



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

DEUXIÈME SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le jeudi 9 juin 2022 — Vol. 46 N° 42

Étude détaillée du projet de loi n° 38 — Loi modifiant
la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres
dispositions législatives (5)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. François Paradis**

2022

Commission de la santé et des services sociaux

Le jeudi 9 juin 2022 — Vol. 46 N° 42

Table des matières

Étude détaillée (suite)

1

Intervenants

M. Luc Provençal, président

M. Christian Dubé

M. Vincent Marissal

M. David Birnbaum

Mme Véronique Hivon

Mme Jennifer Maccarone

Mme Nancy Guillemette

* Mme Élisabeth Arpin, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Mme Térésa Lavoie, ministère de la Justice

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 9 juin 2022 — Vol. 46 N° 42

**Étude détaillée du projet de loi n° 38 — Loi modifiant
la Loi concernant les soins de fin de vie et
d'autres dispositions législatives (5)**

(Douze heures vingt et une minutes)

Le Président (M. Provençal) : Bonjour à tous. Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte.

La commission est réunie afin de poursuivre l'étude détaillée du projet de loi n° 38, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives. Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, M. le Président, M. Tremblay (Dubuc) est remplacé par Mme Dorismond (Marie-Victorin); M. Derraji (Nelligan), par Mme Maccarone (Westmount—Saint-Louis); Mme Sauvé (Fabre), par M. Birnbaum (D'Arcy-McGee); et M. Arseneau (Îles-de-la-Madeleine), par Mme Hivon (Joliette).

Étude détaillée (suite)

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Lors de l'ajournement de nos travaux hier, nous étions rendus à l'étude de l'article 29.15 tel qu'amendé, introduit par l'article 16 du projet de loi. Lorsque nous avons terminé nos travaux, hier, il y avait des discussions qui portaient sur le dernier alinéa de l'article 29.15, particulièrement au niveau du refus.

M. le ministre, vous aviez été interpellé par des partis de l'opposition et vous aviez dit que vous vouliez prendre en délibéré ce qui avait été dit. À ce moment-ci, est-ce que... Je vous cède la parole pour avoir la conclusion de votre délibéré et des réflexions que vous aviez faites avec votre équipe de légistes.

M. Dubé : Très bien. Alors, écoutez, M. le Président, j'aimerais ça, premièrement, remercier nos légistes qui ont travaillé, encore une fois, très fort pour essayer de trouver des solutions assez créatives à toutes nos demandes, dans les dernières semaines, particulièrement sur l'enjeu du refus. Et ce que j'aimerais faire, là... puis rappelez-moi la technique, mais j'aimerais soumettre un amendement, ce matin, qui reflète toute la réflexion qu'ils ont eue. Puis, après ça, on pourra commenter sur les prochaines étapes, mais je voudrais donner le temps à tout le monde de prendre connaissance de l'amendement qu'on suggère, s'il vous plaît.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je vais vous inviter, dans un premier temps, M. le ministre, à lire votre amendement, qui va être projeté à l'écran.

M. Dubé : Très bien. O.K.

Le Président (M. Provençal) : Qui est un nouvel amendement à l'article 29.15. Et, si vous avez des commentaires qui y sont associés, je vous invite à les faire.

M. Dubé : Alors, tout le monde, est-ce que vous en avez une copie papier ou... puis je peux lire... je peux lire à... Alors, je vais vous le dire, le début de 29.15 ne change pas, c'est un ajout qui est fait à la fin, puis vous... que vous allez voir, là, quand je vais être rendu là, mais je vais quand même lire le 29.15 au complet. Je vais... excusez-moi, je vais commencer par lire l'amendement.

Alors : Ajouter, la fin de l'article 29.15 de la Loi concernant les soins de fin de vie, proposé par l'article 16 du projet de loi tel qu'amendé, l'alinéa suivant :

«Pour l'application du troisième alinéa, ne constitue pas un refus de recevoir l'aide médicale à mourir toute manifestation clinique découlant de la maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins dont est atteinte la personne.»

Si on va un petit peu plus loin, puis je ne sais pas si... qui contrôle l'écran, ce que je voulais juste expliquer... Donc, je dis, dans les commentaires, que cet amendement vise à ajouter à l'alinéa 29.15 de la loi concernant les soins de vie qui précise le concept du refus prévu à cet article. Alors, si vous voyez à l'écran, 29.15, il est exactement lorsqu'il était suggéré. Vous voyez que la notion de «tout refus de recevoir» reste là, mais ce que vous voyez en vert, un petit peu plus bas, c'est ça que je viens de vous lire. Donc, c'est une précision qu'on fait sur la question du refus.

Bon, maintenant, ce que j'aimerais vous donner à penser, parce qu'encore une fois, je le répète, non seulement nos légistes, mais toute l'équipe, que vous connaissez bien maintenant, a travaillé très fort pour nous amener une solution. Comme... puis je voudrais vous donner le temps d'y penser, mais j'aimerais aussi que vous preniez un peu de temps, puis on pourra suspendre pour donner le temps de la réflexion. Je voudrais juste aussi que tout le monde tienne compte de comment ça a été, ça, cet aspect-là du refus, une décision très... une discussion très difficile hier soir. C'est probablement un des enjeux... puis je regarde, là, les députés qui sont ici alentour de la table, ça a été

une discussion où on voit qu'on arrive dans le corps du projet de loi. On a fait toutes les étapes pour dire comment on arrive à ce refus-là, si jamais il y avait un refus, et là on voit comment c'est difficile, pour certains médecins, entre autres, de visualiser comment ils vont être placés devant cette décision-là.

Moi, je dois vous dire... puis c'est pour ça que je veux vous donner à y réfléchir, là, dans les prochaines minutes, puis qu'on prenne le temps de faire les choses. Parce que, jusqu'à maintenant, on a très bien fait les choses, on a eu une rigueur, on a pris le temps. Il a fallu faire des amendements depuis plusieurs jours, mais là je pense qu'on doit prendre un petit peu de recul avec cette explication-là. Puis, je vous le dis, là, Me Lavoie et Mme Lewis, vous avez fait... Moi, quand j'ai vu ça, tout à l'heure, j'ai dit : Bon, peut-être que la solution est là, mais on a beaucoup de monde avec qui on doit travailler dans les prochains jours.

Alors, moi, je ferais une suggestion, M. le Président, je ne sais pas si c'est le bon temps de suspendre ou on peut prendre suspendre quelques minutes pour donner... mais j'aimerais ça que les députés puissent commenter, puis pour qu'on puisse voir un peu comment vous vous sentez par ça. Parce que je ne sais pas si on veut aller plus loin, mais, pour le moment, moi, j'aimerais avoir, peut-être, des commentaires.

Le Président (M. Provençal) : Alors, on suspend.

M. Dubé : ...

Le Président (M. Provençal) : Oui, on va suspendre.

(Suspension de la séance à 12 h 27)

(Reprise à 12 h 34)

Le Président (M. Provençal) : Nous reprenons nos travaux. Alors, nous avons présentement eu le dépôt d'un amendement par M. le ministre à l'article 29.15 de l'article 16 du projet de loi. Y a-t-il des interventions concernant le nouveau... l'ajout de cet amendement-là? Oui, M. le député de Rosemont.

M. Marissal : Qui pourrait définir, de façon compréhensible et digeste, «manifestation clinique découlant de la maladie grave»?

M. Dubé : Vous reconnaissez Mme Arpin?

M. Marissal : Oui, Mme Arpin.

Le Président (M. Provençal) : Alors, consentement pour permettre à Mme Arpin...

M. Marissal : Ça ne fait pas longtemps qu'on l'a vue.

M. Dubé : ...

Le Président (M. Provençal) : Consentement pour permettre à Mme Arpin de s'exprimer? Mme Arpin, vous vous nommez, puis votre fonction au complet.

Mme Arpin (Élizabeth) : Oui. Élizabeth Arpin, directrice nationale des soins et services infirmiers au ministère de la Santé.

Pouvez-vous repréciser votre question, s'il vous plaît?

M. Marissal : Oui. Définir, pour le commun des mortels, qu'est-ce qu'une «manifestation clinique découlant de la maladie grave et incurable», là.

Mme Arpin (Élizabeth) : C'est des signes et symptômes qui sont attendus et reconnus, là, scientifiquement, au diagnostic qui est appliqué à la personne.

M. Marissal : Prenons l'exemple de l'alzheimer, par exemple, ce serait... typiquement?

Mme Arpin (Élizabeth) : Agressivité, incontinence, retrait, perte d'autonomie, ce sont toutes des manifestations cliniques attendues et reconnues de la maladie d'Alzheimer.

M. Marissal : Généralement, ce à quoi on peut s'attendre et qui a été documenté au fil des...

Mme Arpin (Élizabeth) : Oui, documenté, reconnu, présent dans la littérature scientifique, reconnu par les différentes instances médicales, oui.

M. Marissal : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Ça va? Oui, M. le député de D'Arcy-McGee.

M. Birnbaum : J'ose croire que peut-être ma question peut être répondue par l'avocate. Je vois, dans le libellé qui a été là hier, un constat qui a l'air assez étanche et inconditionnel. Et là je vois une précision, il n'y a pas de «par contre». Je vois, maintenant, je lis «pour l'application». Alors, je peux être satisfait qu'avec le libellé devant nous le médecin a à prendre compte. Vous nous auriez dit qu'il l'aurait fait, mais il a l'obligation de prendre compte de ce qui suit pour l'application. Même si c'est après un «statement», en quelque part, étanche, fermé, il a besoin de les...

Mme Lavoie (Térés) : Il a l'obligation d'en prendre connaissance.

M. Birnbaum : Jusqu'à la fin.

Mme Lavoie (Térés) : Nul n'est censé ignorer la loi.

M. Birnbaum : Comment?

Mme Lavoie (Térés) : Nul n'est censé ignorer la loi, donc il doit le lire.

M. Birnbaum : Oui. Merci.

M. Dubé : D'ailleurs, je pense qu'il doit y avoir beaucoup de médecins qui nous écoutent ce matin suite à la discussion d'hier soir, ça fait que je pense qu'ils sont déjà au courant de l'amendement.

Le Président (M. Provençal) : Y a-t-il d'autres interventions? Oui, Mme la députée de Joliette.

Mme Hivon : Oui. Je veux juste... Bien, merci, j'apprécie qu'on puisse avoir la discussion. Je pense que c'est intéressant d'avoir une piste. Il faut trouver la bonne, là, le bon équilibre. Une manifestation clinique, je comprends ce que vous dites, mais admettons que quelqu'un a une sensibilité extrême, là, puis... ou une peur extrême : quand quelqu'un s'approche d'elle, elle ne reconnaît pas c'est qui, elle pense toujours que c'est un étranger, donc elle a un réflexe de protection, qu'elle a une sensibilité, là, physique quand on lui touche, là, des gens expliquaient ça — je suis loin d'être une experte, là — et donc qu'elle va automatiquement retirer son bras, qu'on vienne pour lui donner un vaccin, qu'on lui donne une prise de sang, ça serait tout le temps le même mécanisme. Un, je suis curieuse de savoir qu'est-ce qu'on fait quand une personne a ces réflexes-là, par exemple, qu'il fallait les vacciner contre la COVID. Donc, qu'est ce qu'on faisait? Ou quand on doit faire une prise de sang ou, c'est ça, un vaccin, je suis curieuse de savoir comment les médecins gèrent ces situations-là, parce que, dans le fond, il y a des similitudes.

Puis l'autre chose, c'est la manifestation clinique, c'est ça, mais admettons qu'une personne c'est viscéral à son individualité de personne devenue inapte dans sa nouvelle réalité de vraiment tout refuser ça. Est-ce que, dans tous les cas, ce serait vu comme quelque chose, dans le fond, à mettre de côté parce que c'est lié à la maladie ou, si c'est vraiment intense, il y aurait une évaluation qui se ferait? Juste pour comment on est capable de tracer la ligne si quelqu'un a ces réflexes-là liés à la maladie, mais que, des fois, c'est juste... Je ne veux pas... je sais que le mot «refus catégorique», ce n'est pas nécessairement... mais nous, on comprendrait que c'est comme... elle se débat, elle se débat. Même s'il y a une partie de ça qui est liée à la maladie, mais ça a l'air d'une intensité vraiment grande, est-ce qu'on est capable de faire la part des choses?

Le Président (M. Provençal) : Je vais vous demander de vous approcher de votre micro pour bien comprendre.

Mme Arpin (Élizabeth) : O.K. Pour la première question, là, relativement aux manifestations, par exemple, là, de retrait, de refus, de pousser, là, chez les gens qui ont cette difficulté-là, il faut savoir qu'il y a diverses mesures pharmacologiques et non pharmacologiques qui sont appliquées par les cliniciens dans le cas de personnes comme ça, que ce soit des personnes âgées en situation d'incapacité ou des enfants parfaitement aptes, là, et tout ça, qui se débattent, hein, parce qu'ils n'aiment pas l'agression de gens qui s'approchent d'eux, et tout ça. Donc, il y a diverses techniques que les infirmières, les médecins, les travailleurs sociaux et les membres de l'équipe de soins utilisent pour pallier la situation, surtout quand elle est connue, donc surtout quand on sait que cette madame-là, elle réagit toujours comme ça, que ce soit pour venir la laver, lui donner son bain, ou que ce soit pour appliquer une intraveineuse, ou un médicament, ou n'importe quelle chose. Il y a plusieurs interventions qui peuvent être faites, puis, encore une fois, pas toujours pharmacologiques, souvent, surtout avec les gens avec des types de démences, là, il y a plein de choses qui existent dans la littérature pour arriver à les traiter, là, de façon non pharmacologique également. Donc ça, c'est vraiment laissé au jugement de l'équipe clinique, puis particulièrement ceux qui sont en présence plus rapprochée auprès de ces gens-là puis qui sont en contact avec eux régulièrement. Donc, moi, ça, je suis assez à l'aise avec ce volet-là.

Pour ce qui est de la deuxième partie de la question, pouvez-vous juste la répéter, pour être certaine, là, que je comprends bien la différence entre vos deux questions?

• (12 h 40) •

Mme Hivon : Oui. Bien, je ne le sais pas, ce n'est pas évident, hein? Comment on fait la distinction, admettons qu'une dame, justement, réagit fortement dès qu'on l'approche, dès qu'on la touche, on est habitué à son type, mettons, de refus manifesté puis on trouve des moyens de l'accompagner quand même, comment on fait pour faire la différence entre ce qui découle vraiment de la maladie versus quelque chose qui découle de la maladie, mais qui a comme une intensité plus forte? Je veux dire, mettons, je dis n'importe quoi, là, mais quelque chose qui découlerait de la maladie, c'est d'avoir un peu mal à la tête, mais là une personne a des migraines à répétition, on dirait : Bien, ça découle peut-être un peu de la maladie, mais ça a l'air bien plus intense que ce qu'on prévoyait comme... Bon. Ça fait que c'est un peu ça. Comment on peut être habilité à faire la distinction entre le refus, je dirais, habituel dans le cadre de sa maladie, versus quelque chose qui serait beaucoup plus intense pour quelqu'un, mettons, qui n'est pas avec elle constamment? Est-ce que, dans le fond, vous me dites : Bien, le médecin va utiliser son jugement? Si lui n'est pas habilité à le faire parce qu'il n'est pas au quotidien avec la personne, il va consulter l'équipe qui va dire : Bien là, Mme Tremblay, ce n'est pas comme ça d'habitude, là, donc là... Puis donc, dans un cas comme ça, on jugerait que ce n'est pas une manifestation clinique qui découle de la maladie, même si, à petite intensité, ça en serait une, mais pas à grande intensité.

Mme Arpin (Élizabeth) : Assurément, là, quand un professionnel n'est pas le professionnel habituel ou ça fait longtemps qu'ils ne l'ont pas vu parce qu'il y a eu un délai entre les deux, c'est entendu et courant qu'on consulte l'équipe de soins alentour pour voir est-ce qu'il y a eu une progression pour laquelle je ne suis pas au courant. Est-ce que c'est habituel, inhabituel? Et, quand on a un doute, on procède à une évaluation additionnelle. Donc, s'il n'y a pas de doute, par exemple, la personne, elle demande toujours ce retrait-là, ou repousser les gens, c'est quelque chose d'habituel, alors, ça, moi, je dirais, c'est assez facile : c'est habituel chez elle, c'est une manifestation clinique de sa maladie, elle est toujours comme ça, je n'ai pas de doute. Si j'ai un doute, je vais évaluer de façon additionnelle. La consultation des autres membres de l'équipe de soins fait partie de l'évaluation additionnelle, mais on pourrait, si je reprends l'exemple du mal de tête, on peut aller faire des investigations additionnelles pour être sûr qu'on est encore dans le contexte du diagnostic avec lequel on travaille ou est ce qu'il y a autre chose qui est en présence ici. Donc là, vraiment, c'est l'évaluation de l'équipe de soins qui entre en ligne de compte.

Mme Hivon : Puis ma dernière, pour l'instant, question... Moi, je comprenais bien, hier, votre souci de dire : On veut être plus prudent que moins. Donc, si on met juste «refus catégorique», il pourrait y avoir des refus quand même assez importants, mais qu'on passerait outre, puis que, là, ça peut créer un problème, un problème éthique, un problème de perception. Je le comprends tout à fait. Notre crainte, vous l'avez bien entendue, c'était que c'était tellement restrictif qu'à la lumière de ce que certains experts nous ont dit ça deviendrait une vue de l'esprit beaucoup parce que tout refus devrait être considéré, puis on ferme les livres. Ça fait que je comprends que ça, ça permet de réfléchir comme piste. Puis là, vraiment, j'ai... je fais juste tester : Est-ce que ça, plus de dire que ça va de soi qu'il y ait un refus catégorique serait respecté, ça mettrait une couche de plus? Je ne sais pas, pour dire dans le sens que, là, on comprend que, si ça découle de la maladie, ça pourrait être accepté puis qu'on le donne quand même, mais de ramener aussi l'idée du refus catégorique en plus, donc pour dire aux gens : Puis inquiétez-vous pas, là, un refus catégorique, en aucun cas ça va être passé outre. Est-ce que ça pourrait aussi amener, je dirais, un rappel de ce qu'on a dans le Code civil, puis puisqu'on a ça, puis qu'on ne se fie pas juste sur le refus catégorique? J'ai bien compris votre argument d'hier que ça pourrait faire en sorte que ce soit trop large, qu'on laisse trop passer de choses. Puis je n'ai pas la réponse, je n'ai pas de position, je lance ça dans l'univers pour la réflexion postérieure.

M. Dubé : Mais, peut-être, je veux juste... Est-ce que je peux juste faire une demande de précision sur votre question? Est-ce que c'est parce que... En fait, vous dites : Est-ce qu'en plus de ça, il devrait y avoir une référence à un refus catégorique?

Mme Hivon : Genre : de plus, tout refus catégorique est évidemment respecté selon les règles, blablabla. Je ne sais pas, là.

M. Dubé : Mais, pour tous les gens qui nous écoutent, là, peut-être qu'il y a eu... Je ne sais pas combien de temps qu'on a passé là-dessus hier, là, et dans les dernières années. Pouvez-vous revenir sur le point du refus catégorique? Quel est l'enjeu avec le Code civil, etc.? Je pense que c'est important de prendre juste une petite minute là-dessus, parce qu'on en a parlé même après la session hier soir, là.

Le Président (M. Provençal) : Alors, Me Lavoie... Consentement pour que Me Lavoie s'exprime? Allez-y, Me Lavoie.

Mme Lavoie (Térésia) : Oui. En fait, de la manière que vous l'amenez, Mme la députée de Joliette, ce n'est pas la... dans le fond, ce qui était difficile hier, c'est qu'on voulait faire... Ce qu'on voulait... Ce qui était discuté, c'était de prévoir le refus catégorique comme le niveau de l'exigence qui était à avoir pour prendre en compte un refus. La manière que vous l'amenez, moi, sur le plan juridique, je considère que c'est acquis, là, notamment en raison du Code civil, qu'un refus catégorique, c'est certain qu'il va y avoir refus de soins. Ce n'est pas... ça ne serait pas... Ça serait possible, là, sur le plan juridique, de venir préciser qu'un refus catégorique doit être respecté. Mais vous comprenez, hier, la manière qu'on l'amenait, ce n'était pas pour qu'on exige un refus catégorique pour qu'un refus soit accepté. Vous comprenez ma nuance.

Mme Hivon : Dans le fond, vous dites : Ajouter ça, ça serait superflu, parce que c'est dans le Code civil. Ça fait que, de toute façon, cette règle-là, elle s'applique à tous les types de soins. Il n'y aurait aucun argument qui pourrait être fait que, là, vu qu'on a cette règle-là qui est plus précise que c'est juste elle qui s'applique?

Mme Lavoie (Térésa) : Non, absolument pas.

Mme Hivon : Aucun risque, hein?

Mme Lavoie (Térésa) : Ce n'est pas juste elle qui s'applique. Puis je pense qu'on a mis vraiment le doigt sur l'inquiétude qui était entendue. C'était qu'il y a des signes qui peuvent découler de la maladie, qui peuvent se traduire, pour certaines personnes, comme la manifestation d'un refus, mais, comme elles sont... comme ce sont des signes qui découlent de la maladie, la personne, quand elle les manifeste, elle ne manifeste alors pas un refus. Donc, c'est ça, l'inquiétude qui avait été exposée par les médecins puis par d'autres professionnels, puis c'est ça qu'on essaie de traduire ici, et non pas de venir prescrire que ça prend à tout prix le refus catégorique de la personne. Ça, je pense que c'est acquis dans le consentement.

Mme Hivon : C'est bon, je comprends.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Rosemont. Puis je reviendrai avec vous, Mme la députée de Joliette.

M. Marissal : Moi, je vais en profiter pour dire qu'on n'aura jamais été aussi heureux de pouvoir compter sur, a, une équipe de légistes et de conseillères extraordinaires, mais aussi, aussi, puis vous allez comprendre pourquoi je dis ça, sur l'équipe des travaux qui enregistre puis qui prend les notes parce qu'on va en avoir besoin éventuellement. Ce serait bien de ne pas recommencer à zéro. Alors, on les remercie, parce qu'on ne fait pas assez souvent de toute façon.

J'ai deux petits points. Le rôle du tiers, on en a beaucoup parlé dans l'avant, puis, après ça, bien, le tiers s'efface, hein, je pense naturellement parce que ce n'est pas le tiers qui va appliquer... qui va administrer l'aide médicale à mourir — je vais finir par le dire. Par contre, souvent, de ce que je comprends puis de ce qu'on m'a dit, c'est que, dans les cas de mort avec des gens aptes à l'aide médicale à mourir, souvent la famille est là, hein? Tu sais, souvent on l'organise, on s'organise pour que ça soit fait, là, de façon solennelle, puis en tout respect, puis c'est des moments, évidemment, touchants, là.

Donc, dans le cas de quelqu'un qui est inapte, qui va partir, là, je présume qu'on peut aussi avoir tiers de confiance ou famille autour, mais il n'y a pas de rôle prévu, par exemple, pour le tiers de confiance. Une fois qu'on a déclenché, il n'y a plus de rôle, il n'y a plus de frein possible, plus de veto possible. Pouvez-vous voulez le dire au micro, s'il vous plaît, maître?

Le Président (M. Provençal) : Me Lavoie.

Mme Lavoie (Térésa) : Non, au moment de l'administration de l'aide médicale à mourir, le tiers de confiance n'a pas de rôle. Si les conditions sont respectées pour avant d'obtenir l'aide médicale à mourir, la personne a son droit à l'aide médicale à mourir, et là c'est son plein droit qui s'applique.

M. Marissal : Très bien. L'autre aspect, évidemment, la sédation, je ne pense pas que je pourrais dire sédation préventive, mais la sédation préalable, là, qui se pratique, semble-t-il, de toute façon, de façon assez large, là, déjà, là, moi, ce qu'on me dit, c'est que, si ce n'est pas interdit, c'est permis. Donc, ce n'est pas nécessaire pour nous que de le mettre dans le projet de loi noir sur blanc. Si ce n'est pas interdit, ce sera considéré comme permis par les équipes médicales. Est-ce que c'est bien ça?

M. Dubé : ...

Le Président (M. Provençal) : M. le ministre.

M. Dubé : Juste vous faire préciser. Quand on en a parlé un peu juste pour... C'est important ce que vous demandez là, parce qu'il y a beaucoup de non-dits qu'il faudrait peut-être clarifier. Moi, ce que j'avais compris — puis, je pense, Mme Arpin, j'aimerais ça vous entendre là-dessus en complément, là — c'est... Est-ce que c'est votre... bon, premièrement, pratique courante? Je pense que oui, mais j'aimerais ça l'entendre de votre part.

Mais, pour la question du député de Rosemont, je veux juste bien comprendre : Est-ce que la sédation pourrait être traitée ailleurs que dans le projet de loi, par exemple, dans les directives ou dans le guide? Moi, je ne le sais pas. Même de... on avait dit que ça pourrait peut-être faire partie de la demande comme telle.

M. Marissal : Oui.

M. Dubé : Hein, c'est ça? Ça fait que j'aimerais vous entendre là-dedans, parce que je sais qu'on n'a pas beaucoup d'autres comparaisons, mais je pense que c'est important que les Québécois comprennent, quand on parle de sédation, c'est pour calmer de la souffrance, mais j'aimerais ça que vous...

Le Président (M. Provençal) : Mme Arpin.

Mme Arpin (Élizabeth) : Oui. Donc...

Le Président (M. Provençal) : C'est bon, vous pouvez y aller.

Mme Arpin (Élizabeth) : Merci. Donc, premièrement, il y a divers niveaux de sédation, hein? Il peut y avoir des sédations très légères jusqu'à des sédations très profondes. Donc, ça, c'est important de comprendre qu'un médecin va aller dans le niveau de sédation selon la condition qu'il a devant lui, la procédure qu'il doit administrer, et tout ça. Une sédation, c'est vrai que... moi aussi, là, j'entends que c'est pratique courante, mais ce qu'il faut savoir, c'est que c'est pratique courante pas seulement pour l'aide médicale à mourir, les divers niveaux de sédation sont utilisés pour une panoplie de procédures et de soins, des plus petites aux plus grandes, O.K., jusqu'à la sédation ultime, qui est l'anesthésie générale, là, pour un cas, par exemple, d'une chirurgie, là, qu'on ne qualifie pas de sédation, mais bon...

Alors, pour répondre à la question de M. le ministre, dans ce cas-ci, bien sûr que le guide de pratique peut être utilisé, mais, bien au-delà du guide de pratique, dans le cas d'un soin comme l'aide médicale à mourir, il y a et il y aura assurément un protocole médical national qui sont généralement étudiés et rédigés par l'INESSS, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, qui rédige nos protocoles nationaux quand on en a besoin et qui viennent non seulement revoir toute la littérature, mais consulter les experts reconnus en la matière. Il y a une méthodologie extrêmement rigoureuse et indépendante. Et ils nous déposent un protocole national qui doit être utilisé par les cliniciens pour l'administration de ce soin-là. Alors, la question de la sédation, à mes yeux, elle va dans le protocole national d'administration qui aura été étudié, travaillé et déposé par une instance telle que l'INESSS.

• (12 h 50) •

Le Président (M. Provençal) : Est-ce que ça répond?

M. Marissal : ...

Le Président (M. Provençal) : Ça répond à votre question? J'avais reconnu la députée de Westmount—Saint-Louis. Puis, après ça... Ça va?

Mme Maccarone : Oui. Mais, moi, ma question, c'est... On revient toujours la manifestation clinique. Est-ce que ça, ce serait le genre de... Quand on parle de la définition de ceci, est-ce que ce sera partagé avec la personne concernée pendant qu'ils sont aptes pour qu'il comprend que, s'il manifeste un tel geste, par exemple, bien, ça, le médecin ou les deux médecins, après qu'il valide avec un collègue ou un professionnel, que ça se peut qu'ils ne vont pas aller vers l'avant? Ça fait que est-ce qu'il y aura une compréhension pour le avant, dans un cas comme ça, si ça arrive?

Puis, deuxième question, est-ce que cet article, cet amendement nécessite des changements ailleurs dans la loi? Si, mettons, on dit que oui, on est confortable après qu'on consulte aussi avec le corps professionnel pour voir qu'est-ce qu'il en pense, parce que, comme le ministre dit, probablement, il nous écoute. Alors, ce serait intéressant de savoir leur compréhension puis leur confort en ce qui concerne cet amendement.

Le Président (M. Provençal) : Dans un premier temps, Mme Arpin.

Mme Arpin (Élizabeth) : Oui, je vais répondre à votre première question, puis je vais laisser ma collègue, Me Lavoie, répondre pour la deuxième. Donc, pour la première question, pour moi, c'est très clair et c'est très entendu que cette discussion-là doit avoir lieu pendant qu'elle est apte, lors de la discussion du dépôt de la demande de la personne. On se souvient qu'elle doit décrire, la personne doit décrire les manifestations pour lesquelles elle aimerait recevoir l'aide médicale à mourir au moment où elle deviendra inapte. Et le médecin doit s'assurer du consentement clair et éclairé. Donc, elle doit comprendre exactement quelles manifestations sont impliquées dans cette maladie-là, qu'est-ce que ça veut dire, quelles sont les alternatives à l'aide médicale à mourir, le cas échéant, et qu'est-ce qui serait éventuellement admissible à l'aide médicale à mourir ou non. Et la personne, pour donner son consentement libre et éclairé, elle doit bien le comprendre et elle doit le décrire elle-même. Et ensuite, là, on a parlé, là, auparavant de tout l'accompagnement du médecin dans la rédaction de la demande. Mais ça, c'est entendu et c'est très clair, ça doit être expliqué et compris au moment de l'aptitude.

Mme Maccarone : Incluant si je fais un geste qui donne l'impression que j'enlève mon consentement, ça, ça va être tout expliqué à la personne.

Mme Arpin (Élizabeth) : Ça fait partie des manifestations cliniques possibles et ça doit tout être expliqué.

Le Président (M. Provençal) : Ça va. Puis il y avait un volet qui concerne plus Me Lavoie.

Mme Lavoie (Térèse) : Oui. En fait, tel qu'on l'apporte comme ça, la précision que c'est des manifestations cliniques découlant de la maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins, on n'aurait pas le besoin d'aller faire une précision de même nature à 29, parce que ce n'est pas les mêmes... le même type de maladie, là,

qui est concerné. Puis, si on en ajoutait, par contre, le concept de tout refus catégorique doit être cependant respecté. Là, ça vaudrait aussi pour 29. Donc là, il faudrait venir le préciser aussi à 29, là, si on le met à 1, par cohérence, il faudrait aussi venir le préciser à 29.

Puis, dans le cas de 29, pour les demandes contemporaines, il faut aussi savoir que le Code criminel prévoit une précision à l'égard du type de paroles, de gestes ou de sons qui peuvent être considérés comme un non... comme un non-refus, là, comme n'étant pas un refus. Donc, on a quand même cet ajout-là au Code criminel pour les demandes contemporaines qui viennent baliser la notion de refus à 29. C'est juste, si on ajoutait quelque chose eu égard au refus catégorique que là il faudrait venir faire un petit clin d'oeil aussi à 29 pour équilibrer, là, les deux dispositions.

Le Président (M. Provençal) : M. le ministre, tantôt, vous m'aviez demandé la parole puis...

M. Dubé : Non, c'est correct.

Le Président (M. Provençal) : Ça va aller?

M. Dubé : J'étais en ligne avec la députée de Westmount. C'est exactement ce que je voulais demander.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de D'Arcy-McGee.

M. Birnbaum : Merci. Deux précisions. Et peut-être la réponse a été déjà donnée, mais je ne suis pas sûr, et je trouve qu'on avance de façon importante. Advenant que le médecin constate que c'est un refus réel, autant que possible, là, on est dans le régime des demandes contemporaines, en quelque part, et, dans ces demandes-là, il n'y a aucune obligation que... si j'ai bien compris, de revalider ça plus tard. Et, dans ce cas-là, donc, il n'y aurait... et surtout avec le libellé actuel qui finit avec notre... un refus «ne peut d'aucune manière y être passé outre». Est-ce qu'on ferme la porte, dans cette manifestation sincère, de désister? Ça signifie que la porte est fermée et il n'y a pas d'autre obligation de réexaminer l'affaire? Ça, c'est une première chose.

Et, deuxième chose, dans la deuxième instance, que c'est un refus qui est une manifestation de la maladie... Il y avait des médecins, il me semble, qui nous ont indiqué que, peut-être, dans une telle situation, normalement, ils attendraient voir si ça se répète. Est-ce que... ils procèdent trois jours plus tard. De votre lecture, avec le libellé qu'on a devant nous, est-ce que ce serait une possibilité ouverte à la discrétion du médecin par son jugement professionnel, ou compte tenu qu'avec ce qu'on ajoute on n'est pas devant un refus, aux yeux de la loi? Est-ce qu'il est obligé, avec le libellé, actuellement, de procéder tout de suite ou est-ce qu'il aurait, dans son jugement, la possibilité de dire : La personne est très agitée? Oui, j'ai l'obligation, au moment donné, de passer à l'acte, mais je vais le faire en trois jours, ou après vérification, bien... du comportement de la personne?

Le Président (M. Provençal) : Je vais demander votre consentement pour qu'on dépasse de quelques minutes pour, à tout le moins, pouvoir... qu'on puisse donner la réponse au député. Consentement?

Mme Hivon : Consentement. Je peux juste consentir pour quelques minutes.

Le Président (M. Provençal) : Oui, je pense que nos légistes peuvent être rapides. Alors, qui donne la réponse au député? Mme Arpin, vous débutez?

• (13 heures) •

Mme Arpin (Élizabeth) : Je peux donner la réponse pour l'application clinique, mais, pour l'interprétation du texte, je vais laisser Me Lavoie répondre. Donc, pour l'application clinique, que ce soit, encore une fois, l'aide médicale à mourir ou n'importe quel autre soin qui a été entendu entre un patient et son médecin, ou IPS, ou professionnel de la santé, c'est très courant et normal, là, quand il y a une hésitation ou un refus exprimé, de prendre un temps, et de refaire la conversation ou la validation par la suite, surtout dans... à ce moment-ci, là, où on parle d'une personne qui est inapte, qui a des manifestations qui peuvent être interprétées assez facilement comme un refus, moi, je trouverais ça vraiment raisonnable que la personne dise : O.K., on prend un pas de recul, on attend. Mais, avant de dire que le trait est tiré, qu'on refasse une évaluation et qu'on revalide.

Le Président (M. Provençal) : Me Lavoie.

Mme Lavoie (Térésia) : Oui, en fait, tout ce que je peux ajouter, c'est qu'effectivement la loi n'empêche pas, là, le médecin de s'assurer que la manifestation qu'il a devant les yeux, c'est vraiment une manifestation clinique. Donc, par prudence, il va pouvoir aller retourner voir le patient, et s'assurer que le geste se répète, et que ça découle de la maladie grave et incurable.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup.

Compte tenu de l'heure, je suspends les travaux jusqu'à 15 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 02)

(Reprise à 15 h 07)

Le Président (M. Provençal) : Bonjour! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. Nous poursuivons l'étude détaillée du projet de loi n° 38, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives.

Lors de la suspension de nos travaux cet avant-midi, nous étions rendus à l'étude de l'amendement de l'article 29.15 de l'article 16 du projet de loi. Est-ce qu'il y a d'autres interventions? Parce que, quand on s'était laissés, il y avait eu des réponses de la part et de Mme Lewis et de Me Lavoie. Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur cet amendement-là? Oui, Mme la députée de Joliette.

Mme Hivon : Il y a peut-être juste la considération, là. Tantôt, j'ai bien entendu les commentaires, mais, sur la question de la sédation, qui est très sensible aussi, de dire que ça pourrait être, donc, par protocole qu'on prévoirait tout ça, on nous a parlé de l'INESSS, et puis je veux juste que, dans l'ensemble de ce qu'on va regarder, il y ait la question aussi de dédouaner à l'avance l'idée de donner une sédation. Mais je comprends que ce n'est pas nécessairement une piste qui est peut-être à privilégier parce qu'il y aurait d'autres moyens d'y arriver, par des règles, des directives, des protocoles. Mais je veux quand même, peut-être, qu'on donne une attention à ça parce que c'est une option qu'on avait un peu discutée dans les échanges : Est-ce que ça pourrait comme dédouaner l'équipe ou peut-être comment ça pourrait se jouer, je dirais, de manière concomitante ou parallèle avec des règles plus formelles? Puis c'était juste ça que je voulais mettre au jeu. Puis, sinon, ça va, j'ai fait l'ensemble de mes commentaires.

Le Président (M. Provençal) : Bon. Est-ce qu'il y a d'autres interventions? Oui, M. le député de D'Arcy-McGee.

• (15 h 10) •

M. Birnbaum : M. le Président, j'avais déposé, finalement, deux questions à la fin de notre session de ce matin et j'ai eu une réponse tout à fait satisfaisante à la première. Advenant, selon l'amendement devant nous, on constate un refus sincère, je m'exprime ainsi, un refus qui est crédible, le libellé de la dernière phrase, comme je dis, qui est assez étanche et inconditionnel, est-ce que ça permettrait une suite? Et je souligne qu'une suite, dans ces circonstances, n'est pas permmissible devant une demande... une souffrance contemporaine, une demande contemporaine de quelqu'un qui est apte.

Donc, si on est devant le refus de quelqu'un inapte et un refus réel, compte tenu du libellé de la dernière phrase actuelle, y a-t-il une suite de possible ou une obligation si, advenant... le tiers, le tiers a insisté, selon les vœux, comme le tiers les auraient compris, y a-t-il une suite obligatoire suite à ce refus, constaté de façon objective?

M. Dubé : ...quand on sera rendus à 30, 30, c'est exactement ça. Est-ce qu'il y aura des modifications à faire à 30 en fonction de... Parce que, bien, en tout cas, je pense que c'est... Vous savez, on a regardé un petit peu, hier, ce que 30 disait, là, parce qu'on est sur le point de compléter 29. Mais, en supposant que 29 est terminé, c'est 30 qui va venir dire : Voici maintenant, quand vous procédez à l'acte, quelles sont les choses que vous devez vérifier, ou, quand vous ne procédez pas à l'acte, les deux. Ça, c'est ça que 30 fait.

Moi, M. le Président, je ne sais pas si... Dites-moi la procédure, là, mais, moi, ce que j'aimerais savoir, c'est : Est-ce qu'on a déposé officiellement... Parce que moi, j'ai reçu des textos, tout à l'heure, de gens qui voulaient voir l'amendement. Est-ce qu'on l'a... Il n'est pas encore public, hein? Puis, moi, si mes collègues n'ont pas d'objection, j'aimerais ça que l'amendement soit public pour que les... entre autres, les médecins qui nous ont posé... Je ne sais pas si vous... ce que vous en pensez, mais j'aimerais ça qu'il soit déposé officiellement.

Le Président (M. Provençal) : Mme la députée de Roberval.

Mme Guillemette : M. le Président, moi, je nous soumetts, comme on a encore beaucoup de travail, on a eu du questionnement encore ce matin, je nous soumetts de suspendre l'amendement, de cette façon, il deviendra public, mais de suspendre aussi les discussions. Puis je pense qu'on devrait voir la suite des choses ensemble, là : où on s'en va, où on est rendus avec les belles discussions qu'on a eues ce matin, les grandes avancées qu'on a faites. Je pense qu'on... Moi, c'est ce que je vous suggère, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Provençal) : Merci. De toute manière... si vous me permettez, je peux compléter en disant que, comme le mentionnait M. le ministre, toute la notion de l'administration de l'aide médicale à mourir, qui sont les articles 30 et suivants, n'a pas été traitée. On avait 10 blocs à travailler. On n'a pas terminé encore le bloc 7. Alors, moi, je vous... je vais suspendre les travaux pour qu'on puisse avoir une petite discussion interne, puis, après ça, on reviendra.

Suspension des travaux, s'il vous plaît.

(Suspension de la séance à 15 h 13)

(Reprise à 15 h 26)

Le Président (M. Provençal) : Nous reprenons nos travaux. Alors, M. le ministre, je vous cède la parole?

M. Dubé : Bien, certainement, M. le Président. Écoutez, M. le Président, à la lumière de la discussion qu'on vient d'avoir avec les députés, puis étant donné la situation où on en est rendu aujourd'hui, on a eu une discussion où il y a un consensus entre nous, je vous demanderais de faire une motion d'ajournement de la session.

Mais, avant de vous le demander, j'aimerais, parce qu'on pourra l'expliquer un petit peu par la suite, mais j'aimerais en profiter pour remercier tout le monde du travail qui a été fait non seulement du côté de l'opposition, mes collègues du côté gouvernemental, mais aussi tout le travail qui a été fait par nos légistes et les équipes du ministère. Je pense que c'est important. Je pense même qu'il y en a plusieurs qui ne sont pas ici qui se reconnaissent. Alors, je le fais au nom de tous mes collègues.

Alors, je vous demanderais qu'on fasse une motion d'ajournement, s'il vous plaît, si tout le monde est d'accord avec ça.

Le Président (M. Provençal) : Oui, M. le ministre. En vertu de l'article 165 du règlement, je fais motion que la commission ajourne ses travaux, considérant que nous terminons... Ça va? Je n'ai pas besoin de donner d'explication?

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Est-ce que la motion est adoptée? Excusez-moi.

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Provençal) : Adopté? Merci beaucoup.

Sur ce, on va mettre fin à nos travaux. Merci beaucoup. Donc, on va sortir des ondes. Merci.

(Fin de la séance à 15 h 27)