévus en 2021 selon le scénario de croissance démographique moyenne de Statistique Canada serait attribuable à l'AMM. Le nombre total de décès résultant de l'AMM (6 465) a ensuite été multiplié par le pourcentage de personnes pour chaque sous-groupe sur la base des hypothèses présentées ci-dessus. Le tableau A-1 de l'annexe fait une ventilation du nombre de personnes dans chaque sous-groupe et du coût moyen correspondant des soins de fin de vie.

Soins palliatifs

Comme l'indiquent Trachtenberg et Manns dans leur étude, les coûts des soins de fin de vie pris pour estimer la réduction brute des coûts en santé correspondent à la moyenne des coûts des soins dispensés aux personnes décédées dans chaque sous-groupe, qui représentent les coûts découlant des divers scénarios et souhaits des personnes. Il est raisonnable de penser que les personnes demandant l'AMM pourraient choisir une approche moins agressive, comme des soins palliatifs. D'ailleurs, les statistiques du Québec montrent que 80 % des personnes ayant demandé l'AMM recevaient déjà des soins palliatifs, et les statistiques du Canada pour 2019 révèlent que 82 % des personnes à qui on a administré l'AMM avaient reçu des soins palliatifs au cours des semaines précédentes.

Trachtenberg et Manns citent une étude dans laquelle on avait passé en revue la littérature et constaté que les soins palliatifs permettaient de réduire les coûts des soins en fin de vie de 40 à 70 % par rapport aux coûts des soins standards¹². Comme les données sur le coût moyen des soins de fin de vie portent également sur les personnes ayant reçu des soins palliatifs, le DPB a appliqué un ajustement pour diminuer de 50 % la réduction brute estimée des coûts (ce qui est plus près de la limite inférieure des études) pour 80 % des personnes qui pourraient demander l'AMM en 2021.

Coûts résultant de l'administration de l'AMM

Les coûts résultant de l'administration de l'AMM se composent de trois éléments distincts. Le premier est le temps facturé par les médecins pour faire la première évaluation puis la deuxième (évaluations qui doivent être faites par deux médecins différents), pour administrer l'AMM et pour remplir les papiers requis (formulaire et documents, certificat de décès, etc.). Le deuxième est le coût des médicaments utilisés pour provoquer la mort. Le

troisième et dernier élément, est le coût de la surveillance puisque certaines provinces, comme le Québec et l'Alberta, se sont dotées d'organismes de surveillance qui veillent à ce que l'AMM soit administrée conformément aux règles. Le tableau 2-1 fournit une ventilation de ces coûts pour un cas ayant reçu l'AMM et un cas ayant été évalué (mais qui n'a pas reçu l'AMM).

Facturation des médecins

Pour faire une estimation de la facturation des médecins, le DPB s'est basé sur les codes propres à l'AMM que peuvent appliquer les médecins en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec, et il a utilisé la moyenne du montant correspondant¹³. Il y a des provinces où le temps qu'un médecin peut facturer au titre de certains de ces codes est plafonné. Le DPB est parti de l'hypothèse selon laquelle les médecins factureraient le montant maximum autorisé dans les circonstances.

Ainsi, il a supposé que pour chaque cas où l'AMM a été administrée, il a fallu 135 minutes pour faire la première évaluation et 105 minutes pour la deuxième (faite par un médecin différent); à cela s'ajoutent le coût de l'administration de l'AMM (qui est fixe en Colombie-Britannique) et 120 minutes de facturation après le décès (pour remplir les formulaires d'usage et produire le certificat de décès).

Les données pour le Canada indiquent qu'une personne sur deux ayant demandé l'AMM ne l'a pas reçue (soit parce qu'elle est revenue sur sa décision, soit parce qu'elle n'y était pas admissible, soit encore parce qu'elle est décédée avant de pouvoir la recevoir). Le DPB a donc estimé que le coût pour un cas qui n'a pas reçu l'AMM correspondait à 135 minutes de facturation d'un médecin pour la première évaluation et à 105 minutes de facturation pour la deuxième évaluation.

Enfin, le DPB a multiplié le coût de la facturation des médecins pour un cas ayant reçu l'AMM par le nombre de décès prévus attribuables à l'AMM, et le coût pour un cas n'ayant pas reçu l'AMM par la moitié du nombre de décès prévus, afin d'obtenir le coût total de la facturation des médecins.

Coût des médicaments

On a obtenu le coût des médicaments requis pour administrer l'AMM pour la province de l'Ontario¹⁴. Il existe deux trousse de médicaments, une à bas prix et une à prix élevé. Le DPB a donc utilisé le prix moyen entre les deux et prévu une trousse de secours dans chaque cas. Il a ensuite multiplié ce coût par le nombre de décès prévus attribuables à l'AMM pour obtenir le coût total des médicaments.

Tableau 2-1 Coûts de l'administration de l'AMM

Coût pour un cas ayant reçu l'AMM	(\$)
Évaluation par un premier médecin	412,80
Évaluation par un deuxième médecin	321,07
Administration de l'AMM	269,45
Coût des médicaments	662,00
Trousse de secours	662,00
Coût total	2 327,32
Coût pour un cas ayant seulement été évalué	
Évaluation par un premier médecin	412,80
Évaluation par un deuxième médecin	321,07
Coût total	733,87

Sources : Les données sur la facturation des médecins proviennent des barèmes des honoraires de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Québec, et celles sur le coût des médicaments, du ministère de la Santé de l'Ontario.

Coûts relatifs aux organismes de surveillance

Pour terminer, au niveau des organismes de surveillance, la Commission sur les soins de fin de vie du Québec produit des rapports annuels dans lesquels elle publie ses états financiers. Le DPB a calculé le coût moyen par décès attribuable à l'AMM en divisant les dépenses totales de la Commission indiquées dans ses rapports de 2017, 2018 et 2019 par le nombre de décès résultant de l'AMM au Québec pendant la même période. Il a ensuite multiplié ce coût moyen (de 758 \$) par le nombre projeté de décès attribuables à l'AMM pour 2021.

Les coûts relatifs aux organismes de surveillance sont peut-être légèrement surestimés étant donné qu'il pourrait y avoir des économies d'échelle : une augmentation du nombre de personnes recevant l'AMM n'entraînerait pas nécessairement une augmentation de la taille des organismes de surveillance. Par ailleurs, la commission québécoise produit également des rapports sur les soins palliatifs. De ce fait, le coût moyen par décès attribuable à l'AMM calculé par le DPB inclut certains coûts qui ne concernent pas l'AMM. C'est ce qui explique pourquoi le DPB n'a pas ajusté le coût moyen pour tenir compte de l'inflation jusqu'en 2021.

Réduction nette des dépenses de santé

En soustrayant le coût de l'administration de l'AMM de la réduction brute des coûts, le DPB est parvenu à déterminer l'incidence financière nette de l'administration de l'AMM dans le cadre de la loi actuellement en vigueur (C-14).

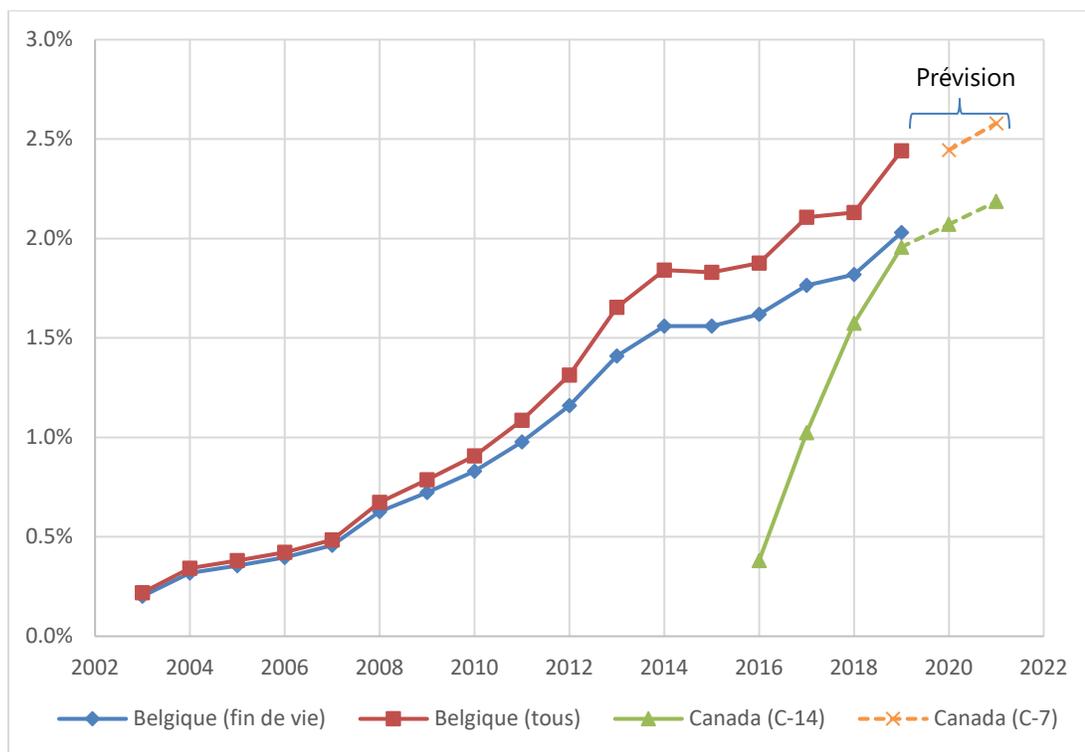
Incidence financière supplémentaire découlant du projet de loi C-7

Comme expliqué dans l'introduction, le projet de loi C-7 a pour but d'étendre l'admissibilité à l'AMM aux personnes dont la mort n'est pas prévisible à relativement court terme. Le DPB a examiné la situation dans des pays où l'aide médicale à mourir est déjà légale pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie, afin de prédire le nombre supplémentaire de demandes d'AMM qui pourrait résulter du projet de loi C-7, advenant son adoption.

En Europe, la Belgique et les Pays-Bas permettent depuis le début des années 2000¹⁵ l'euthanasie et le suicide assisté¹⁶ pour les personnes dont la fin de vie n'est pas proche. Les statistiques les plus récentes provenant de ces deux pays indiquent qu'en 2019, l'euthanasie et le suicide assisté ont représenté 2,4 et 4,2 % de tous les décès enregistrés en Belgique et aux Pays-Bas respectivement¹⁷.

La Belgique a fait une ventilation entre les décès attribuables à l'AMM de personnes en fin de vie et ceux de personnes qui ne sont pas en fin de vie. Comme l'illustre la figure 2-1, les décès dans ces deux catégories ont augmenté de façon constante depuis 2003. Depuis 2013, le nombre de bénéficiaires de l'AMM qui ne sont pas en fin de vie (la différence entre les deux lignes) s'est quelque peu stabilisé et représente chaque année entre 17 et 20 % du nombre de bénéficiaires de l'AMM en fin de vie (la moyenne est de 18 % pour cette période). Par conséquent, le DPB a supposé qu'en 2021, le nombre de décès attribuables à l'AMM, au Canada, de personnes dont la mort n'était pas prévisible équivaldrait à 18 % du nombre de décès attribuables à l'AMM selon le scénario prévu avec la loi actuelle. Cela donne 1 164 décès supplémentaires attribuables à l'AMM, ce qui représente 0,4 % de tous les décès prévus pour 2021.

Figure 2-1 Décès attribuables à l'AMM en Belgique et au Canada, en pourcentage de tous les décès



Sources : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie de Belgique, StatBEL, Santé Canada et calculs du Bureau du DPB.

Réduction brute des coûts des soins de fin de vie

Il est difficile de prédire, d'un point de vue démographique, qui pourrait demander l'AMM en vertu du projet de loi C-7, advenant son adoption. Il est encore plus difficile de déterminer le temps qu'il resterait à vivre à ces personnes. Pour estimer les coûts, le DPB est parti de l'hypothèse selon laquelle la vie de ces personnes serait raccourcie d'une année complète. Pour calculer le coût des soins de fin de vie de ces personnes, le DPB a pris le coût moyen des soins de fin de vie pour toutes les personnes n'ayant pas un cancer (hommes et femmes confondus, dans toutes les tranches d'âge). Ce coût moyen des soins pour la dernière année de vie a été multiplié par le nombre prévu de décès supplémentaires attribuables à l'AMM, afin de déterminer à combien s'élèverait la réduction brute des dépenses de santé. Cette réduction brute des dépenses est probablement sous-estimée, mais il est impossible de dire dans quelles proportions.

Coûts résultant de l'administration de l'AMM

Les coûts résultant de l'administration de l'AMM sont calculés de la même manière que selon le scénario de base avec C-14. La seule différence tient au

fait que le nombre de personnes, dont la demande a été évaluée, mais qui n'ont pas reçu l'AMM, est légèrement plus élevé. D'ailleurs, les données de la Belgique et des Pays-Bas indiquent qu'une personne sur deux qui en a fait la demande ne reçoit pas l'AMM. Par conséquent, pour chaque cas ayant reçu l'AMM, le DPB a inclus également les coûts d'évaluation d'un cas.

Limitations

Dépenses assumées par les personnes ou leurs proches

Dans ses estimations, le DPB n'a pris en considération que les coûts des soins pour les gouvernements provinciaux, et il n'a donc pas tenu compte des frais à la charge des personnes ou de leurs proches. Par exemple, les soins palliatifs sont généralement gratuits lorsqu'ils sont dispensés dans un hôpital ou un centre de soins palliatifs financé par le gouvernement, mais il peut y avoir des frais facturés aux personnes admises dans les foyers de soins infirmiers ou à celles qui souhaitent recevoir des soins palliatifs à domicile.

Pandémie de COVID-19

Ces résultats ne prennent pas en compte les effets potentiels de la pandémie de COVID-19. Il n'en demeure pas moins que la plupart des personnes décédées des suites de la COVID-19 souffraient déjà de problèmes de santé sous-jacents. Il est donc possible que des personnes qui auraient demandé l'AMM en 2021 soient déjà mortes à cause de la COVID-19. En conséquence, le nombre réel de personnes susceptibles de recevoir l'AMM en 2021 pourrait être plus faible qu'anticipé.

Cependant, une étude britannique récente prédit que le nombre de personnes décédées des suites d'un cancer augmentera à cause de la pandémie¹⁸. Les données de cette étude révèlent une réduction de 45 à 66 % du nombre d'admissions en chimiothérapie et une chute de 70 à 89 % des demandes urgentes de diagnostic rapide du cancer. Ces résultats peuvent être dus à une réduction des ressources (redirigées vers les soins aux personnes infectées par le virus) ou au fait que les gens décident de ne pas se faire soigner par crainte d'attraper la COVID-19. Dans les deux cas, cela peut avoir des conséquences sur la survie des personnes atteintes d'un cancer. Certaines personnes qui auraient survécu à un cancer pourraient souffrir de douleurs insupportables vers la fin de leur vie et se résoudre à demander l'AMM. C'est pourquoi il pourrait y avoir une augmentation du nombre de personnes demandant l'AMM en 2021.

Par ailleurs, le nombre de demandes d'AMM que prévoit le DPB est calculé en pourcentage du nombre de décès projetés en 2021 par Statistique Canada. Ces projections de décès ont été effectuées avant la pandémie et on ne peut dire avec précision pour l'instant si la pandémie aura eu une incidence réelle sur le nombre de décès en 2021, ni comment. Bref,

on ne sait pas encore si la pandémie aura eu un effet positif ou négatif sur le nombre projeté de personnes susceptibles de recevoir l'AMM en 2021.

Enfin, la réduction nette estimée des dépenses de santé en proportion des budgets de santé des provinces repose sur les données fournies dans les budgets provinciaux déposés avant le début de la pandémie. Il est possible qu'en réponse à la pandémie, les provinces augmentent leurs budgets consacrés à la santé.

3. Résultats

Le tableau 3-1 montre les résultats pour 2021 en fonction des dispositions de la loi actuellement en vigueur (C-14), qui a servi de base à l'estimation des coûts. Comme l'illustre ce tableau, la réduction brute projetée des dépenses en soins de santé se chiffre à 109,2 millions de dollars, tandis que le coût de l'administration de l'AMM est évalué à 22,3 millions de dollars. La différence entre les deux représente une réduction nette des dépenses de l'ordre de 86,9 millions de dollars. Comme indiqué précédemment, puisque les soins de santé relèvent de la compétence des provinces, c'est au niveau des provinces que se feront sentir les répercussions financières.

Tableau 3-1 Incidence financière nette, en 2021, de l'administration de l'AMM selon la loi actuelle (C-14)

Nombre de décès attribuables à l'AMM	6 465
Réduction brute des dépenses de santé (Millions de \$)	
Coût moyen de soins de fin de vie	182,1
Ajustement pour soins palliatifs	-72,8
Réduction totale brute dépenses de santé	109,2
Coûts de l'administration de l'AMM	
Facturation des médecins	8,9
Médicaments	8,6
Organismes de surveillance	4,2
Coûts totaux de l'administration de l'AMM	22,3
Réduction nette des dépenses de santé avec la loi actuelle (C-14)	86,9

Source : Calculs du Bureau du DPB.

Le tableau 3-2 montre l'incidence financière supplémentaire de l'élargissement de l'AMM que propose le projet de loi C-7. On estime à 66,5 millions de dollars la réduction brute des dépenses de santé. Comme on peut l'observer, même si le nombre de personnes en plus qui recevraient l'AMM est inférieur de 82 % au nombre de décès attribuables à l'AMM avec la loi actuelle (C-14), la réduction brute des coûts n'est inférieure que de 24 %, car les personnes nouvellement admissibles à l'AMM en vertu du projet de loi C-7 pourraient demander l'AMM plus tôt. Comme le coût de l'administration de l'AMM est évalué à 4,4 millions de dollars, la réduction

nette des dépenses de santé pour les gouvernements provinciaux devrait s'élever à 62,0 millions de dollars.

Tableau 3-2 Incidence financière nette supplémentaire, en 2021, de l'élargissement de l'admissibilité à l'AMM proposé dans le projet de loi C-7

Nombre de décès supplémentaires attribuables à l'AMM	1 164
Incidence financière supplémentaire	
Réduction brute des dépenses de santé	66,5
Moins : Coûts résultant de l'administration de l'AMM	-4,4
Sous-total – Réduction nette supplémentaire des coûts avec le projet de loi C-7	62,0
Réduction nette totale des dépenses de santé (C-14 [base de référence] + C-7 [différentiel])	
	149,0
Réduction nette totale des dépenses de santé en pourcentage des budgets de santé	
	0,08 %

Source : Calculs du Bureau du DPB.

Le tableau 3-2 indique également que la réduction nette totale des coûts selon la loi actuelle plus les économies supplémentaires résultant du projet de loi C-7 totalisera 149,0 millions de dollars. Même si ce chiffre peut sembler élevé, il ne représente que 0,08 % de l'ensemble des budgets de santé des provinces pour 2021.

Conclusion : L'élargissement de l'AMM entraînera une réduction nette des dépenses santé pour les gouvernements provinciaux. Cependant, cette réduction ne représente qu'une part négligeable des budgets que consacrent les provinces à la santé. Pour mieux évaluer l'incidence financière de l'administration de l'AMM, il faudrait disposer de données supplémentaires sur les personnes demandant l'AMM. Par exemple, seul le Québec compile des données sur l'espérance de vie jusqu'à ce que survienne la mort naturelle, pourtant c'est un facteur important à prendre en compte pour déterminer dans quelle mesure l'AMM a une incidence sur les soins de fin de vie.

Pour finir, comme l'indique le plus récent rapport de la Commission sur les soins de fin de vie du Québec, les données collectées ne portent que sur le nombre de personnes qui recevaient des soins palliatifs lorsqu'elles ont fait une demande d'AMM. Il n'y a toutefois aucune information permettant de déterminer la qualité des soins palliatifs dispensés et de savoir si ces soins répondaient aux besoins des personnes. À ce propos, le Dr Tanuseputro a écrit en 2017 : « Nous devrions nous efforcer d'épargner des souffrances aux

malades et d'investir davantage dans ce qui permettrait de soulager ces souffrances, ce qui pourrait entraîner du même coup une diminution des demandes d'aide médicale à mourir¹⁹. »

Annexe A : Coûts moyens des soins de fin de vie

Tableau A-1 Prévision du nombre de personnes ayant demandé l'AMM et dépenses consacrées aux soins pendant la vie restante

Âge	Espérance de vie de 2 semaines				Espérance de vie de 1 mois			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	N ^{bre}	Coût moyen (\$)	N ^{bre}	Coût moyen (\$)	N ^{bre}	Coût moyen (\$)	N ^{bre}	Coût moyen (\$)
Avec cancer								
18-59 ans	38	13 465	37	13 561	70	21 993	67	21 064
60-79 ans	149	12 325	144	11 889	272	19 830	263	19 404
≥ 80 ans	110	10 258	106	7 075	200	16 359	193	14 586
Sans cancer								
18-59 ans	20	11 382	19	12 659	36	16 169	35	19 905
60-79 ans	77	12 058	74	11 718	141	18 149	136	18 127
≥ 80 ans	57	9 116	55	8 994	104	14 172	100	11 298

Âge	Espérance de vie de 3 mois				Espérance de vie de 6 mois			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	N ^{bre}	Coût moyen (\$)	N ^{bre}	Coût moyen (\$)	N ^{bre}	Coût moyen (\$)	N ^{bre}	Coût moyen (\$)
Avec cancer								
18-59 ans	125	40 616	121	40 572	36	57 301	35	57 596
60-79 ans	489	35 735	472	35 964	140	49 502	136	49 910
≥ 80 ans	360	29 660	348	27 317	103	41 760	100	39 038
Sans cancer								
18-59 ans	65	24 761	63	33 139	19	32 845	18	45 104
60-79 ans	254	30 717	245	31 622	73	42 189	70	44 993
≥ 80 ans	187	26 045	181	22 182	54	38 434	52	34 570

Âge	Espérance de vie de 12 mois			
	Hommes		Femmes	
	N ^{bre}	Coût moyen (\$)	N ^{bre}	Coût moyen (\$)
Avec cancer				
18-59 ans	9	78 469	9	79 763
60-79 ans	36	67 131	35	67 792
≥ 80 ans	27	58 793	26	55 835
Sans cancer				
18-59 ans	5	44 829	5	62 861
60-79 ans	19	59 226	18	64 805
≥ 80 ans	14	57 627	13	55 100

Notes

- ¹ Les dépenses totales en santé des provinces en 2021 sont évaluées à 187 144 millions de dollars. C'est le chiffre auquel on est parvenu après avoir examiné les derniers documents budgétaires ou de mise à jour économique publiés par chaque province avant le début de la pandémie de COVID-19. Certaines provinces n'ont pas publié de ventilation précise des dépenses en santé pour 2021, mais elles ont indiqué les dépenses totales prévues. Dans ces cas-là, on a pris la part moyenne que représentent les dépenses en santé sur les dépenses totales au cours des cinq dernières années pour estimer le montant des dépenses en santé en 2021.
- ² [Carter c. Canada](#) (*Procureur général*), 2015 CSC 5. Pour en savoir plus sur *Carter c. Canada*, voir Martha Butler et Marlisa Tiedemann, [Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir](#), publication n° 2015-47-F, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 29 décembre 2015.
- ³ [Truchon c. Procureur général du Canada](#), 2019, QCCS 3792.
- ⁴ Le 18 août 2020, le premier ministre a demandé la prorogation du Parlement jusqu'au 23 septembre 2020. Par conséquent, le projet de loi C-7 n'a pas pu être adopté et est mort au *Feuilleton*. Le 5 octobre 2020, le gouvernement a réintroduit le projet de loi qui se trouve à avoir encore le numéro C-7. Il est à noter que la Cour supérieure du Québec a accordé en juin 2020 un nouveau délai au gouvernement en lui donnant jusqu'au 18 décembre 2020 pour se conformer à la décision dans l'affaire *Truchon*.
- ⁵ Pour consulter la dernière version du projet de loi C-7, aller sur [LEGISinfo](#). Pour avoir des explications détaillées sur le projet de loi, voir Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, [Résumé législatif du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), publication n° 43-1-C7-F, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 27 mars 2020.
- ⁶ Voir Menec V., L. Lix, C. Steinbach et coll., [Patterns of health care use and cost at the end of life](#), Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy, 2004 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- Tanuseputro P., WP. Wodchis, R. Fowler et coll., [The health care cost of dying: a population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario](#), Canada, *PLoS One*, 2015, 10:e0121759 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- Pham B. et M. Krahn, [End-of-life care interventions: an economic analysis](#). Ontario Health Technology Assessment Serie, décembre 2014,14(18):1–70 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- ⁷ Aaron Trachtenberg et Braden Manns, [Cost analysis of medical assistance in dying in Canada](#), *CMAJ*, 23 janvier 2017; 189:E101-5. doi: 10.1503/cmaj.160650. Trachtenberg et Manns ont aussi construit leur

modèle en se basant sur les travaux réalisés précédemment par Ezekiel J. Emanuel et Margaret P. Battin, [What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide](#), *New England Journal of Medicine*, 1998; 339:167-72 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

- ⁸ Voir le [Quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada](#) et le [Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2019](#) de Santé Canada, ainsi que les [Rapports annuels](#) de la Commission sur les soins de fin de vie (pour avoir les statistiques au Québec).
- ⁹ Ces hypothèses se basent toutes sur les données canadiennes recueillies pour les personnes ayant reçu l'AMM depuis qu'il est légal de l'administrer, sauf pour ce qui est de l'estimation du temps restant à vivre, à propos duquel seul le Québec a publié des données.
- ¹⁰ Voir le deuxième document cité à la note de fin de document numéro 6.
- ¹¹ [Statistique Canada, tableau : 18-10-0005-01](#). Dans ce tableau, l'IPC n'est disponible que jusqu'en 2019. Le DPB a donc utilisé l'augmentation annuelle moyenne des coûts des soins de santé selon l'IPC entre 2013 et 2019 pour faire une extrapolation des coûts de 2019 à 2021.
- ¹² Initiative Aller de l'avant : des soins qui intègrent l'approche palliative, [Coût-efficacité des soins palliatifs : Analyse de la documentation](#), Ottawa, Association canadienne de soins palliatifs. Voir aussi Smith et coll. (2014), [Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review](#), *Palliative Care*, 28-2, p. 130 à 150 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- ¹³ Les taux de facturation sont ceux de 2019; ces taux sont renégociés périodiquement dans chaque province. Il se peut donc qu'ils augmentent dans quelques provinces d'ici 2021.
- ¹⁴ Le coût des médicaments est aussi celui de 2019; il pourrait changer d'ici 2021. Cependant, de 2017 à 2019, la composante relative aux médicaments prescrits de l'indice des prix à la consommation a connu une diminution. On ne sait donc pas si le coût des médicaments augmentera ou baissera d'ici 2021.
- ¹⁵ Même si les Pays-Bas ont adopté une loi légalisant l'euthanasie en 2001, les médecins pratiquaient déjà l'euthanasie depuis le début des années 1990 sans faire l'objet de poursuites s'ils respectaient certaines directives. Pour en savoir plus, voir Julia Nicol, [Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada](#), publication n° 2015-116-F, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 23 octobre 2015 (révisée le 29 novembre 2019).
- ¹⁶ On parle d'euthanasie quand c'est un médecin qui accomplit l'acte médical entraînant la mort, et de suicide assisté quand c'est la personne qui s'administre elle-même les médicaments que lui procure son médecin pour qu'elle mette fin à ses jours.
- ¹⁷ Les données sur l'aide médicale à mourir en Belgique proviennent de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Chiffres de l'année 2019](#), tandis que celles sur le nombre total de décès sont fournies par [StatBEL](#). Pour les Pays-Bas, Les données sur le nombre de décès attribuable à l'aide médicale à mourir en pourcentage de l'ensemble des

décès proviennent du [Rapport annuel 2019](#) des Regional Euthanasia Review Committees [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

18. Lai et coll., [Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency](#), document de travail, avril 2020 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
19. Peter Tanuseputro, [Medical aid in dying: What matters most?](#) Commentaire, *CMAJ*, 23 janvier 2017;189:E99-100. doi: 10.1503/cmaj.161316 [TRADUCTION].