



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le lundi 25 novembre 2013 — Vol. 43 N° 62

Étude détaillée du projet de loi n° 52 — Loi
concernant les soins de fin de vie (2)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le lundi 25 novembre 2013 — Vol. 43 N° 62

Table des matières

Étude détaillée (suite)

1

Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président
Mme Suzanne Proulx, vice-présidente

Mme Véronique Hivon
Mme Stéphanie Vallée
M. Yves Bolduc
Mme Kathleen Weil
M. Sylvain Lévesque

* Mme Patricia Lavoie, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le lundi 25 novembre 2013 — Vol. 43 N° 62

Étude détaillée du projet de loi n° 52 — Loi
concernant les soins de fin de vie (2)

(Quatorze heures six minutes)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, à l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte.

Le mandat de la commission est de poursuivre l'étude détaillée du projet de loi n° 52, Loi concernant les soins de fin de vie.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Goyer (Deux-Montagnes) remplace M. Richer (Argenteuil); M. Claveau (Dubuc) remplace M. Villeneuve (Berthier); Mme Weil (Notre-Dame-de-Grâce) remplace Mme Blais (Saint-Henri—Sainte-Anne); et M. Lévesque (Vanier-Les Rivières) remplace Mme Daneault (Groulx).

Étude détaillée (suite)

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, collègues, lors de l'ajournement de nos travaux, jeudi dernier, nous avons adopté un amendement à l'article 5, mais nous n'avons pas débuté la discussion sur l'article amendé. Je vous rappelle que l'étude de l'article 3 et de son amendement a été suspendue. Mme la ministre, la parole est à vous pour l'article 5 tel qu'amendé.

Mme Hivon : Oui. Alors, je pourrais lire l'article 5.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, on me dit que, l'article 3, on va le laisser suspendu pour...

Mme Hivon : Oui. Je suggère qu'on revienne, à une prochaine séance, sur l'article 3. Il me reste une vérification à faire pour la définition de «soins palliatifs». Donc, si vous n'avez pas d'objection, on va poursuivre avec 5.

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme la ministre. Alors, l'article 5, tel que...

Mme Vallée : ...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : ...juste avant d'aller à l'article 5, je ne sais pas comment. On avait une suggestion de définition à déposer. Donc, ce qu'on fera, on le déposera lors de la reprise de l'étude de l'article 3.

Avec votre permission, par contre, j'aurais juste une question. Je sais qu'on a adopté l'article 2 lors de notre séance, vendredi dernier, mais j'avais une petite question qui m'est venue. Et c'est vraiment simplement pour en avoir le coeur net. Pendant le week-end, j'ai relu la *Politique en soins palliatifs et en soins de vie*, puis, entre la mise en contexte ou la mise en place de la politique, il y avait certains principes, puis je comprends que l'article 2 s'est inspiré de ces principes-là, mais j'avais une petite question parce qu'il y a des choses qui sont un petit peu différentes.

Donc, avec votre permission, je ne sais pas s'il était possible tout simplement d'adresser cette question-là à la ministre ou si on peut y aller un peu plus tard. C'est comme vous le voulez. C'est juste une petite...

Le Président (M. Bergman) : Oui. Le fait qu'on travaille dans une manière très constructive, je propose qu'on accepte la question de Mme la députée de Gatineau, sur consentement, n'est-ce pas? Est-ce qu'il y a consentement? Consentement.

Mme Vallée : Merci beaucoup, et j'apprécie, Mme la ministre, votre consentement.

Dans les principes directeurs de la *Politique en soins palliatifs et en fin de vie*, dans l'introduction, on énumère l'ensemble des valeurs sous-jacentes de la politique, et je comprends qu'à l'article...

Mme Hivon : Vous me dites à quelle page vous êtes?
• (14 h 10) •

Mme Vallée : Pardon. À la page 7 de la politique. Et je présume que ces valeurs-là, donc les quatre valeurs sous-jacentes... j'imagine qu'elles ont été considérées dans la rédaction de l'article 2.

Je voulais juste vérifier parce qu'il y a, dans la question dans les maisons de soins palliatifs, un aspect de spiritualité qui est quand même assez important et qu'on retrouve au quatrième point, c'est-à-dire «le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, donnés dans le respect de ce qui confère du sens à l'existence

de la personne, soit : ses valeurs, sa culture, ses croyances [...] ses pratiques religieuses ainsi que celles de ses proches». Puis je comprends qu'à l'article 2, au deuxième paragraphe, on fait une référence à l'effet que la personne doit être, en tout temps, «traitée avec compréhension, compassion, courtoisie et équité, dans le respect de sa dignité, de son autonomie [et] de ses besoins, et de sa sécurité», mais je me demandais si l'aspect spirituel... pourquoi on n'avait pas cru bon de reprendre cet élément-là de la politique à l'intérieur du texte du projet de loi. Parce que, j'imagine, tout l'aspect culturel, l'aspect de la famille, de l'environnement doit aussi être considéré dans l'ensemble des soins de fin de vie.

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme la députée. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. En fait, parce que ça fait partie de ses droits et libertés, et ces droits et libertés doivent inspirer chacun des gestes posés à son égard, donc, évidemment, le droit d'avoir ses croyances, sa religion, et tout ça. Donc, on avait posé la question, et le ministère de la Justice nous avait recommandé de ne pas aller dans ce degré de détail, de rester vraiment au niveau des éléments qui sont là, qui en fait sont à la fois ce qu'on retrouve dans la loi santé et services sociaux. Parce que, comme je vous explique aussi, si on s'éloigne trop de ce qu'on a dans la loi sur la santé et les services sociaux, parce que ce sont des commentaires pertinents aussi pour toute autre offre de soins, on pourrait donner lieu à une interprétation différente lorsqu'on est en fin de vie versus un autre processus, une autre étape, et, dans ce cas-ci, ça n'apparaissait pas souhaitable. Donc, on nous a dit que «droits et libertés» comprenaient l'ensemble.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Je comprends qu'il y a un état des lieux, là, qui se fait actuellement au niveau des soins palliatifs, j'imagine. Est-ce qu'il y a une volonté de mettre la politique à jour?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : De l'avis de tous, la politique, elle est toujours à jour, donc elle serait toujours bonne, et, non, il n'y a pas de travail, pour être tout à fait transparente, il n'y a pas de travail de mise à jour, je dirais, en profondeur de la politique. Dans le bilan qu'on est en train de faire, ce qu'on fait plutôt, c'est de voir où on atteint les objectifs en quelque sorte et puis les écueils dans l'application. Mais la politique, dans son fondement, dans ses fondements de la vie, là, du milieu des soins palliatifs, elle est toujours à jour.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Ça va. Donc, on va pouvoir revenir à l'article 5. De toute façon, les questions... Je réalise, tout en vous parlant, que les questions que j'ai relatives à la politique trouveront également écho dans l'article 5. Donc, on pourra... Merci.

Le Président (M. Bergman) : Alors, collègues, on retourne à l'article 5 tel qu'amendé puis après on va voter sur l'amendement de l'article 5. Alors, Mme la ministre. L'article 5 tel qu'amendé.

Mme Hivon : «5. Toute personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir des soins de fin de vie, sous réserve des exigences particulières prévues par la présente loi.

«Ces soins peuvent lui être offerts dans une installation maintenue par un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile.

«Les dispositions du présent article s'appliquent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements, des orientations, des politiques et des approches des maisons de soins palliatifs ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.» Et on a ajouté : «Elles complètent celles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et celles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris portant sur les droits des usagers et des bénéficiaires.»

Alors, c'est l'article qui introduit, donc, le droit qu'on a souhaité mettre noir sur blanc à la... de recevoir des soins de fin de vie et de prévoir où ces soins peuvent, donc, être dispensés et obtenus. Par «domicile», je peux peut-être vous préciser qu'on entend «tout lieu qui est situé à l'extérieur d'une installation maintenue par un établissement ou d'un local tenu par une maison de soins palliatifs», dont notamment une résidence pour personnes âgées serait vue comme un domicile. Et donc le troisième alinéa, lui, vient mettre le cadre, donc, pour analyser cette obligation. Donc, évidemment, ça doit se faire dans le cadre actuel, donc, des dispositions législatives et réglementaires tout en respectant aussi, pour ce qui est des maisons de soins palliatifs, leurs orientations, leurs politiques, leurs approches, ce qui, d'entrée de jeu, même si on le prévoit plus loin noir sur blanc dans la loi, vient consacrer le fait qu'elle pourrait offrir les soins qu'elle souhaite offrir et non pas l'ensemble des soins.

Et, pour ce qui est de la question des ressources humaines, matérielles et financières, c'est le calque de ce que l'on retrouve dans la LSSSS.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Compte tenu justement que la LSSSS, et l'article 7, je crois, précisément, reconnaît un droit aux soins de santé dans la mesure... alors pourquoi a-t-on choisi ou a-t-on décidé de reprendre les dispositions de la loi à

l'intérieur de ce projet de loi là? Est-ce qu'on n'est pas en train, encore une fois, de... excusez-moi, hiérarchiser les droits aux services de santé au Québec en reprenant, à l'intérieur d'une loi précise, un droit aux soins spécifiques que l'on introduit? Est-ce qu'on n'est pas... Est-ce qu'on place, en avant de tous les autres patients au Québec, les patients en soins de fin de vie en réaffirmant encore une fois un droit qui est déjà à l'intérieur de la loi?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Merci, M. le Président. Alors, c'est une très bonne question, mais la réponse est non, et la réponse est non parce qu'on a le même libellé, si vous voulez, du contexte. Ça le serait si on avait enlevé toute référence au troisième alinéa... en fait, si on n'avait pas le troisième alinéa, parce qu'on n'aurait pas eu la disposition miroir de ce que l'on retrouve dans la LSSSS. La raison pour laquelle on le met noir sur blanc, ce droit-là... parce que, si un jour on décidait de faire une loi spécifique sur un autre type de soin, exemple, on pourrait tout à fait venir écrire noir sur blanc le droit à un tel soin parce que ça va de soi.

Donc, ça va de soi qu'une personne a droit à des soins, mais on trouvait que c'était important, compte tenu que c'est une loi sur les soins de fin de vie, de réaffirmer l'importance de ces soins de fin de vie, de réaffirmer qu'il y a un droit d'obtenir de tels soins et aussi du fait de, je dirais... des défis qu'on a connus dans l'implantation, donc, de la politique sur les soins de fin de vie. Je pense que c'est important d'envoyer clairement le message que les soins palliatifs sont des soins aussi importants, sinon plus que les autres soins et donc de les mettre noir sur blanc et de les reconnaître noir sur blanc dans la loi.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Est-ce que nous avons les ressources? Compte tenu que l'état des lieux n'est pas encore disponible, est-ce que nous avons les ressources physiques, les ressources humaines, les ressources financières pour garantir l'accès aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire du Québec?

On en a jase, on en a discuté lors des consultations. C'est une préoccupation de plusieurs groupes. Parce qu'à partir du moment où on introduit cet article-là quelqu'un pourrait dire : Bien, écoutez, j'ai ce droit-là à l'accès aux soins palliatifs, et est-ce que dans ma région, peu importe où je suis, je peux concrètement et objectivement penser que j'aurai accès à ces soins-là et qu'est-ce que ça va engendrer? Parce que, là, oui, on a un droit théorique, mais concrètement est-ce qu'on est capable de... est-ce qu'on peut s'attendre à ce que les citoyens du Québec aient réellement un accès aux soins palliatifs au lendemain d'une adoption éventuelle de la loi?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

• (14 h 20) •

Mme Hivon : Oui. Alors, ma réponse, c'est : Il y a vraiment une volonté ferme à cet égard-là. Je l'ai répété beaucoup, vous m'avez entendue pendant les auditions, et je tiens à le redire, si on a mis ça, si on fait une loi sur les soins de fin de vie, c'est parce qu'on a un engagement à bien sûr bonifier encore davantage l'accès aux soins palliatifs, de faire en sorte que les gens, qu'importe la région, vont avoir accès à ces soins palliatifs.

Et je crois que c'est très, très important de remettre les choses en perspective. Il y a des chiffres, qui ont circulé, de certains groupes qui sont opposés au projet de loi, je tiens à le dire, qui ont fait circuler des chiffres comme quoi, au Québec, il n'y aurait que 20 % des gens qui ont accès aux soins palliatifs. J'ai demandé les études. Je dois vous le dire, je ne les ai jamais obtenues, la commission non plus ne les a pas obtenues. Je pense que la raison est assez simple, c'est que ce n'est pas un chiffre qui tient la route. Peut-être qu'ils ont vu d'anciennes études, mais il n'y a pas d'étude à jour qui fait état d'un si faible accès aux soins palliatifs. Je vous dirais, au contraire, et là je vais vous donner certaines données objectives, c'est probablement important de les entendre. On a fait tout un travail. J'ai bien hâte que le bilan soit terminé, mais le bilan, malheureusement, compte tenu de l'absence d'indicateur dans le milieu hospitalier notamment, ne nous permet pas de mesurer parfaitement le degré d'atteinte des soins palliatifs parce qu'il n'y avait pas d'indicateur.

C'est vrai qu'il y a une complexité dans le milieu hospitalier parce que la personne peut entrer, être en soins aigus puis, à un moment donné, transférée en soins palliatifs. Il n'y avait pas cette tradition, dans les établissements, de changer le code quand la personne commençait à obtenir des soins palliatifs, parce que vous pouvez commencer à obtenir des soins palliatifs, même si vous n'êtes pas physiquement transféré dans une unité de soins palliatifs. Donc, c'est toutes des choses qui vont être raffinées, qui sont déjà en cours, je dirais, d'être grandement améliorées. Mais ce que je peux vous dire, c'est que, comme on l'a dit, il y a cette idée d'avoir un lit par 10 000 de population qui émane de la politique. D'ailleurs, le député de Jean-Talon nous a bien expliqué d'où venait le chiffre de un pour 10 000. Et, quand on regarde, donc, ce chiffre de un pour 10 000, on est à 98 % de l'atteinte de l'objectif. Est-ce que c'est le seul élément, là? Ma réponse est rapide, c'est non. Ça fait que je vais continuer, mais on est à 98 % de l'objectif de l'atteinte du un pour 10 000 dans l'ensemble du Québec. Si par ailleurs on le prend région par région, parce qu'il y a des régions qui ont été plus proactives, qui ont développé plus de lits, donc, qui sont en surplus alors qu'il y a des régions qui sont en déficit, il y a des régions qui sont donc en surplus. Et, si, donc, on le regarde région par région, on serait autour de 90 %, si vous me suivez, là, parce qu'évidemment il faut tenir compte des régions où il y a des défis plus importants. On serait autour de 90 % de l'atteinte. Et, je vous le dis, notre engagement, il est que, dans un an, on ait atteint le ratio du un pour 10 000. On a un plan de match. On a annoncé des investissements pour ce faire.

Ce n'est pas la seule mesure parce qu'évidemment il faut aussi avoir des soins à domicile. Toutes les régions ne sont pas organisées de la même manière, et c'est pourquoi, dans les 15 millions qu'on a annoncé au printemps, 11 millions

de ce 15 millions va pour bonifier les soins palliatifs à domicile, pour s'assurer d'avoir l'équilibre, donc, entre le ratio du un pour 10 000 et les soins qui vont être offerts à domicile. Et ça, c'est une donnée que nous avons. La donnée que nous avons, à partir de nos systèmes qui s'appellent le GESTRED, dans le jargon, c'est qu'on a... Du potentiel de gens qui devraient recevoir des soins palliatifs, il y a 50 % des gens qui les reçoivent à domicile, qui en reçoivent à domicile, et donc, évidemment, vous devez additionner à ça tous les gens qui en reçoivent en milieu hospitalier et tous ceux qui en reçoivent en maison de soins palliatifs.

Donc, nous, vraiment, on pense que le degré d'atteinte d'accès aux soins palliatifs, il est très bon. Est-ce qu'il est parfait? Non. Est-ce que tout le monde a la perfection de l'intensité de soins palliatifs? Non. C'est pour ça qu'on a annoncé des investissements, c'est pour ça qu'on poursuit le travail. Mais, quand on regarde les données de l'atteinte du un pour 10 000, quand on regarde le degré de gens à domicile qui en ont, je pense qu'on peut dire que le degré est très intéressant.

Et je vous soumettrais que, vous savez, quand les gens sont en fin de vie, qu'ils aient le cancer ou qu'ils aient une maladie dégénérative, ils sont suivis. Ils sont suivis par des médecins et par des spécialistes et ils ont, très, très, très généralement, là, je ne peux pas dire «dans tous les cas», mais une référence en soins palliatifs le moment venu. Donc, ça ne tient non plus pas la route, je vous dirais, du test du réel de se faire dire qu'il y aurait juste 20 % des gens qui auraient accès aux soins palliatifs quand on sait que les gens qui ont un cancer sont suivis, sont référés en fin de vie, même chose pour les gens qui ont des maladies dégénératives. Donc, je vous dis : Les chiffres que nous avons, c'est ceux que je viens de vous dévoiler.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Est-ce que l'état des lieux sera... est prévu pour quand? Vous devriez avoir votre rapport final à quel moment?

Mme Hivon : On espère, le plus tôt possible, mais, je vous dirais, quelques mois tout au plus. On a un bon brouillon mais qu'on veut peaufiner. Mais il y a beaucoup d'éléments que je peux déjà rendre publics, comme ces éléments-là, là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Est-ce qu'il n'est pas... Puis certains diront que cet état des lieux serait peut-être utile avant d'aller plus loin.

Pourquoi on a choisi d'aller de l'avant avec la loi sans avoir l'état des lieux? Parce que c'est un peu particulier. On discute actuellement d'un article qui va donner un droit, qui va accorder un droit ou qui va légiférer et consacrer un droit à des citoyens pour un accès à des services. On a une idée actuellement du déploiement du service, mais on n'a pas une idée précise. En fait, l'état des lieux devrait nous apporter une meilleure connaissance de l'étendue des services sur le territoire. Est-ce qu'il y a urgence de légiférer sur la question? Est-ce qu'il n'aurait pas été plus à propos d'avoir ce polaroid de la situation avant de légiférer et de consacrer ce droit aux soins palliatifs? Parce que, c'est certain, je comprends que c'est un souhait d'améliorer l'accès aux soins palliatifs. Je comprends qu'on a fait un choix, on a décidé d'y investir des sommes importantes au cours de la dernière année, mais comment on peut s'assurer... comment les députés de autour de cette table peuvent-ils être assurés que l'article n'est pas qu'un voeu pieux, qu'il y aura réellement les ressources et qu'on a et qu'on dispose réellement des ressources sur le terrain pour être capable... Parce que consacrer un droit, c'est une chose, mais consacrer un droit puis se retrouver dans six mois, dans un an à se faire dire : Bien, finalement, vous avez consacré ce droit-là, mais les ressources ne sont pas au rendez-vous, on n'a toujours pas accès, dans certaines régions du Québec, aux soins palliatifs... Je pense notamment au Nord-du-Québec, je pense aux régions vraiment plus éloignées. Est-ce que ces régions-là ont accès aux ressources au même titre, par exemple, que la région de Québec, au même titre que la région de Montréal?

Puis, on en parle dans ce dossier-là, on en a parlé la semaine dernière, il y a deux semaines, dans le cadre de l'assurance autonomie, consacrer un droit au Québec, pour moi, c'est important que ce droit-là puisse réellement être exercé par le citoyen, peu importe où le citoyen choisit de résider.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Bien, je vous dirais que, oui, c'est l'engagement, c'est la volonté, c'est ce qui est en cours de développement. C'est une bonne question que pose la députée, mais je pense qu'il n'y a rien de... ce n'est pas un avant l'autre ou un après l'autre, c'est les deux de manière parallèle, comme je l'ai expliqué abondamment pendant les travaux.

Moi, je pense que ce projet de loi là, il est attendu, il est important pour l'ensemble de ce qu'il fait. Oui, il vient consacrer les soins palliatifs, il vient situer le tout sur un continuum, il vient prévoir des cas exceptionnels de souffrances exceptionnelles, il vient introduire le régime des directives médicales anticipées. Il y a une grande volonté dans la population de voir apparaître cette loi-là. Il y a une grande volonté d'améliorer, je dirais, tout ce continuum, d'améliorer aussi toute la compréhension, le soutien des personnes en fin de vie, le respect de leurs volontés, notamment via les directives médicales anticipées, de pouvoir venir encadrer la sédation, introduire l'aide médicale à mourir. Et, pour ce qui est des soins palliatifs et de l'accès aux soins palliatifs, je pourrais vous déposer un tableau — ça me ferait plaisir de vous le déposer — sur l'atteinte des objectifs. Je viens de vous les dire. Donc, comme c'est la vérité, comme c'est l'état des lieux du pourcentage d'atteinte du ratio un pour 10 000, du suivi, donc, des éléments de la politique à cet égard-là, du déploiement, de l'accès des soins à domicile, donc, c'est vraiment l'état des lieux que je peux vous transmettre, à la lumière de ce qui a été fait.

Le hic, je vous le dis, pourquoi le bilan, il n'est pas à mon goût? C'est parce qu'il nous manque d'indicateurs, notamment dans le milieu hospitalier. Donc, ça, pour moi, c'est une faille. On va les avoir au prochain exercice financier. Donc, c'est un peu ça. Mais je vous transmets le maximum de ce que je peux vous transmettre, je dirais, en quantitatif, là, puis, si vous avez d'autres questions, ça va me faire plaisir d'y répondre aussi. Mais je pense que vous devez prendre aussi les chiffres que je vous transmets, qui sont les chiffres étayés, où on en est maintenant et où on va en être dans un an avec le plan de développement pour atteindre les ratios.

• (14 h 30) •

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, pourriez-vous déposer le tableau en question?

Mme Hivon : Oui, on va le déposer. Je pense qu'on ne l'a pas. On l'a... On va vous le déposer, si on peut, aujourd'hui ou sinon à la prochaine... C'est bon?

Le Président (M. Bergman) : Parfait, merci. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Je crois que ma collègue...

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Bien, j'aurais des questions, mais c'est des questions tout autour de cette volonté, volonté de montrer, parce que je... D'entrée de jeu, je veux juste dire que je suis ici présente parce que je remplace la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Évidemment, l'objectif, c'est d'améliorer le projet de loi, et je pense que tous ceux qui ont voté dans un sens ou dans l'autre veulent l'améliorer. Moi, les commentaires que j'ai eus, c'était vraiment autour de ce noeud-là, c'est-à-dire que les gens veulent être rassurés qu'on ne met pas la charrue devant les boeufs et qu'il y a vraiment une volonté ferme d'avoir des soins palliatifs, accessibilité, accessibilité des soins palliatifs en tout lieu, en tout temps. On a eu l'occasion. J'étais en commission parlementaire, on a pu poser des questions au Vérificateur général sur les soins à domicile et on a pu poser des questions aux représentants des CSSS dans les régions et des agences. Et la réponse qu'ils nous ont donnée, c'est que c'est inégal, c'est inégal par région. Et certainement le Québec n'est pas le modèle au Canada pour l'accès aux soins palliatifs, on est peut-être quelque part au milieu. Et donc, dans la façon que l'article 5 est écrit, ce serait de voir s'il n'y a pas moyen de le rendre plus solide, plus ferme pour vraiment traduire une volonté, parce que le commentaire de beaucoup de gens, c'est : On donne un droit et on parle de soins de fin de vie, on ne parle pas d'un soin particulier, on parle de soins de fin de vie et ensuite on vient conditionner ce droit dans un domaine qui est vraiment en développement, les soins palliatifs.

Je regardais, d'ailleurs, en Angleterre, à quel point ils font des pas de géant en soins palliatifs. Là, ils veulent élargir les soins palliatifs pas juste aux patients qui souffrent de cancer, mais ils sont en train de faire des recherches pour les étendre à d'autres types de maladie. Mais on n'entend pas ce discours ici, et je pense... bien, c'est-à-dire que, si oui, ce serait d'avoir un langage, dans la traduction, dans les mots qui sont utilisés, qui traduise quelque chose de plus ferme pour assurer les gens que toute la volonté est là, donc, pour s'assurer que les gens ont réellement l'expérience des soins palliatifs. Et donc, s'ils prennent une décision de la sédation palliative terminale, c'est vraiment ayant vécu cette expérience, ayant eu accès.

Donc là, j'arrive avec des questions précises. Par exemple, dans le paragraphe... C'est d'expliquer, dans l'article 5, premier alinéa, «sous réserve des exigences particulières prévues par la présente loi». Qu'est-ce qu'on comprend par cette «réserve»?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, vous avez, au troisième alinéa, donc, le lien avec les réserves.

Par exemple, une maison de soins palliatifs... en fait, il n'y en a qu'une, à ma connaissance, mais La Maison Michel Sarrazin est la seule qui ne reçoit que des gens atteints de cancer. Les autres ont fait l'évolution et reçoivent des gens qui peuvent avoir des maladies dégénératives comme la sclérose latérale. En général, ils en reçoivent quelques-uns par année. Mais on prévoit, au troisième alinéa, parce qu'on nous a beaucoup parlé de l'importance de préserver l'autonomie, l'approche des maisons de soins palliatifs, donc de ne pas venir faire du mur-à-mur via la loi. Donc, par exemple, La Maison Michel Sarrazin pourrait continuer à décider de n'offrir que des soins palliatifs aux personnes atteintes de cancer, par exemple, alors que les soins de fin de vie, de manière globale, effectivement... Et, dans la politique sur les soins de fin de vie qui a été adoptée, donc, en 2003, ça prévoit qu'on doit effectivement pouvoir offrir des soins de fin de vie, des soins palliatifs, pas uniquement aux personnes atteintes de cancer. Ça, c'est un exemple.

La fameuse question sur les ressources humaines, matérielles et financières, je dois vous dire que je la trouve aussi plate en quelque sorte que vous, et puis, pour moi, elle ne reflète pas du tout ce qu'est notre volonté. Il y a une volonté excessivement ferme, il y a tout un chantier de travail au ministère, même si l'atteinte des objectifs est très, très élevée, très importante. Mais on ne veut pas s'arrêter. On continue à investir en soins à domicile, il y a tout un chantier sur les

petits projets, le soutien au communautaire aussi pour donner du répit aux proches aidants qui aident des gens à domicile. Donc, tout ce travail-là se fait de manière excessivement intense au ministère.

Mais pourquoi il faut avoir ça? Bien, je vous l'explique, puis je l'ai dit tout à l'heure, mais c'est parce qu'on a ça dans l'article 13 de la LSSSS et c'est quelque chose qui n'a jamais été remis en question. Et, si on enlevait ça dans notre loi, là, effectivement, on viendrait hiérarchiser. Donc, il y aurait une catégorie à part pour les soins de fin de vie, et ce n'est pas possible de faire ça.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Donc, quand on parle d'exigences particulières prévues par la présente loi, vous incluez là-dedans les missions particulières de certaines maisons, mais est-ce que... C'est bien ça, si je comprends la réponse?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Il y a aussi d'autres...

Mme Weil : Est-ce qu'il y a aussi d'autres exigences comme...

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Il y a aussi, par exemple, la sédation, la sédation palliative qu'on vient encadrer de manière stricte. Donc, on vient dire que la sédation va devoir être faite selon les protocoles établis à partir des standards cliniques. Donc, ça, c'est une exigence de la loi. L'autre exigence, il va devoir maintenant y avoir un consentement écrit pour obtenir une sédation palliative continue qui fait partie des soins palliatifs; même chose pour l'aide médicale à mourir, il y a des exigences particulières. Donc, c'est ce à quoi on fait référence. Une personne ne pourrait pas arriver et dire : Bon, moi, je veux la sédation palliative, voilà, alors que le protocole viendrait dire : Ce n'est pas un cas où ça s'applique, là. Donc, ça va de soi qu'il faut venir dire que c'est dans le cadre des exigences de la loi.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Oui. Je reviens vraiment, là, avec les mots puis les expressions.

Donc, on dit que toute personne a droit de recevoir les soins de fin de vie, puis ensuite il y a des réserves, il y a des conditions, mais est-ce qu'on est en train de dire... mais est-ce qu'on peut confirmer que, d'une manière ou d'une autre, que ce soit dans une autre région, que ce soit soit dans un hôpital, ou une maison, ou à domicile, la personne aura accès à des soins de fin de vie? Parce qu'on peut interpréter l'article comme voulant dire que, si dans votre région il n'y a pas de soin de fin de vie, vous n'en aurez pas, auquel cas il faudrait être plus précis, parce que, lorsqu'on lit l'article, il y a une inquiétude que... parce qu'on parle de soins de fin de vie alors que lorsque... C'est-à-dire, «soins de fin de vie», c'est un tout, hein, il y a différents choix là-dedans, et certains, s'ils sont très chanceux, dans certaines régions, auront le choix. Ils vont peut-être décider que c'est à domicile, disons que... dans une région particulière, ou dans une maison particulière, ou peut-être à l'hôpital, dépendant. Dans d'autres régions, non, hein, il n'y aura pas de possibilité «peut-être à domicile» ou peut-être qu'il n'y aura pas de maison, c'est sûr qu'il n'y a pas de maison dans toutes les régions, ce sera à l'hôpital. Mais je pense que c'est important.

Si ce que la ministre dit, c'est que tout le monde aura, d'une manière ou d'une autre, accès à des soins de fin de vie, puis on parle beaucoup de soins palliatifs — je pense que, pour la plupart des gens, c'est ça qu'ils ont en tête — si c'est bien ça, je pense que, la manière que l'article 5 est écrit, il y a une inquiétude, parce qu'ensuite on a cette réserve au plan des ressources humaines et financières. Mais, le système de santé, c'est sûr, si on se casse la jambe, par exemple, c'est sûr qu'on va trouver les... on va... La condition qu'on retrouve dans la loi sur les services de santé, ce n'est pas de dire : Bien, à la condition qu'on ait des ressources disponibles, on va vous réparer la jambe. Ce n'est pas ça. C'est-à-dire que vous allez vous ajuster, dépendant... on va vous envoyer là où on peut vous envoyer. C'est ça, l'intention du législateur dans la Loi sur les services de santé et services sociaux.

J'imagine que c'est cette même intention qu'on veut traduire ici. Mais, parce qu'on parle d'un tout, les soins de fin de vie, on a l'impression... parce qu'on sait qu'actuellement les soins palliatifs ne sont pas développés partout, contrairement aux soins de santé. Vous avez une crise cardiaque, vous avez besoin d'une intervention rapide, c'est sûr qu'on va vous traiter, on ne va pas vous... Mais, parce qu'on parle de soins, premièrement, en développement, il y a une nouvelle expérience avec les soins palliatifs, ça dure depuis quand même 30 ans, mais qui est en constant développement, ça serait de voir s'il n'y a pas un langage pour le rendre plus rassurant.

Je pense que les gens ont besoin d'être rassurés que, si moi, je choisis d'avoir des soins palliatifs, je vais pouvoir avoir accès à des soins palliatifs. Et comment est-ce que le système de santé s'organise pour que j'aie des soins palliatifs?

• (14 h 40) •

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Peut-être, premier élément pour rassurer la... On a l'article 8 plus loin qui vient dire que tout établissement offre les soins palliatifs, donc, doit offrir les soins palliatifs. Donc, tout établissement doit les offrir. À 5, on vient mettre le principe, après on décortique. Donc, tout établissement doit les offrir, les soins de fin de vie. Donc, il doit offrir l'ensemble des soins de fin de vie, premièrement.

Et, pour faire votre parallèle avec la personne qui a besoin d'une chirurgie cardiaque, par exemple, elle vit dans un petit village au nord de l'Abitibi, elle ne l'aura pas nécessairement dans le petit village au nord de l'Abitibi, mais, dans sa région, on va s'assurer... et même il y a des endroits où il y a des soins ultraspécialisés qui ne peuvent pas être donnés à proximité, on va s'assurer... bon. La volonté, là, et c'est plus qu'une volonté, c'est un engagement, c'est que dans chaque région, évidemment, les soins palliatifs sont disponibles. Parce que c'est tout ça qu'on est en train de revoir en ce moment au ministère. C'est de s'assurer que le développement avec les sommes additionnelles qui sont consenties, un, il va en priorité aux endroits où il y a un manque de lits ou un manque de soins palliatifs. C'est clairement comme ça que ça se fait en ce moment, c'est les régions donc où il y a un manque de lits qui sont financées, et on bonifie les soins palliatifs en premier. Et donc toute cette organisation est faite pour être optimale. Si vous avez, par exemple, deux maisons de soins palliatifs, comment tout ça se décline pour avoir une offre optimale avec l'unité en centre hospitalier, avec ce que vous avez comme lits en ressources plus spécialisées versus l'offre à domicile, c'est tout ça qu'on regarde. Donc, l'objectif, c'est exactement ça, c'est que, que vous soyez en Abitibi ou à Montréal, vous ayez accès, d'une manière ou d'une autre, aux soins palliatifs.

Et d'ailleurs le député de Jean-Talon nous parlait déjà du Lac-Saint-Jean, et le Lac-Saint-Jean est un bon exemple où il y a cet équilibre entre les soins palliatifs à domicile, les maisons de soins palliatifs et les unités dédiées dans les centres hospitaliers. Donc, c'est ça, notre engagement pour qu'importe où vous soyez au Québec vous ayez accès aux soins palliatifs.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Donc, c'est ça. Alors donc, au paragraphe... le deuxième alinéa, ce serait plutôt que ces soins lui seront offerts soit dans une installation maintenue par un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile, parce que le «peuvent» vient rajouter cette couche d'incertitude lorsque les gens le lisent. C'est-à-dire, ça sera à un endroit ou à l'autre, et puis on ne spécifie pas dans quelle région, ça pourrait être dans une autre région. Mais est-ce que vous êtes en... La ministre est en train de dire : C'est qu'on confirme que, d'une manière ou d'une autre, la personne aura accès à ce qu'on appelle des soins de fin de vie. Donc, on pourrait rajouter un élément de certitude et de...

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je pense qu'il faudrait être au présent, on me dit, mais, si vous aimez mieux... De ce que je comprends, vous préféreriez : Ces soins lui sont offerts dans une installation maintenue, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile. Vous aimez mieux ça?

Mme Weil : Bien, je ne sais pas...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : ...excusez-moi, je n'étais pas ici quand vous avez décidé comment vous faites vos analyses — excusez-moi — si vous y alliez par paragraphe.

Moi, je regardais le tout parce que je pense que c'est un article extrêmement important, important pour assurer les gens que la volonté, bien que je pense que les gens puissent comprendre qu'on n'a pas des... Tout le monde aimerait des maisons de soins palliatifs dans toutes les régions, mais je pense que les gens comprennent que ce n'est pas ça. Puis, de toute façon, il y a des soins palliatifs, dans des hôpitaux, qui sont excellents, puis des gens ont vécu des expériences excellentes avec ça. Mais donc c'est de tout faire... alors, moi, je regardais l'article globalement, de voir comment on peut enlever ces éléments d'incertitude pour rassurer les gens. Parce que le prochain, le troisième, vient parler de ressources financières et humaines, et, dès qu'on commence à parler de ressources financières et humaines, c'est là qu'évidemment le niveau d'inconfort est quand même assez élevé. Donc, c'est ça. Alors, si les collègues sont d'accord...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Bien, en fait, je comprends bien l'intervention de ma collègue, j'avais, en lien avec ce paragraphe-là, j'avais évidemment la préoccupation, parce qu'on en a discuté un peu vendredi dernier... Il y a aussi une autonomie à préserver au sein de certaines maisons de soins palliatifs qui sont des organismes à but non lucratif et qui ne souhaitent pas offrir... En tout cas, actuellement, il y a de ces maisons-là qui ne souhaitent pas offrir ou ne souhaiteront pas offrir l'aide médicale à mourir. Et je ne voudrais pas que cet article-là ait l'effet contraire à celui qu'on souhaite, c'est-à-dire de toujours permettre le libre choix des maisons de soins palliatifs d'offrir la gamme de soins ou d'interventions, mais la gamme de soins de fin de vie qui sera conforme à l'esprit puis à la philosophie de la maison.

Alors, c'était une de mes questions. Au-delà de l'aspect des ressources, de l'accessibilité des ressources, je ne voudrais pas par la rédaction qu'on puisse, dans un avenir à moyen ou long terme, dire : L'article 5 consacre un droit, l'article 5 consacre un droit à l'ensemble des soins de fin de vie à certains endroits, et donc les maisons de soins palliatifs sont tenues d'offrir les soins de fin de vie, y incluant l'aide médicale à mourir. Il ne faudrait pas faire indirectement ce qu'on ne veut pas faire directement, là, je ne sais pas...

Une voix : Mais, si on peut parler formellement...

Mme Vallée : Oui, oui, bien c'est ce qu'on fait.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre. Mme la ministre.

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Excusez. Mme la ministre.

Mme Weil : Excusez-moi. La ministre a un peu répondu peut-être à ça...

Le Président (M. Bergman) : Excusez. Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce...

Mme Weil : Oui. Excusez-moi.

Le Président (M. Bergman) : ...c'est à Mme la ministre.

Mme Weil : La ministre tantôt, lorsque...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce...

Mme Hivon : Ça va pour la députée de Notre-Dame-de-Grâce. Je suis prête à l'écouter.

Le Président (M. Bergman) : Parfait. Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Oui. Alors, la ministre, quand on a parlé, justement, de cette question du sens d'«exigences particulières [...] par la présente loi», la ministre a donné comme exemple, justement, une maison de soins palliatifs qui ne souhaiterait pas... ce n'est pas dans sa mission d'offrir la sédation palliative terminale, auquel cas, bon, ce sera là dans la transcription, mais il y a peut-être lieu de préciser plus finement cette question dans ce deuxième paragraphe.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Je veux simplement dire à la députée de Notre-Dame-de-Grâce qu'il y a un autre article qui vient plus loin, qui vient spécifier — puis on va même avoir un amendement pour le rendre encore plus clair — que les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie qu'elles offrent. Donc, ça, ça va être très, très, très clair.

Moi, je vous dirais que, pour l'article 5, le «peuvent» faisait référence peut-être à cette nuance-là, mais on me dit que, s'il y a une volonté... si vous souhaitez qu'on apporte un amendement pour... plutôt que «ces soins peuvent lui être offerts», pour dire «ces soins lui sont offerts», on pourrait effectivement déposer un tel amendement parce que le troisième alinéa vient de toute façon dire qu'on doit l'interpréter en tenant compte de certaines dispositions législatives réglementaires, des orientations, des politiques et des approches des maisons. Donc, ce serait acceptable, selon les légistes.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, juste une clarification, parce que la députée de Notre-Dame-de-Grâce n'était pas présente. On le traite vraiment comme un dossier d'éthique. C'est-à-dire que, de temps en temps, il faut qu'on en discute beaucoup avec vous autres, on met les choses sur la table, et ce qu'on veut à la fin : que ce soit le meilleur projet de loi possible et applicable. C'est pour ça qu'on peut se permettre de prendre la parole sans aucun problème.

Moi, je vais vous expliquer un petit peu mon malaise. C'est certain qu'on consacre un droit, mais, dans l'applicabilité, il faut vivre avec l'idée que, si quelqu'un dit à un moment donné : J'exige que mon droit soit respecté, il faut qu'on se donne des balises. Puis je vais vous donner un exemple. On n'en a pas parlé, mais, l'aide médicale à mourir, si on n'a pas le médecin disponible, on n'a pas la possibilité de l'avoir dans un endroit, on avait déjà parlé de certains endroits isolés, on ne prendra pas le patient puis on ne le déménagera pas, il ne faudrait pas qu'on se retrouve non plus avec une condition qu'il faudrait absolument remplir ce droit-là. C'est pour ça qu'on a marqué, dans le projet de loi : C'est aussi en fonction des ressources qui sont disponibles. C'est ça, la logique qu'il y avait en arrière. Et l'autre élément que je fais attention, c'est que, si on insiste trop en disant : Bien, si c'est dans la loi, on devrait absolument le donner — moi, je suis d'accord avec ma collègue, là, on a un article peut-être qui dit que les maisons de soins palliatifs ne sont pas obligées de le donner — on peut se retrouver avec un autre problème à gérer par la suite. Ça, c'est le genre de situation qu'on doit être prudent, c'est-à-dire qu'on dit aux gens : Oui, vous avez un droit, mais il y a comme «à l'impossible nul n'est tenu». Puis là-dessus il faut que la loi prévoit une porte de sortie pour le législateur et surtout pour les cliniciens, parce que, quand il va y avoir un problème, les législateurs, ils ne seront pas là, eux autres, mais il va y avoir quelqu'un à quelque part qui va devoir le gérer, puis on va en arriver plus tard... C'est bien beau dire : Le DSP va tout régler, là. Moi, je l'ai été, DSP, là. Toi aussi, tu ne peux pas le régler, le problème.

Donc, il faut avoir fait ce niveau de réflexion là pour dire aux gens : Oui, on veut vous les rendre accessibles, puis au niveau des soins palliatifs, tous les soins ou interventions qui vont être possibles de faire. Par contre, moi, je mets une nuance : il faut qu'on soit capables de dire à un moment donné qu'à l'impossible nul n'est tenu. Donc, quand les ressources ne sont pas disponibles, quelle que soit la raison, bien il faut être capable de dire à la personne : Oui, on veut, mais on ne peut pas.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

• (14 h 50) •

Mme Hivon : Bien, je pense que c'est une remarque pertinente, mais je dois vous dire qu'on va loin à cause de l'article 8.

Puis, on va le voir, tout établissement va devoir offrir des soins palliatifs. Donc, ça, il n'y a pas d'échappatoire, puis ça va de soi, je pense. En 2013, c'est normal que tout établissement au Québec doive offrir des soins palliatifs. C'est nécessaire. On est rendus là. La plupart le font déjà. Est-ce que ça veut dire que chaque établissement plus petit, plus grand a une unité dédiée, peinte d'une manière spécifique dans l'hôpital avec... Non, parce que ça ne peut pas être ça partout. Mais l'important, et je l'ai répété souvent, c'est que chaque établissement ait une offre de soins palliatifs qui peut aller vers le patient plutôt que d'amener le patient dans l'unité spécifique. Et ça, 8 le consacre. Et il y a beaucoup d'articles qui vont venir dire «va devoir se doter d'une politique en soins palliatifs». Il y a énormément d'éléments pour venir encadrer tout ça et s'assurer que les établissements vont offrir les soins de fin de vie. Donc, ça, je pense que c'est très important. Et, juste peut-être une précision — si jamais on y revient, là je vais vous laisser peut-être... — le deuxième alinéa, «ces soins peuvent lui être offerts», en fait pourquoi c'est écrit «peuvent»? Parce que, dans le sens, me dit-on, légistique, ça a le même sens, là, «peuvent lui être offerts» ou «lui sont offerts». C'est qu'en fait, la personne, évidemment, ça ne veut pas dire que, parce que son état le requiert, il faut qu'on lui en donne. Il faut toujours qu'elle demande, qu'elle veuille les soins et qu'elle les demande, et tout ça, là.

Donc, le «peuvent», c'est pour ça qu'il avait été choisi, c'est un petit peu pour respecter la personne dans sa démarche, dans sa volonté d'obtenir des soins. Mais certainement qu'on pourrait examiner, s'il y a une volonté du côté de l'opposition, de le changer pour «sont offerts», là. Dans la manière où ça fonctionnerait dans un monde idéal, la personne dirait : Moi, je veux les recevoir à domicile, exemple, parce que c'est possible dans mon coin, et une personne pourrait dire : Moi, j'aime mieux aller en maison de soins; une autre : En établissement. Mais évidemment ce qui est consacré ici, c'est le droit d'en recevoir. Donc, c'est ce qui est consacré.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, c'est juste que je veux faire une nuance. Dans l'article 8, ce n'est pas «tout établissement offre des soins palliatifs», mais «offre les soins de fin de vie».

Il y a une nuance parce que «fin de vie» comprend «soins palliatifs» et l'«aide médicale à mourir». Ça fait que, moi, là... Honnêtement, actuellement au Québec, tout le monde offre des soins palliatifs. Je ne connais pas un établissement au Québec, où il n'y a pas des gens qui décèdent, qu'on n'offre pas des soins palliatifs. Le niveau de qualité peut être variable, la quantité de soins peut être variable, mais tout le monde offre des soins palliatifs. Quant à moi, ce n'est même pas une nuance qu'on a actuellement. Mais, la loi, ce n'est pas ça qu'elle consacre. Elle consacre : tout le monde va devoir offrir l'aide médicale à mourir. Et, l'aide médicale à mourir, je ne suis pas sûr que, si, aux Îles-de-la-Madeleine, les médecins décident de ne pas la faire, ça peut être la possibilité. Je prends les Îles parce que je les connais bien puis je suis allé voir, puis ils sont 20 médecins. Mais, s'il arrive à cet endroit-là où ce n'est pas possible de l'offrir, bien, à ce moment-là, c'est possible qu'on ne soit pas en mesure, par la disponibilité des ressources, de l'offrir. C'est pour ça que je veux faire cette nuance-là par rapport à la question de la disponibilité des ressources.

En passant, comme opposition, on ne traite pas comme ça, mais ce serait plus facile de mettre la ministre au pied du mur en lui disant : Regarde, maintenant que tu l'as mis dans la loi, on t'oblige à le faire, sauf qu'il faut penser qu'on est là pour des gens qui sont très malades, avec des familles, puis il faut leur donner l'heure juste. Et, à un moment donné, aussi il ne faut pas créer des conflits, surtout pas judiciariser. Il faut être capable de dire aux gens : Ça dépend aussi des ressources qui sont disponibles.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Puis, peut-être pour rassurer, autant le Collège des médecins que l'Association médicale du Québec... elle est très préoccupée aussi par l'importance que l'offre, je dirais, oui, des soins palliatifs mais aussi de la sédation et l'aide médicale à mourir soit disponible. Donc, c'est sûr qu'elle travaille aussi, je dirais, avec ses membres dans cette optique-là de savoir comment cette offre-là va être disponible sur le territoire, d'où le sondage qu'elle avait effectué aussi. Et je pense qu'il y a cette grande sensibilité là aussi en ce moment au sein du corps médical et je pense que plus le projet de loi va être appliqué, plus la pratique aussi va entrer dans les moeurs, plus on va voir aussi une volonté de s'assurer de la disponibilité de ces soins, y compris la question de l'aide médicale à mourir.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Vanier-Les Rivières.

M. Lévesque : Merci, M. le Président. Quand on parle des mots... le choix des mots, là, entre le «peuvent» et «lui sont», il me semble que le mot «peuvent» me semble plus intéressant, parce qu'il faut toujours regarder les situations les plus difficiles, là. J'imagine des régions plus éloignées. Moi, je suis un originaire de la Côte-Nord... puis qu'évidemment sur la Basse-Côte-Nord il y a des régions, là... parce que ça va être difficile d'offrir l'ensemble, le tout.

Ça fait que c'est pour ça que je trouve que le libellé qu'on a actuellement est intéressant, parce que, «peuvent», il faut se garder une flexibilité, pas déjà se coincer. Le «sont»... si on utilise le mot «lui sont offerts», il y a comme une notion, selon moi, là, d'obligation ou qui encarcane beaucoup, tandis que «peuvent», bien c'est une balise, ça donne des choix, ça donne des opportunités. Mais ça crée aussi, puis ça donne au législateur puis après ça à ceux qui vont avoir à offrir

les services sur le terrain plus de flexibilité. Puis je voudrais rappeler aussi qu'il y a le mot «ou» qui... il n'est pas anodin à l'intérieur de la phrase du deuxième alinéa, là. On donne des choix. On parle d'un établissement, des locaux d'une maison de soins palliatifs «ou» à domicile.

Donc, il y a comme des choix qui sont offerts. Ça crée de la flexibilité tant pour l'usager, qui requiert les soins en fin de vie, mais aussi pour ceux qui peuvent l'offrir. Puis d'une région à l'autre... Moi, je comprends qu'à Montréal, à Québec, à Gatineau, dans les grandes villes, c'est peut-être plus facile, mais j'imagine des cas extrêmes — il faut toujours penser à ça, là — dans peut-être le Nord-du-Québec, sur la Côte-Nord, la belle région de la Gaspésie—Les Îles. Il y a des endroits où est-ce que c'est moins peuplé, puis peut-être que l'offre de services est plus éloignée, puis les gens veulent demeurer près de la maison, puis ce ne sera pas toujours possible. Ça fait qu'il faut penser à ça pour ne pas trop se coincer les mains puis se mettre des menottes dès le départ.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. En fait, j'entends bien le commentaire, moi, je veux juste rassurer tout le monde, là, parce que le but, au départ, c'est de rassurer.

L'objectif et l'engagement — c'est plus qu'un objectif — c'est que, dans toutes les régions, les soins palliatifs soient disponibles. Le député de Jean-Talon fait bien de le rappeler, les établissements, les centres hospitaliers évidemment offrent des soins palliatifs. Il faut toujours faire la distinction. Est-ce que le petit centre hospitalier en région a une unité dédiée de soins palliatifs? Non, parce que ça ne serait pas nécessairement la chose la plus efficace à faire. Mais est-ce qu'ils offrent des soins palliatifs? Oui. Mais on vient le consacrer puis on vient plus loin... Et c'est ça, là, que je veux faire ressortir dans le deuxième alinéa. Pourquoi on avait choisi «peuvent»? C'est parce qu'en fait, quand on le lit, c'est de faire l'énumération.

Donc, ils peuvent les avoir dans un établissement, dans une maison ou à domicile. C'est sûr qu'en rédaction, si on disait : Lui sont offerts là, là et là, ça pourrait donner l'impression que la personne, elle en reçoit à trois endroits. Donc...

Une voix : Ou.

Mme Hivon : Oui, effectivement, il y a «ou». Donc, c'est pour ça que je pense que ce n'est pas... Si on veut le changer, compte tenu que l'article doit se lire de toute façon avec ces trois alinéas, si c'est une demande qui nous est faite, on va la considérer.

Mais je veux juste expliquer pourquoi on avait mis «peuvent». Ce qu'on me dit, c'est aussi parce qu'il y avait les trois lieux. Donc, on voulait que ça soit clair que c'était un ou l'autre, là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

• (15 heures) •

Mme Vallée : Sur le «sont» et le «peuvent», encore, moi, je militerais en faveur de la suggestion de ma collègue pour la raison suivante... c'est-à-dire, le «sont», pour éviter d'aller à l'extérieur, parce que, «peuvent lui être offerts», c'est comme s'il y avait une possibilité que les soins soient offerts ailleurs que dans les établissements, que dans des locaux de soins palliatifs. Évidemment, on aura l'article qui viendra, là, pour assurer l'autonomie du choix des maisons de soins de soins palliatifs ou à domicile. Donc, en disant «ils sont», c'est vraiment... compte tenu qu'on aura, à l'intérieur des soins de fin de vie, de l'aide médicale à mourir et que l'aide médicale à mourir doit être encadrée et balisée d'une façon très stricte, qu'elle sera soumise au contrôle de la commission aussi...

Parce qu'à partir du moment où on met en place la commission la commission aura des rapports qui lui proviendront des établissements, aura des rapports, qui proviendront aussi... quant à l'aide médicale à mourir administrée à domicile, l'aide médicale à mourir administrée si, un jour, une maison de soins palliatifs choisissait d'offrir ce soin de fin de vie là à l'intérieur de ses murs. Donc, pour éviter que des soins de fin de vie... «Soins palliatifs», c'est une chose, mais, l'aide médicale à mourir, on entre dans quelque chose qui est beaucoup plus pointu, beaucoup plus délicat. Et il ne faudrait pas ouvrir la porte non plus à ce que ces soins-là soient offerts dans d'autres contextes. Et je sais que ce n'est pas du tout la volonté de la ministre, au contraire. J'ai compris que la ministre souhaitait vraiment bien encadrer le tout. Donc, le «peuvent» laisse sous-entendre qu'il y a peut-être d'autres endroits où ces soins-là pourraient être offerts.

Et en parallèle — on fait beaucoup de parallèles avec l'article 7 de la loi-cadre — mais, dans l'article 7, on dit clairement qu'il incombe aux établissements, dans le cadre de «toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins qui requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.» J'imagine que, ça, on parle de soins d'urgence. Mais, si on concrétise le droit de toute personne dont l'état le requiert de recevoir les soins de fin de vie, bien on devrait aussi s'assurer que les établissements seront tenus d'offrir ces soins-là. Il faut être conséquents avec nous-mêmes. Dans une loi, on assujettit les établissements, on oblige les établissements à offrir les soins et, dans l'autre, bien c'est peut-être moins clair, là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : O.K. L'article 7, il est un peu plus précis que l'article général. Et on me dit... j'ai l'air très savante comme ça, là, on me dit à l'oreille que l'article général sur les soins, c'est le 5. C'est : «Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social...» 7, c'est en situation... lorsque la vie ou l'intégrité est en danger. Donc, c'est plus l'urgence. Donc là, on est dans une sous-catégorie,

si vous voulez, et c'est ce qui explique qu'il est un peu plus défini. Puis ensuite vous avez l'autre article qui vient émettre les réserves, c'est l'article 13, donc, qui vient dire qu'ils s'exercent en tenant compte des dispositions législatives... «5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives», et des ressources, et tout ça.

Le Président (M. Bergman) : ...

Mme Hivon : Si je peux peut-être juste...

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Si la volonté, c'était de dire qu'on devrait peut-être mettre ça, je vous dirais que, compte tenu que l'article 5, c'est l'article général sur établissement, les maisons et le domicile, je pense que notre manière de fonctionner, d'avoir fait la loi, où on vient ensuite reprendre les établissements, les maisons de soins... on vient donc à 8 le dire. Donc, ce qui est consacré en quelque sorte en situation d'urgence dans la LSSSS se retrouve à l'article 8 quand on vient dire que «tout établissement offre les soins de fin de vie».

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Moi, je vois l'article 7 différemment. À la lecture, c'est vraiment un cas très particulier. On dit qu'«une personne ne peut se voir refuser des soins de fin de vie au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement à un soin». Donc, je voyais ça comme un cas assez particulier.

Mais je voudrais revenir à la lecture de 8 avec 5, parce que, donc, les deux doivent... il doit y avoir une concordance. Et, quand on regarde le troisième paragraphe, on voit que, bon, «les dispositions du présent article s'appliquent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements». Et ensuite, pour les maisons de soins palliatifs, on parle «des orientations, des politiques et des approches des maisons de soins palliatifs [et] des ressources humaines». Donc, on semble dire, puis je veux juste être sûre que j'ai bien compris, surtout en lisant 8 avec 5... est-ce qu'on est en train de dire que les maisons palliatives... Elles, évidemment, elles ont le choix d'offrir la sédation palliative terminale ou non, mais les établissements ont l'obligation d'offrir le tout, c'est-à-dire des soins palliatifs et... Est-ce que l'article 8, donc... J'ai bien lu le paragraphe cinq, le troisième paragraphe. C'est que les maisons palliatives ont une marge de manoeuvre, mais les établissements doivent offrir le tout, c'est-à-dire les soins palliatifs et, bon... auquel cas le problème est réel, le problème est réel, c'est peut-être qu'il y a des établissements dans certaines régions qui pourraient... mais on va y revenir à 8 — là, on est sur 5, mais, je pense, les deux doivent se lire ensemble — auquel cas il y a très peu de marge de manoeuvre.

Et donc, si on pense à un droit... Et, l'individu qui voudrait vraiment avoir accès à la sédation palliative terminale, il faut lui trouver une solution au-delà du fait que l'établissement, on n'est pas capable de trouver des médecins. Il faudrait qu'il y ait, comme... on le renvoie, on le réfère à un établissement proche. Et, en tout cas, on verra dans les articles si on le trouve à quelque part. Mais 8, c'est vraiment comme une obligation. Alors, je voulais juste être sûre que j'avais bien compris la manière que l'article 5 est écrit.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. En fait, premier élément de l'intervention de la députée, effectivement les établissements sont tenus d'offrir l'ensemble des soins de fin de vie, alors que les maisons de soins palliatifs — on va le voir à l'article 14 — choisissent les soins de fin de vie qu'elles offrent. Et les établissements, du fait de l'article 8, du fait des politiques, et tout ça, offrent l'ensemble. Pour ce qui est de la question, on pourra le voir plus loin, mais il y a une série aussi de mécanismes pour s'assurer de la meilleure offre possible. Il faut aussi tenir compte que l'on parle d'établissements et non pas des...

Une voix : ...

Mme Hivon : ...et non pas d'installations. Donc, ça ne veut pas dire qu'à chacune des installations, bien que dans la plupart des cas les installations vont l'offrir... mais c'est les établissements qui ont l'obligation, ce qui donne un peu la flexibilité sur un territoire donné. Et on est confiants que la pratique va faire en sorte, sans se mettre la tête dans le sable, que ça va être parfait du jour au lendemain, mais qu'avec les libellés qui sont là on va arriver à bien couvrir et à bien répondre aux exigences, bien sûr, du projet de loi.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, juste pour une clarification, parce que ça devient comme dans le coeur du sujet. À un moment donné, un établissement qui n'a pas les ressources pour le donner peut ne pas le donner.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Bien...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, c'est parce que, là, il faut juste mettre ça clair, là.

Sur le territoire du Québec, à la grandeur qu'on a, il va arriver, à un moment donné, un patient qui va être dans une situation qu'il va vouloir l'avoir de façon assez imminente, à moins que vous me disiez que vous allez avoir des médecins qui sont payés en attente pour aller faire ça dans des endroits comme on a déjà parlé quand on a fait... tu sais, on avait jasé : À un moment donné, on pourrait-u avoir des équipes itinérantes? Mais, sur la Côte-Nord, je ne sais pas, moi, sur le territoire de Baie-Comeau, je ne suis pas sûr qu'il va y avoir toujours quelqu'un. Puis il y en a beaucoup, des territoires, là, c'est grand, le Québec, là. Ça fait qu'il faut juste savoir qu'il y a une exception, à un moment donné, qui va confirmer la règle. Puis, si on dit : C'est sûr qu'il va y avoir le service, je pense qu'on n'est pas pratique, là. Il va arriver à un moment donné... À moins qu'on me dise qu'il va y avoir des équipes itinérantes qui vont être capables d'aller poser l'acte, l'aide médicale à mourir, à très courte échéance, là, hein, ça serait la seule solution que je verrais. Tu sais, tu prends un avion puis tu l'envoies là-bas, puis il fait l'intervention. À part de ça, là, il faut être...

Tu sais, à un moment donné, il y a eu des urgences qui ont fermé au Québec, il n'y en a eu pas beaucoup, parce qu'il n'y en avait pas, de médecin. Pourtant, c'était une urgence qui devait fermer. Ça fait que, dans des cas comme ça, il va certainement y avoir des situations où est-ce qu'on va être obligé de dire à la personne : Vous avez un droit dans la loi; malheureusement, nous n'avons pas les ressources pour le faire, on comprend qu'on ne peut pas transférer le patient, ce qui serait inhumain, donc le droit ne pourra pas s'appliquer dans ce cas-là. Moi, je pense, c'est l'exception de l'exception. Mais moi, je... on est enregistrés, il faut se le dire... juste à vous dire : Si on fait une loi, puis on n'est pas capables de prévoir ce type de situation là, bien je pense qu'on est un peu trop idéaliste. Puis il faut être pratique-pratique, là. Moi, je pense qu'il faut juste se le dire entre nous autres puis être capables de dire dans la loi, puis se le dire clairement, qu'il y a une limite à ce qu'on va pouvoir offrir. Puis je comprends que tout le monde voudrait tout avoir, mais ça n'existe pas dans un système, ça.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, ce n'est pas le souhait, ce n'est pas l'objectif...

Une voix : ...

• (15 h 10) •

Mme Hivon : Non, non, mais je pense que c'est important de le dire. Ce n'est pas l'engagement, non plus.

C'est certain, puis le député de Jean-Talon sait de quoi il parle, là, qu'on s'organise, quand il y a des situations exceptionnelles, pour faire le maximum pour que les personnes aient leur droit à l'accès aux soins. Il y a des corridors de services, il y a tout ça. Est-ce que ça veut dire qu'il n'y aura jamais d'exception? Bien sûr que non. Et la réserve elle est là, comme elle est dans la LSSSS, pour prévoir ça.

Mais je vous dirais que, pour le cas de l'aide médicale à mourir, c'est certain que, si c'est très, très, très tardivement que la demande est faite, il peut y avoir peut-être un risque. Mais, dans la majorité des cas, ce qu'on pense, évidemment, c'est que ça va faire l'objet d'une discussion quand même entre le médecin et le patient. C'est quelque chose qui va être connu, discuté. Bon, évidemment, il faut remplir tous les critères de la loi. Donc, on ne peut pas se lever un beau jour puis dire : Voici, maintenant j'exige et je veux, là. Ce n'est pas comme ça que ça va se passer, compte tenu des exigences du dialogue, et tout ça, mais, dans une situation exceptionnelle, c'est certain que ça pourrait arriver.

Puis c'est pour ça qu'on a le libellé de l'article 5 qu'on a, qui est en fait le miroir du libellé de l'article 13 de la LSSSS, parce qu'il peut y arriver des situations exceptionnelles où la personne ne peut pas exiger sur le champ : Voici, voilà, maintenant. Mais on fait le maximum. Je vous dirais qu'on a toujours, toujours l'obligation de moyens d'accompagner la personne.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je suis tout à fait... Je pense qu'on dit la même chose, puis on le répète, là, mais moi, je veux être capable d'aller dire en entrevue, là, à un moment donné, puis la ministre devra être capable de faire la même chose : Advenant le cas que la personne ne peut pas l'avoir, comment vous voyez ça? Bien, dans la loi, il est prévu qu'il peut arriver des exceptions. Par contre, ce n'est pas ça qu'on veut. On veut que les gens reçoivent le service, si la loi passe, que ce soit accessible. Mais, comme je dis souvent, à l'impossible nul n'est tenu, puis il va falloir vivre avec cette restriction-là. Moi, j'aime autant le dire, parce que par la suite on va pouvoir dire aux gens : Bien, écoutez, on en avait discuté en commission, et c'était ça, l'orientation. Puis je vais dire que la ministre disait qu'on va faire tous les efforts possibles, mais il peut arriver que ce droit ne soit pas rempli, faute de capacité.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, quand les gens posent la question : Pourquoi le troisième alinéa de l'article 5?, c'est pour ça, parce que, dans le système de santé et services sociaux, c'est impossible d'avoir une obligation de résultat pour tout soin, tout service qu'une personne voudrait avoir ici, maintenant, dans tel lieu. C'est présent, ça a toujours été présent dans la loi pour les situations exceptionnelles et, parce que ce n'est pas un droit créance, on pourrait l'appeler comme ça, exigible sur le champ, c'est pour ça qu'il faut le ramener, donc, à l'article 5. Mais donc il faut être clair à cet égard-là, mais il faut aussi dire, je pense, c'est très important, que l'engagement, il est là pour que tout soit déployé pour que ces services-là, ces soins-là soient accessibles partout. Et moi, je sens qu'il y a aussi cette volonté-là et cette préoccupation-là,

je dirais, chez le corps médical aussi, parce qu'ils sont bien conscients aussi de la réalité, et cette volonté-là, elle est partagée. Il y a cette réflexion-là, il y a ce travail-là aussi qui se fait pour que les gens puissent avoir accès évidemment aux soins.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, moi, je vais mettre une nuance, là. Quand on arrive dans ce type de dossier là, tout le monde nous dit : Il n'y en aura pas, de problème, ça va être facile. Moi, je peux vous dire, puis on a commencé à en jaser, il y a beaucoup de médecins qui étaient pour, il y a beaucoup de médecins qui disent qu'ils sont d'accord, mais beaucoup de médecins, ces mêmes médecins là, nous disent : Eux autres, ils ne le feront pas.

C'est ça qu'on entend beaucoup dans la population médicale. J'en ai vu quand même plusieurs ces derniers temps. C'est-à-dire, les gens trouvent tous le principe, mais, de là à aller faire l'intervention d'injecter et de voir la personne décéder devant ses yeux... le 66 %, là, j'ai hâte de le voir sur le terrain, là. Mais je pense qu'il faut juste être réaliste puis moi, je pense qu'à la fin on va être capable de l'appliquer. Mais au début, en tout cas, la première, deuxième année, je pense qu'il va y avoir beaucoup de situations où est-ce que les gens vont demander et ils n'auront peut-être pas les ressources localement pour être capables de les faire. Mais ça, ça fait partie de la mise en application de la loi. Puis ce que la ministre dit, c'est qu'elle va faire tous, tous les efforts pour que ça puisse se faire. Mais moi, je pense, puis je veux quand même le dire, là, pour avoir géré le réseau de la santé comme DSP, comme président de CMDP et puis comme ministre, les gens nous disent des choses, mais, quand arrive le temps de l'application, c'est un peu plus difficile.

Je voudrais juste mettre cette nuance-là, mais ça n'enlève pas la valeur du projet de loi.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je pense que c'est un point qui est pertinent, puis il ne faut pas se mettre la tête dans le sable non plus ou la «tête dans l'autruche», selon...

Des voix : Ha, ha, ha!

Mme Hivon : ...mais c'est... En fait, le seul sondage qui a été fait, là... Puis, je le redis parce que c'est la seule donnée qu'on a, l'Association médicale du Québec a fait un sondage. 66 % des médecins, puis le député de Jean-Talon fait bien de le dire, ont dit qu'ils étaient d'accord avec le principe. De ce nombre, 40 % ont dit qu'ils seraient ouverts à le faire, et c'est 40 % de médecins, pas évidemment un ORL, là, qui, lui, n'aura jamais, évidemment, à accompagner une personne en fin de vie... Donc, ce serait 40 % des médecins qui sont susceptibles d'accompagner des gens en fin de vie, qui ont dit qu'ils pourraient l'envisager. Qu'est-ce que ça va donner après dans les faits? Certains peuvent trouver que 40 %, c'est beaucoup. Il y a sûrement des gens qui nous écoutent qui trouvent que ce n'est pas beaucoup.

En fait, c'est à l'usage qu'on va le voir, et je pense qu'il va falloir se donner le temps aussi. C'est des nouvelles réalités qui vont entrer dans la vie des médecins, des professionnels de la santé, et puis on est tous conscients de ça. Mais, moi, quand je fais cette intervention-là, ce n'est pas pour dire que tout le monde dit : Du jour au lendemain, ça va être accepté comme ça. Ce que je dis, c'est plutôt que tout le monde est en mode réflexion, que tout le monde aussi est soucieux, dans le milieu médical, dans les ordres professionnels, que cette réalité-là atterrisse bien sûr, évidemment, dans le concret, dans le réel.

Et puis évidemment je me permets de rappeler que, pour les médecins qui vont refuser, il va quand même y avoir un mécanisme, on va sûrement avoir l'occasion d'en discuter, mais un mécanisme de référence au sein de l'établissement pour ne pas laisser tomber la personne et de s'assurer qu'il va y avoir, donc, une autre personne, un autre médecin qui va pouvoir l'accompagner.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Oui. J'allais dire, à la lumière de cette question qui est vraiment le noyau de ce droit, ce droit qu'on accorde aux personnes souffrantes d'avoir accès... donc, soins palliatifs ou la sédation ou... et la sédation palliative terminale... Et j'imagine que ça va être dans le bloc... Je pose la question parce que je ne serai peut-être pas là quand vous allez l'étudier, mais le bloc 8 et suivants, c'est ce système de référence. Parce que je pense que l'optique ici, si on ne trouve pas des médecins, si chaque établissement... Puis je pense que c'est la réalité, ce n'est pas tous les établissements qui pourront fournir la sédation palliative terminale. L'idée, ce serait que, dans une région, c'est peut-être l'agence finalement, les agences... il y a quelqu'un ou il y a une organisation qui va être responsable de s'assurer qu'on a l'information, qu'on puisse envoyer la personne là où la personne pourrait recevoir ces services.

On n'est pas dans l'article 5, mais j'essaie de comprendre un peu la vision des choses. Parce que, là, on met un fardeau important sur chaque établissement, alors qu'on peut imaginer la contrainte que ça crée pour les ressources, hein, les ressources humaines même, les conditions d'embauche pour les médecins même, pour les établissements qui seraient obligés de répondre à cette obligation. J'essaie de comprendre un peu la philosophie et le réalisme... est-ce finalement, à la lumière de ce qu'on entend... soit d'avoir quelque chose dans cette clause qui donne une certaine flexibilité puis dans le 8... pour dire que, bon, bien, si l'établissement n'est pas capable, tout de suite on comprend qu'il y a un système de renvoi ou de référence qui se fait, que l'obligation... mais que quelqu'un porte l'obligation, c'est-à-dire que quelqu'un ou un organisme... Ce n'est peut-être pas l'établissement, mais, au-delà de l'établissement, c'est peut-être l'agence qui a une obligation de s'assurer que la personne puisse avoir accès à son choix. Évidemment, ce sera une question de peut-être quitter sa région pour avoir ce service.

Donc, je ne pense pas qu'on est rendu tout de suite à l'article 8, mais c'est cette vision des choses, de voir à ne pas être trop rigide peut-être dans la façon que c'est exprimé, pour s'assurer que le droit devient un droit réel et que le système devra s'ajuster surtout dans cette période transitoire qui peut durer quand même assez longtemps. Il y a une hésitation qu'on entend, donc cette hésitation, elle est bien réelle, mais, en même temps, il y a des centres qui vont sûrement développer le service. C'est : Comment s'assurer que les personnes puissent avoir accès si la loi le garantit, dans un sens? La loi le garantit. Le projet de loi le garantit. Il dit «à la lumière des ressources», mais, quand même, la loi dit qu'il y a un droit mais conditionne où on pourra le recevoir, si je comprends bien. Mais c'est vraiment le package, c'est «soins palliatifs et la sédation», ce n'est pas l'un ou l'autre. C'est vraiment le tout, c'est l'aide médicale au complet, mais on sait très bien que ce ne sera pas chaque établissement qui sera en mesure nécessairement de l'offrir. Comme pour les soins palliatifs, on sait que peut-être c'est à domicile ou ailleurs. Donc, je dis ça comme ça, là, parce que, lorsqu'on arrivera... Je pense que la ministre semble dire que, oui, en effet elle comprend qu'il y a peut-être un problème d'applicabilité, applicabilité pour toutes sortes de raisons, pour la deuxième partie des soins de fin de vie qui est la sédation palliative terminale.

Donc, je plaide un peu pour du réalisme et peut-être une... quand on va regarder les mots et les obligations à imposer à chaque acteur du réseau, de ne pas avoir d'effet néfaste non plus ou peut-être des effets qu'on n'aurait peut-être pas imaginés. Je pense justement aux conditions d'embauche. Par exemple, un établissement a cette obligation, hein, de fournir le tout, alors là, donc, c'est comment... il ne sera peut-être pas capable de trouver les médecins nécessairement, mais est-ce qu'il a au moins l'obligation de s'assurer... ou lui ou l'agence... cet établissement ou l'agence... d'assurer l'accès.

• (15 h 20) •

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Je veux juste faire, je pense, une remarque générale avant. Parce que tout le monde, on parle beaucoup avec des médecins.

Donc, on parle à différents médecins qui ont différentes opinions. Le Collège a une opinion... les ordres professionnels... donc, très favorable au projet de loi. Il y a des médecins qui sont plus réservés, et tout ça. Mais moi, je veux juste qu'on soit bien conscients aussi qu'il... Je crois qu'il va y avoir un certain nombre, pour ne pas dire un bon nombre de médecins qui vont être ouverts parce que les médecins sont aussi... Et on avait quelqu'un qui est venu nous voir, qui était personnellement contre, mais qui nous disait : Moi, vous savez, je suis contre, mais je vais peut-être trouver ça très difficile de refuser ça à mon patient. Parce que les médecins aussi sont des gens consciencieux qui veulent accompagner leurs patients le mieux possible. Donc, moi, je pense que cet accompagnement-là, dans beaucoup de cas, s'il y a une demande... Évidemment, quand on parle de ça, c'est comme si, du jour au lendemain, tout le monde allait demander l'aide médicale à mourir, alors que ça va être exceptionnel, archiexceptionnel dans les cas de souffrances exceptionnelles qu'on n'arrive pas à endiguer, parce que personne ne rêve de demander l'aide médicale à mourir. Même les plus grands militants, ils espèrent ne jamais avoir à la demander. Ça fait que je trouve juste ça important de le dire, que, les médecins aussi, en voulant accompagner leurs patients, je pense qu'il y en a un bon nombre qui vont y être ouverts aussi.

Pour ce qui est des aspects très précis, quand on parle de sédation palliative, ça fait partie déjà des soins palliatifs.

Une voix : ...

Mme Hivon : Oui. Là, elle va s'appeler «continue», «sédation palliative continue». Donc, ce n'est pas un nouveau soin. On a bien, bien clarifié ça dans nos échanges et on est venus le clarifier dans nos définitions. Maintenant, on l'appelle «sédation palliative continue». Il n'y avait aucun objectif de créer un nouveau soin. C'est le soin qui existe déjà. Et donc ça, c'est déjà disponible évidemment lorsqu'on offre des soins palliatifs.

Et, oui, les établissements, comme dit la députée, vont donc offrir l'ensemble des soins de fin de vie, y compris les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. Et, pour ce qui est précisément de la question de l'aide médicale à mourir, c'est l'article 30 qui vient prévoir qu'il va y avoir un mécanisme, donc, de référence, et on pourra en discuter éventuellement. Et, pour ce qui est des agences, oui, les agences ont un rôle, c'est à l'article 18 qu'on vient prévoir qu'en fait chaque agence va venir déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie qui sont dispensés par ces établissements sur son territoire. Donc, tout le monde va avoir un rôle. Et tout ça va bien s'imbriquer dans la logique, là, du projet de loi.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...parce qu'on est au début du projet de loi, là, discuter d'un point.

Vous savez, il n'y aura pas beaucoup de cas par secteur. Puis, quand moi, je regarde, théoriquement, si on prenait des médecins qui font de la médecine générale au Québec, qui sont probablement les gens qui vont faire ça, ça donne à peu près... chaque médecin, moi, j'estimerai, ça va peut-être être un cas aux sept à huit ans. C'est ça, la réalité de l'aide médicale à mourir. Ça fait qu'on a des grosses chances que, compte tenu de ce que ça prend comme protocole, qu'est-ce que ça prend comme techniques, la plupart des gens, même s'ils disent qu'ils sont pour puis même qu'ils le feraient, ils vont avoir tellement peu l'occasion de le faire souvent que moi, je pense, ce qui va arriver dans chacun des CSSS... il va y avoir quelques personnes qui vont dire : On va le faire, on va faire tous les cas. Puis ma notion est très simple. Si vous avez 600 cas par année, ça veut dire, pour une place comme... Moi, au Lac-Saint-Jean, 50 000 de population, c'est à peu près cinq cas par année. Ils ont 50 médecins de famille. Ça fait qu'à 50 médecins de famille... mettons, on en enlève 12 qui font de l'urgence, ça donne à peu près 38. Ça veut dire, aux six à sept ans, chacun va avoir l'opportunité

possiblement de faire un cas. Donc, dans l'organisation de services, ce qui va arriver, ce ne sera pas tous les médecins, mais des équipes ou quelques personnes très, très intéressées qui, eux autres, vont faire l'ensemble des cas.

C'est parce que, pour nos auditeurs, ça a l'air... les gens nous disent : On va faire l'aide médicale à mourir. Ça a l'air simple, là, mais juste pour vous dire, là : C'est un protocole dans lequel on doit utiliser des médicaments. Et puis, sur le principe à un moment donné que la personne, elle va mourir devant toi, là, ça va être ça qui va se passer, on ne pourra pas juste dire : On fait l'aide médicale à mourir une fois qu'on a fait la prescription. D'ailleurs, ce qui est prévu, c'est le médecin qui doit procéder lui-même. Donc, ce n'est pas une infirmière qui va le faire. Donc, juste le fait d'avoir cet élément-là, ça ajoute un élément de difficulté. Je pense, il faut juste se dire les vraies choses pour pas que les gens pensent qu'on a passé un projet de loi puis qu'on a passé quelque chose qui après ça, quand on voit les articles qui vont sortir dans les journaux, que les gens vont expliquer ça, puis on va avoir des reportages à la télévision, puis on va avoir «live», hein... ça va être ça qui va se passer, que les gens, ils disent : Moi, je ne pensais pas que c'était aussi... je ne voudrais pas dramatiser, mais aussi intense que ça comme intervention. C'est juste pour clarifier ça. Puis ça n'enlève pas... Puis ça va faire partie de l'organisation de services que chaque CSSS va devoir se doter.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ça va. Moi, je pense en fait que l'organisation va se faire au sein des établissements.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est ça.

Mme Hivon : Ça peut varier d'un endroit à l'autre à savoir comment les pratiques vont se développer. Est-ce qu'il va y avoir des médecins qui, rapidement, vont être appelés parce qu'ils sont vraiment en fin de vie, accompagnent les gens en fin de vie, ils sont ouverts à le faire, vont le faire, et puis après ils vont plus être des références, peut-être? Mais il y a des endroits aussi où il va y avoir des médecins qui pratiquent en cabinet, seuls. Il va y avoir, donc, des gens qui vont être prêts à le faire aussi, qui accompagnent leurs patients jusqu'au bout, qui vont dire : Moi, je vais le faire. Donc, ça va être la pratique qui va déterminer les meilleures manières dans les différentes régions.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Ça dépend, si on a fini les discussions. Ce serait pour déposer l'amendement.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a un amendement pour déposer?

Mme Weil : Bien, c'est pour revenir à l'article 5, mais je ne sais pas si les questions...

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...

Mme Weil : ...s'il y a d'autres... Donc, l'amendement — donc, ce serait à l'article 5 : Modifier le deuxième alinéa de l'article 5 en remplaçant les mots «peuvent lui être» par les mots «lui sont».

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'on peut déposer l'amendement, s'il vous plaît? On va faire des copies de l'amendement.

Je vais suspendre pour quelques instants pour attendre les amendements.

(Suspension de la séance à 15 h 27)

(Reprise à 15 h 29)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce, pouvez-vous lire votre amendement?

Mme Weil : Alors — à l'article 5 : Modifier le deuxième alinéa de l'article 5 en remplaçant les mots «peuvent lui être» par les mots «lui sont».

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a des commentaires sur l'amendement?

Mme Hivon : Ça va, M. le Président, de notre côté.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'amendement?

Mme Weil : Bien, peut-être que je ferais un commentaire parce que c'est...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Oui, merci. Je pense, c'est utile dans le contexte de ce grand débat et de certaines inquiétudes, et c'était l'intention de cet amendement, c'est de rassurer les gens qu'en fait... et je parle beaucoup des soins palliatifs parce que c'est peut-être plus ça que les gens vont... c'est certainement beaucoup plus les soins palliatifs que les gens souhaitent, donc cette inquiétude que : Est-ce que les soins palliatifs seront vraiment là lorsque j'aurai besoin des soins palliatifs? Alors là, on vient rassurer ceux qui sont en fin de vie qu'en effet, d'une manière ou d'une autre, que ça soit proche de chez vous ou que ça soit peut-être dans une région limitrophe, vous allez pouvoir avoir accès aux soins palliatifs dans un établissement, ou à domicile, ou dans un hôpital.

• (15 h 30) •

Le Président (M. Bergman) : ...d'autres commentaires sur l'amendement proposé? Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. Alors, est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 5 tel qu'adopté? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Une question : Est-ce qu'on a évalué les coûts rattachés à cette obligation... bien, à ce droit qu'on consacre par l'article 5? Est-ce qu'on a identifié ce que ça pourrait annuellement représenter? Je comprends que c'est toujours aléatoire, là, on n'a pas de chiffres qui sont coulés dans le béton, mais est-ce qu'on a une idée de ce que ça peut représenter dans le budget? Et est-ce qu'on a réservé ou est-ce qu'on a consacré une portion du budget exclusivement à ces ressources-là?

Je pose la question parce que ma collègue faisait référence aux travaux de la CAP qui ont eu lieu la semaine dernière ou il y a deux semaines. On a remarqué aussi que, dans le dossier des déficiences intellectuelles, des troubles envahissants du développement, il y a la volonté gouvernementale qui ne se traduit pas toujours sur le terrain. Donc, même si des sommes sont annoncées, elles ne descendent pas directement sur le terrain. Et donc on a fait une annonce d'un ajout de 15 millions de dollars, dont 11 millions pour les soins à domicile, entre autres, comme la ministre nous l'expliquait, pour répondre aux exigences qui sont consacrées par le projet de loi, mais est-ce que ces sommes-là seront bel et bien consacrées aux soins à domicile?

Est-ce qu'elles seront bel et bien consacrées aux soins de fin de vie? C'est une préoccupation, à mon avis, qui est légitime, compte tenu du droit qu'on consacre à l'article 5.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, en fait, la somme, c'est 15 millions de manière récurrente, qui nous a permis d'arriver au chiffre et qui devrait nous permettre, donc, l'année prochaine, d'atteindre notre ratio, le 15 millions, donc, qui a été annoncé au printemps et qui va être là de manière récurrente.

Et je veux juste vous dire que je suis ça... Vous savez, j'ai la chance d'être ministre déléguée aux Services sociaux, donc je n'ai pas l'entière responsabilité du ministère de la Santé. Je ne suis pas en train de dire que c'est une chance ou pas d'avoir l'entière responsabilité du ministère de la Santé, je vais laisser ça à d'autres à méditer là-dessus. Mais donc je dois vous dire que je suis autant le 15 millions, ce qu'il donne comme résultats et ce qu'il va donner dans l'avenir que les sommes — parce que vous en parlez — en déficience intellectuelle, TED. Nous avons annoncé un 10 millions au printemps, et je le suis aussi. On a vu les projets qui avaient été retenus pour... Et j'en ai inauguré deux à ce jour et j'ai pu voir la différence que ça fait. Donc, je veux juste rassurer la députée que je vais continuer à suivre ça de très près pour m'assurer que, si des sommes supplémentaires devaient être requises, évidemment les démarches en ce sens se feraient.

Mais, avec le 15 millions de manière récurrente, on est confiants, donc, d'arriver à nos objectifs qu'on s'est fixés, d'améliorer les soins à domicile et donc d'arriver à notre ratio. Et, s'il y a un besoin accru, on va faire les démarches en ce sens. Et c'est une priorité qui n'est pas seulement ma priorité, là, c'est une priorité gouvernementale, de la première ministre aussi. Donc, on va être très vigilants à cet égard-là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Donc, je comprends que, le 15 millions, bon, il y a 4 millions pour les soins palliatifs, dont... J'ai compris qu'il y a quelques semaines on a haussé aussi le montant alloué à chaque place, donc qu'il passe à 68 000 \$, si j'ai bien compris. On a le 11 millions pour les soins à domicile. Qu'en est-il des coûts qui seront engendrés par la mise en place de l'aide médicale à mourir?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, pour ce qui est de l'aide médicale à mourir, le principal coût, c'est la formation. Donc, il n'y a pas, comme tel, de coût et... bien, de coût, je dirais, technique, là, donc, la formation, comme je l'ai dit aussi lors des auditions, la formation pour tout ce qui est soins de fin de vie, donc soins palliatifs, pour généraliser l'approche aux soins palliatifs puis aussi faire en sorte que, donc, les protocoles en lien avec la sédation et l'aide médicale à mourir soient bien compris.

Toute la question de la formation va être la priorité. C'est le sujet qui fait l'objet de la priorité, tous domaines confondus, dans le réseau santé et services sociaux. Donc, la formation qui est offerte va... l'argent... les sommes qui y sont

consacrées, je vous dirais, cette année vont être dirigées en priorité vers les soins de fin de vie en général, dont les soins palliatifs, notamment en CHSLD. Et vous dire qu'en fait le plus gros coût en lien avec ça, c'est le temps que les personnes ne consacrent pas à leur travail pendant qu'ils sont en formation. Donc, c'est plus un coût à cet égard-là, qui est évalué, qu'un coût de dépenses, si je peux m'exprimer ainsi.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Et le 15 millions récurrent, c'est vraiment pour les soins palliatifs, mais ce 15 millions s'ajoute à un budget qui est de combien? Il y a le budget qui était en place, là. Parce que, si vous me dites juste «15 millions», c'est un peu inquiétant.

Mme Hivon : Somme supplémentaire.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je n'ai pas le chiffre précis. On n'est pas capable d'avoir le chiffre précis, malheureusement. On espère pouvoir l'avoir éventuellement parce que, justement, on n'a pas les sommes... on n'a pas les indicateurs qui nous disent, dans le réseau, ce qui est consacré en soins palliatifs en établissement. Il n'y a pas le raffinement qui nous permet de faire le suivi. En ce moment, il n'y a pas de catégorie financement soins palliatifs dans les indicateurs, mais c'est quelque chose à quoi on espère pouvoir arriver, justement pour avoir une idée plus précise de combien on dépense, chaque année, en soins palliatifs.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Est-ce qu'il y a une volonté d'identifier un budget à l'ensemble des soins de fin de vie, de sorte que chaque établissement sache exactement, ait ce budget-là et qu'il ne puisse faire autre chose avec ce budget-là?

Est-ce qu'il y a cette volonté de dire : Les soins de fin de vie, que ce soit tant pour les soins palliatifs que l'aide médicale à mourir, il y aura une enveloppe dédiée par établissement afin d'assurer l'accessibilité aux soins de fin de vie dans l'ensemble des régions du Québec, puis évidemment pas seulement que des centres urbains, mais bien sur l'ensemble des régions? Alors, je fais un clin d'oeil à notre collègue qui, tout à l'heure, parlait de Gatineau, simplement lui dire : Je suis à Maniwaki, ce n'est pas à côté de Gatineau. Alors donc, tout ça pour s'assurer que, sur l'ensemble du territoire, donc, dans l'ensemble des établissements qui sont répartis dans une région administrative, on ait cette obligation vraiment d'assurer les soins de fin de vie et le faire en ayant une enveloppe dédiée aux soins de fin de vie.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, je peux dire à la députée de Gatineau que, pour ce qui est des nouvelles sommes, la réponse, c'est : Oui, il y a une reddition de comptes spécifique sur l'attribution des nouvelles sommes, donc, pour s'assurer qu'elles vont bien là où elles sont destinées à aller. Mais, pour le passé, ce n'est pas quelque chose qui est possible, mais, pour le futur, c'est possible.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Une question comme ça, parce que je n'ai pas l'expertise que certains de nos collègues ont autour de la table dans les soins de santé : Qu'est-ce qui fait qu'on ne pourrait pas dans l'avenir prendre une portion du budget et la dédier, que ce soit... puis là que ce soit aux soins de fin de vie ou même à d'autres secteurs qui sont problématiques ou névralgiques, je dirais?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Bien, écoutez, en ce moment les enveloppes marchent par programmes-services, donc santé physique, déficience, santé mentale, et ensuite on est capables de faire un suivi de sommes nouvelles qui sont attribuées. Mais, pour le passé, ce n'est pas... en tout cas, à moins qu'on me corrige, là, mais il n'y avait pas d'indicateur précis de suivi pour ces sommes-là. Et donc, pour le futur, c'est la réponse que je peux vous donner, est-ce qu'il y a une enveloppe... C'est parce qu'en fait, si on fait une enveloppe dédiée, il faudrait faire une multitude d'enveloppes dédiées pour l'ensemble des types de soins, là. Ça créerait une lourdeur assez importante. Mais c'est sûr que, quand il y a des sommes qui doivent... de nouvelles sommes qui doivent aller à un endroit donné dans un objectif donné, la reddition de comptes se fait en fonction des sommes nouvelles qui sont données. Ça, c'est quelque chose qui est exigé, je peux vous le dire.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

• (15 h 40) •

Mme Vallée : Est-ce que, dans le 15 millions, parce que... est-ce qu'il a été identifié? Parce que vous avez parlé un petit peu plus tôt de certaines régions qui étaient priorisées parce que certaines régions accusaient un retard dans le déploiement des soins palliatifs. Est-ce qu'il y a eu un effort dans... Est-ce qu'on a pris certaines sommes du 15 millions

afin de soutenir ces régions-là? Est-ce qu'on a priorisé des régions dans le développement de... le déploiement, pardon, des soins palliatifs?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, effectivement, nous avons... ça a déçu quelques régions, je dois vous le dire, qui avaient des projets prêts, mais on a pris l'orientation, donc, pour ce qui était des nouveaux lits dédiés, de prioriser les régions qui étaient en déficit de lits par rapport à leur ratio du un pour 10 000. Donc, il y a eu une priorité d'accordée, je vais vous dire, à Mauricie, Centre-du-Québec, Montréal, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Montérégie pour ce qui est des lits dédiés. C'était un mélange d'endroits. Il y a d'autres endroits qui ont des besoins aussi, là, mais c'était un mélange d'endroits où il y avait un besoin et où des projets étaient prêts. Et, l'année prochaine... en fait, on espère, même avant la fin de l'année, là, mais, disons, pour être conservateur, l'année prochaine, dès le printemps, on espère pouvoir ajouter des nouveaux lits à d'autres régions qui n'étaient pas prêtes, notamment avec des projets de maisons ou de lits dédiés ou de transformation. Parce que ça, c'est une autre réalité, il y a aussi des transformations de lits qui se font parfois. Et donc, là, ils comprennent bien le message qu'il y a une impulsion, il y a une volonté, on travaille très fort avec les régions qui ont un déficit. Et donc on va, d'ici cette année et l'année prochaine... il y a une priorité qui est vraiment accordée à ces régions-là.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non, c'est beau, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 5 tel qu'amendé? Est-ce que l'article 5, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. Article 6. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, l'article 6 : «Sauf disposition contraire»...

Une voix : ...

Mme Hivon : Ah, il y a un amendement. Il y a un amendement à l'article 6. Donc, l'amendement à l'article 6. Je vais vous lire l'amendement pour débiter. Donc, ce serait : Remplacer l'article 6 du projet de loi par le suivant :

«6. Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin.

«Dans la mesure prévue par le Code civil, le mineur de 14 ans et plus et, pour le mineur ou le majeur inapte, la personne qui peut consentir aux soins pour eux peuvent également prendre une telle décision.

«Le refus de soin ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen.

«Le médecin doit s'assurer du caractère libre de la décision et donner à la personne toute l'information lui permettant de prendre une décision éclairée, notamment en l'informant des autres possibilités thérapeutiques envisageables, dont les soins palliatifs.»

Donc, ça vient régler le problème auquel je faisais référence lors de notre dernière séance. C'était une question qui avait été soulevée par le Comité de juristes experts et le Barreau. Et donc la nouveauté de l'article se retrouve au deuxième alinéa de l'amendement qui vient réitérer la réalité, donc, ce qui est prévu au Code civil pour ce qui est du mineur de 14 ans et plus et pour le mineur ou le majeur inapte, donc, c'est-à-dire que la personne peut consentir, donc un tiers peut venir consentir aux soins ou refuser un soin pour eux.

La raison de l'amendement, c'est qu'on nous a soulevé, précisément Me Ménard, qu'avec le libellé actuel du projet de loi certains pourraient venir interpréter cela comme restreignant ce qui était déjà prévu au Code civil pour ce qui a trait aux mineurs ou aux personnes incapables en termes de refus de traitement. Ce n'est pas l'interprétation qu'on avait, de notre côté, mais on veut s'assurer d'être le plus clairs possible, donc on vient l'écrire noir sur blanc avec l'amendement.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a des commentaires sur l'amendement à l'article 6? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Simplement, question qui doit effleurer l'esprit des gens qui nous écoutent : Lorsqu'on mentionne «sauf disposition contraire de la loi», on s'entend que... l'article 26 du projet de loi, on s'entend que l'aide médicale à mourir demeure un soin réservé exclusivement aux majeurs?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, pour les personnes qui nous écoutent, cela est très clair, parce qu'on va le voir à l'article 26. L'article 25 et suivants sont les articles qui viennent parler des exigences particulières relatives à certains soins, donc

la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir, et viennent prévoir les balises. Et une de ces balises, c'est le fait que la personne doit être majeure et c'est prévu à l'article 26.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée...

Mme Hivon : Ici, on est vraiment, à l'article 6, sur le sujet du refus de traitement.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Justement, sur le refus de traitement, je me questionnais à savoir pourquoi on introduit cet article-là malgré les dispositions du code.

Alors, qu'est-ce qui fait qu'on souhaite introduire cette disposition-là alors que l'article 11 prévoit clairement dans la section des soins du Code civil que «nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.»? Est-ce qu'il y a une nécessité de rajouter la bretelle et la ceinture? Alors, c'était la question. Parce que, lorsqu'on regarde tout ça, je comprends qu'il y a eu de la jurisprudence, je comprends qu'on conteste parfois le refus de consentir aux soins, mais je me questionnais sur la nécessité d'en ajouter et de légiférer davantage, puisque le code est quand même relativement clair sur la question.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Je vous dirais, deux raisons. Premièrement, on voulait une loi la plus complète possible, donc qu'on puisse tout retrouver dans notre loi sur les soins de fin de vie, d'où cette volonté aussi de parler du refus de soins.

Me Ménard, dans le Comité des juristes experts, il faisait aussi cette recommandation-là, qu'il y ait une disposition spécifique sur le refus de soins, parce que c'est par une... je dirais, une interprétation du Code civil que ça a été consacré. Ça va de soi, en quelque sorte, si vous devez consentir à chaque fois, donc, qu'on vous fournit un soin, que vous devez donner votre consentement libre et éclairé. A contrario, ça veut dire que vous pouvez refuser donc tout soin. Mais ce n'était jamais écrit noir sur blanc. Beaucoup de gens, lors des auditions de la commission, sont venus nous dire que, pour eux, des experts comme des citoyens, ce serait un plus de le voir dans une éventuelle loi pour que les choses soient encore plus claires et limpides. La jurisprudence n'a effectivement jamais été consacrée. Donc, c'est un moyen de venir le consacrer.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, j'ai une question. Dans le quatrième alinéa, vous avez les mots «le médecin doit s'assurer du caractère libre et donner à la personne toute l'information». Comment est-ce qu'on définit «le médecin» dans un hôpital quand il y a des médecins différents à chaque quart de travail? Qui est «le médecin» dans cet alinéa?

Mme Hivon : C'est la même chose que pour tout soin, c'est le médecin qui est présent auprès de la personne, qui est le médecin qui est en lien avec la personne, en lien avec le soin concerné, donc, dans ce cas-ci, avec le soin qui serait refusé par la personne au moment où on lui fait part de la possibilité de lui donner ce soin-là.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a une manière pour être un peu plus précis?

• (15 h 50) •

Mme Hivon : À première vue, je ne vois pas... mais...

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, quand on pense... dans un hôpital, le patient est soigné par tellement de médecins dans une période de 24 heures... est-ce qu'il y a une manière d'être un peu plus précis?

Mme Hivon : Je comprends votre préoccupation, je réfléchis, mais c'est toujours la même volonté d'être cohérent partout. Et, dans la même logique où on ne vient pas préciser... En fait, il faudrait le préciser partout dans les lois où on vient parler du médecin. Normalement, ça va de soi que ça doit être le médecin qui est donc avec la personne au moment où cette décision-là doit être prise. Donc, moi, je militerais pour garder «le médecin» écrit comme il est là, parce que je pense que, si on faisait un changement, ce serait un changement qui aurait des répercussions sur beaucoup de dispositions de beaucoup de lois.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. En fait, c'est une discussion. Présentement, dans les centres universitaires, tu as plusieurs médecins qui sont appelés à intervenir à différents moments. Mais généralement le médecin qui est responsable... et quand, mettons, on fait le transfert de la garde ou il y en a un qui part en vacances, il y a toujours un médecin qui prend charge du patient. Mais on assume que ce qui a été discuté avec un médecin à un moment donné se poursuit.

Puis je vais vous donner un exemple. Quand on rentre à l'hôpital, on fait la discussion avec la personne : Est-ce que vous voulez, au niveau des interventions, l'intubation? Est-ce qu'on fait l'intubation? Est-ce qu'on fait la réanimation cardiaque? Est-ce qu'il y a des soins que l'on ne donne pas? Et, suite à avoir fait la discussion avec le médecin, à ce

moment-là il y a une signature, et, cette signature-là, même si les médecins changent par la suite, c'est les mêmes volontés qui sont respectées. Donc, d'essayer d'être très précis en disant : Tel médecin ou le médecin traitant, on pourrait se retrouver avec une difficulté d'application. Moi, je pense que ce qui est important dans le principe, d'abord, c'est l'obligation que ce soit un médecin. Donc, si je comprends bien, ça ne peut pas se faire par une infirmière, ça ne peut pas se faire par un autre professionnel. Mais par contre, à partir du moment que ça s'est fait, la discussion, avec un médecin, les autres médecins sont tenus de respecter le consentement qui est autorisé par le patient ou la patiente.

C'est une question d'applicabilité parce que maintenant ça travaille en équipe avec des systèmes de garde, dont, entre autres, aux soins intensifs, où le médecin n'est pas de garde 24 heures sur 24 mais souvent sur des quarts de 12 heures ou de huit heures.

Le Président (M. Bergman) : Si je peux, Mme la ministre? J'ai été témoin d'une situation où un patient a refusé le soin d'un médecin, et la famille a téléphoné le médecin qui vraiment avait le dossier, qui était à la maison. Et le médecin en question, à la maison, est retourné à l'hôpital pour parler au patient, pour expliquer que le soin était vraiment nécessaire. Alors, le patient a accepté d'être soigné. Mais on voit ici une situation où il y avait une ambiguïté quand le patient, en premier lieu, a refusé d'être soigné, avec l'explication qui a été donnée par, dans votre cas, le médecin. Mais, quand le dossier a été référé au médecin principal de ce patient, qui est retourné à l'hôpital pour donner une explication au patient, le patient a accepté d'être soigné, et la vie a été prolongée.

Alors, je me demande s'il y a une manière pour être plus précis quand on parle du médecin, car on sait que, dans un hôpital, dans une période de 24 heures, le patient est vu par plusieurs médecins. Mais, généralement, il y a un médecin qui est le porteur du dossier.

Mme Hivon : Oui. En fait, je dirais deux choses. Dans ce cas-ci, il faudrait voir si le premier refus était vraiment libre et éclairé. Et donc il faut alors peut-être questionner l'information qui avait été donnée, bon, tout ça, dans quelle circonstance ça s'est fait.

Moi, la réserve que j'ai, c'est qu'en fait, si on fonctionnait de manière à obliger que la discussion sur un refus de traitement se fasse toujours en quelque sorte avec le médecin traitant — le médecin traitant peut être absent, il peut être en vacances, il peut être en train de faire une garde à l'hôpital, il peut être dans une semaine où il n'est pas... il y a un autre médecin, donc, qui s'occupe du patient — je pense que, là, on s'embarquerait dans quelque chose qui serait difficile et qui en fait pourrait, au bout du compte, faire en sorte de nier le droit du patient de refuser un traitement, parce que ça s'opérerait en disant : Oui, mais là il a refusé. Et là la famille pourrait dire : Ça ne nous apparaît pas rationnel, donc il faut retourner vers le premier médecin. Et en fait ce que ça ferait, c'est qu'on remettrait en cause, je dirais, dans ces cas-là, le choix de la personne. Évidemment, si elle accepte les soins, il n'y a personne qui va remettre en cause est-ce que sa décision est la bonne, est-ce qu'elle a eu toute l'information, est-ce que son consentement est libre et éclairé. Mais, dans les cas où elle refuse, là, on remettrait ça en cause et on se permettrait de se tourner vers un autre médecin. Moi, je dois vous dire que j'ai de fortes réserves par rapport à ça.

J'imagine aussi l'aspect pratique de ça pour un cas comme ça mais pour l'ensemble des cas. Des décisions médicales se prennent à tout moment, et, vous savez, même dans les unités de soins palliatifs, les médecins changent souvent, à chaque semaine il y a des décisions très importantes qui se prennent. Mais je ne pense pas qu'on peut faire en sorte de ne faire tenir ça que sur les épaules d'un seul médecin et de faire en sorte que tous les autres médecins... ou tout le reste de l'équipe est déresponsabilisé, en quelque sorte, et le patient aussi.

Le Président (M. Bergman) : Oui. Dernière question. Vous employez les mots «le médecin».

Mme Hivon : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Alors, avec le mot «le», il semble que vous faites référence à un médecin spécifiquement, car «le médecin», ça veut dire qu'il y a quelqu'un que vous avez. À qui vous faites référence?

Mme Hivon : Je fais référence à un... Effectivement, je ne dirais pas «un médecin», parce que ça voudrait dire «n'importe quel médecin». Pourquoi c'est «le médecin»? Parce que c'est le médecin qui est concerné par la situation où il y a un refus. Donc, c'est le médecin qui est dans cet échange-là, à ce moment-là, avec la personne concernant la décision relative au refus.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : C'est parce que, si je comprends bien... puis je ne sais pas s'il faut clarifier, mais c'est qu'il y a un acte qui est commis et c'est l'arrêt des traitements.

Donc, si je comprends bien — c'est vraiment notre collègue le médecin qui peut confirmer — c'est que la personne dit... à ce moment-là, il veut qu'on arrête le traitement. Donc, ce n'est pas... Donc, il faut que ça soit le médecin qui est de garde à ce moment-là, parce que la personne pourrait vouloir que, tout de suite, on arrête de le traiter, puis il y a une certaine urgence dans sa demande. Donc, est-ce que, dans la façon que c'est exprimé, parce qu'on a modifié l'article... Mais, non, cette partie-là, ça revient au même. C'est le caractère... c'est : avant d'agir, il doit s'assurer. C'est avant de discontinuer, finalement. Je ne sais pas si c'est ça qui crée un doute, parce que, la manière que le président parlait, c'était comme s'il cherchait un traitement de son médecin personnel, alors qu'ici le médecin cherche à arrêter un traitement

à l'instant même. Donc, il y a une action qui est déclenchée, et le médecin qui est là, le médecin qui est de garde, doit s'assurer qu'on respecte sa volonté. Il va juste s'assurer qu'avant qu'on arrête les traitements c'est vraiment éclairé et que la personne est bien consciente.

Donc, la question, c'est de savoir : Est-ce que plus de précisions par rapport au... c'est-à-dire, d'arrêter le traitement, est-ce que c'est ça qui était voulu?

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...je pense, le cas que vous avez parlé, les principes d'éthique... et la loi est respectée, parce que le patient a toujours le droit, à n'importe quel moment, de cesser les traitements ou même de les reprendre.

Mais il faut comprendre que, dans des cas complexes, ce que l'on voit, c'est une équipe traitante qui s'occupe d'un patient, puis à ce moment-là c'est eux autres qui ont charge. Il faut voir, il faut penser aussi que ce système-là a été mis en place, et c'est accepté par le médecin traitant qui ne peut pas toujours être là 24 heures sur 24, et on ne peut pas toujours référer au médecin traitant pour lui poser la question : Es-tu d'accord ou tu n'es pas d'accord? Sauf que la famille, s'ils voient quelque chose qui, pour eux autres, n'est pas correct, ou pourrait être corrigé, ou serait questionnable, peut toujours appeler un directeur d'hôpital, un directeur des services professionnels, un chef de département et faire la discussion, et par la suite il peut y avoir une intervention pour peut-être savoir ce que c'était, la bonne décision ou pas, et à ce moment-là le patient peut revenir en arrière sur sa décision.

Il faut voir la praticabilité, là, du système où on veut toujours qu'il y ait un médecin qui soit responsable du patient. Il y a des discussions qui sont faites, mais on est dans le dialogue, là. C'est-à-dire, à tout moment, on peut discuter avec un patient, savoir : Est-ce qu'on continue, qu'on ne continue pas? Puis je vais vous donner un exemple. Quand on rentre dans un hôpital, on va vous poser la question, là, pour surtout les personnes, là, qu'il y a des risques, là : Est-ce que... Ça donne : En cas qu'il y ait une réanimation, est-ce que vous voulez qu'on fasse une réanimation ou pas? Il est très, très bien dit aux gens qu'à tout moment ils peuvent décider tout simplement de changer leur consentement. Mais, à la fin, c'est cette personne-là qui va décider. Pour moi, là, dans tout ce qu'on a discuté, ce qui est important, que la décision soit changée ou pas, c'est qu'à la fin c'est la personne qui décide d'avoir un consentement libre et éclairé.

Juste en passant, M. le Président, ça ne veut pas dire que le consentement n'était pas libre ou éclairé, mais il y a peut-être eu des interventions qui ont fait que la personne qui recevait les soins, bien, suite à des discussions avec la famille, le médecin traitant a pu changer d'idée, puis c'est son droit.

• (16 heures) •

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 6? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : M. le Président, on nous avait suggéré d'ajouter, à la fin de «toute l'information»... donc, au dernier alinéa, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec avait suggéré que nous y ajoutions «toute l'information de nature médicale». Alors, je me demandais si... Je sais que la ministre et son équipe ont regardé les suggestions, donc je me demandais pourquoi on n'avait pas retenu cette suggestion de la Fédération des médecins omnipraticiens.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. En fait, c'est parce que ce serait parler pour ne rien dire, me dit-on, parce qu'en fait, puisque ça provient du médecin, le médecin a sa compétence, et sa compétence, elle est médicale, et donc les légistes ont jugé que ce serait redondant. Évidemment, à partir du moment où on est dans un contexte de santé et médical, c'est évident que sa responsabilité, elle est de nature médicale.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : On nous a également demandé... en fait, suggéré... Tant la Confédération des organismes des personnes handicapées du Québec que L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec souhaitaient que soit inséré, à l'intérieur de l'article 6, l'article 8 de la loi sur la santé et les services sociaux, qui se lit ainsi : «Tout usager des services de santé et services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.»

Donc, je présume qu'il y a aussi une question de redondance. Est-ce que l'alinéa quatre répond à cette préoccupation des organismes?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. C'est notre prétention que oui. Pour éviter la redondance, il est déjà à l'article 8. Les deux lois doivent se lire ensemble. Mais aussi ici on est spécifiquement dans le cas du refus, et c'est ce qui fait qu'on vient écrire quelque chose de spécifique, qui est l'alinéa quatre, parce qu'on n'est pas dans le contexte général, et l'article 8 de la loi est dans le contexte général du consentement libre et éclairé, qui est une notion consacrée autant dans le code que dans la loi.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : ...simplement, je ne sais pas si c'est via l'article 6, mais j'ai une préoccupation et puis je dois dire que les différents organismes qui viennent en aide et qui viennent en appui aux personnes handicapées m'ont, à tout le moins, sensibilisée à une situation, c'est que, pour certaines personnes, dont les personnes souffrant d'un handicap intellectuel... pour certains médecins, ils auront divulgué une certaine forme d'information à cette personne-là, mais ce ne sera pas nécessairement dans un langage compris.

Comment on peut s'assurer que les personnes qui souffrent d'un handicap intellectuel seront protégées et seront informées adéquatement, suivant leur degré de compréhension? Dans le fond, c'est un peu la même chose pour le mineur de plus de 14 ans, parce qu'on ne parle pas à une ado ou un ado de 15 ans comme on va parler à un professionnel de 50 ans. Comment on peut s'assurer que le langage utilisé, entre autres, pour s'adresser à des personnes souffrant d'un handicap intellectuel sera adéquat? Parce que j'ai senti cette préoccupation-là dans les différentes interventions. Et ça, bon, le refus de traitement, c'est une chose, mais, dans l'ensemble des soins de fin de vie, je pense qu'on a à avoir cette sensibilité-là, de s'assurer qu'il y aura une compréhension, il y aura une vulgarisation puis des explications offertes, de sorte que l'information sera accessible suivant les niveaux de compréhension.

Et là je peux comprendre aussi que parfois, dans le milieu hospitalier, on a tout ce brouhaha-là, les choses vont vite, et on n'a pas toujours accès à... ou la possibilité pour le médecin d'offrir cette... ou de prendre le temps de faire cette vulgarisation-là. Ou peut-être je me trompe, mon collègue pourra peut-être me reprendre. Mais toute la question, comme je vous disais, des personnes vivant avec un handicap intellectuel m'a beaucoup interpellée lors des consultations. Et, je ne sais pas, est-ce qu'il y a lieu de prévoir quelque chose à l'intérieur de l'article 6, à l'intérieur d'un autre article, de sorte que ces personnes-là puissent, même si elles ne sont pas représentées légalement, être accompagnées? Comment on peut s'assurer de la transmission de l'information?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, d'abord, je pense que c'est une question de formation. Et moi, j'aurais envie de dire que, même pour toutes les personnes qui ne sont pas habituées d'avoir recours aux services hospitaliers, être en relation avec un médecin, quand vient le temps d'avoir un diagnostic, je dirais, important — on pense à des gens qui ont un diagnostic de cancer, qui rapidement doivent prendre des décisions — beaucoup de ces personnes-là se sentent démunies devant, je dirais, l'abondance d'informations et de décisions rapides aussi qui doivent être prises. Et je pense qu'évidemment ça peut être encore plus aigu pour des personnes de 14 ans et plus ou des personnes qui ont une déficience intellectuelle. Et je pense que la clé dans tout ça, qu'on soit en fin de vie ou pas en fin de vie... Parce que la question, elle se pose aussi au quotidien. Vous avez un gros problème de santé. On vous propose une intervention chirurgicale mais qui a des risques. Il faut que vous soyez certainement en mesure de bien comprendre.

Donc, je pense que c'est beaucoup plus global que sur notre seule loi et moi, je pense que tout passe par la formation. Et, pour y avoir réfléchi, moi, je dois vous dire qu'en termes d'objectifs de formation, pour ce qui est de la priorité qu'on va donner à la formation en lien avec la loi, les soins palliatifs, les soins de fin de vie en général, il va y avoir une attention qui va être donnée et un rappel qui va être fait quant à l'importance d'adapter, donc, notre langage et nos explications pour les personnes qui ont ces défis particuliers. Et je pense que ça devrait être le cas dans l'ensemble de la profession, pour l'ensemble des domaines et des soins. Mais ce n'est pas dans le projet de loi qu'on peut venir en faire quelque chose de précis parce que c'est une question, d'abord et avant tout, de formation, d'accompagnement et aussi de s'assurer que la décision est vraiment libre et éclairée. Et ça, je pense que c'est un défi, tous domaines confondus.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci. C'est certain qu'il y a encore beaucoup de travail à faire, puis je pense que peut-être qu'il n'y a pas lieu de le consacrer à l'intérieur d'articles, mais, à tout le moins, je comprends que ma préoccupation est partagée.

Mme Hivon : ...y compris pour les personnes qui ont un problème de santé mentale aussi.

Mme Vallée : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 6 tel qu'amendé? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste faire la discussion. «Le refus de soin ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen.» Est-ce que vous pouvez le clarifier? Donc, ce n'est pas seulement que par un écrit. Est-ce qu'il y a des règles par rapport au consentement avec témoin ou...

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est rédigé ainsi, M. le Président, parce qu'il arrive qu'on va vous demander votre consentement écrit, par exemple, pour une chirurgie ou... et, si vous changez d'idée, il faut être sûr que le formalisme est le moins important possible pour que vous ayez toujours, pour maintenir votre intégrité, donc, votre droit à l'inviolabilité de la personne... que vous puissiez dire : J'ai changé d'idée et donc je ne veux plus recevoir ce soin. Et donc c'est pour ça qu'on dit «peut être communiqué par tout moyen». Donc, c'est de consacrer l'absence de formalisme. C'est rare qu'il y a un

formalisme qui est exigé, mais on veut s'assurer que, dans les cas où il y a un formalisme d'exigé, le refus peut être fait par tout moyen. Et ça consacre la jurisprudence aussi.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non, c'est beau, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 6 tel qu'amendé?

Mme Vallée : Je sais qu'on...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci. Désolée, M. le Président. Alors, j'imagine qu'on appliquera la même interprétation, par exemple, pour quelqu'un qui changerait d'avis à la dernière minute pour l'administration de l'aide médicale à mourir.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Tout à fait, M. le Président, et on va même venir dire qu'on doit faire état de ce refus, qu'importe le moyen pris dans le dossier, pour être sûr que ce soit bien consigné, qu'importe que ce soit par écrit ou non, même s'il y a un formalisme.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? M. le député de Jean-Talon.
• (16 h 10) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, juste peut-être au niveau didactique. Quand on arrive au niveau du consentement, au niveau médical, il y a quand même beaucoup de formations puis il y a beaucoup de jurisprudence, et l'information doit être donnée en fonction de la proportionnalité de l'importance du soin. Donc, lorsque vous arrivez pour une chirurgie avec plusieurs complications ou un danger de mourir assez important, il faut le dire. Puis ça, la jurisprudence a été très claire. Les médecins... avant ça, souvent, il fallait signer un consentement sur le bout d'une table. Ce n'est plus comme ça que ça se passe, là. Donc, on imagine que l'Association canadienne de protection médicale, qui assure la majorité des médecins au Québec, sinon la totalité, va probablement donner de la formation, et ils en donnent actuellement, pour dire que, si c'est du retrait de consentement, le consentement est pour retirer des soins, surtout que ça peut conduire au décès, à ce moment-là c'est certain que l'information doit être bien faite, doit être bien notée au dossier.

Et même, juste pour ajouter sur la question de «tout moyen», ce n'est pas juste un oui, puis on le fait. Il faut que ce soit un oui qui soit écrit dans le dossier et qu'on soit assuré... pas signé par le patient, mais que le médecin consigne au dossier l'information, et la note doit être également proportionnelle à l'importance du soin ou du retrait de soin.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. C'est tout à fait pertinent. Évidemment, si vous refusez de poursuivre votre dialyse versus si vous êtes en relativement bonne forme puis vous dites : Je ne prendrai pas les antibiotiques, ce n'est pas la même réalité. Donc, ça va de soi. Et c'est l'article 27 pour la question de l'absence de formalisme pour l'aide médicale à mourir, pour le retrait du consentement.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est beau, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Bien. Mais, juste par rapport aux commentaires de mon collègue de Jean-Talon, est-ce que... Donc, si je comprends l'intervention, c'est-à-dire ça doit être conforme et conformément à quelque chose. Ce n'est pas nécessairement par tout moyen, c'est qu'il y a des fois un formalisme conformément à la situation, conformément à ce qui est appelé à la lumière de la situation particulière, et surtout que, premièrement, c'est vraiment la personne qui doit le communiquer. Ça, c'est l'autre précision que je voulais juste... Je voulais poser la question.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Weil : Bien, c'est une question ouverte, là.

Mme Hivon : En fait, la question était posée au député de Jean-Talon.

Mme Weil : Oui, mais c'est une question ouverte.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Généralement, ce qui va arriver, c'est que, supposons qu'il n'y a pas de consentement écrit, à ce moment-là, le médecin, dans sa note qu'il va mettre au dossier, va expliquer qu'il a rencontré le patient puis qu'est-ce qui s'est dit comme information et quelles ont été les questions. Et puis par la suite, bien, c'est ça qui va faire foi que le consentement était fait. Il n'y a pas plus de formalisme que ça en termes de discussion.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'amendement à l'article 6? Est-ce que l'amendement à l'article 6 est...

Une voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Simplement. On a mentionné qu'on souhaitait inclure, à l'intérieur de la loi, l'article 6 afin de lui donner vraiment une portée complète sur l'ensemble des soins de fin de vie. Advenant une situation, lequel des deux articles, entre l'article 11 du Code civil et l'article 6 de la loi, aurait préséance?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Normalement, ces deux articles sont compatibles, donc il ne devrait pas y avoir un conflit entre les deux articles. Je ne sais pas si vous avez... Normalement, en fait, un vient juste préciser dans quelles circonstances on est puis vient vraiment préciser la question du refus de soin, mais il ne devrait pas y avoir de conflit.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : En fait, je n'avais pas d'exemple précis, c'était juste une question, compte tenu que les deux ne sont pas libellés exactement de la même façon et puis que 11, bien, se lit, dans le... Dans l'ensemble, dans l'interprétation, c'était une question, là, comme ça, parce que, généralement, on ne reprend pas les articles du Code civil à l'intérieur des lois, on fait plutôt référence aux articles du code, et puis là c'est un petit peu... je sais bien qu'on est en train de faire du droit nouveau, là, donc c'est un petit peu plus exceptionnel. Et je me suis dit : Bien, s'il devait y avoir une interprétation différente donnée à l'article 6, est-ce que l'article 6 aurait préséance ou est-ce que les dispositions du Code civil auraient préséance?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, je le répète, qu'il ne devrait pas y avoir de conflit. L'article 6 est dans une situation plus précise parce que c'est un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie. Donc, ce n'est pas tout soin. C'est pour ça qu'il est là, parce qu'on est dans un contexte de fin de vie où ces questions-là vont se poser. Et je ne pense pas qu'il y en a un. Un, on ne voit pas comment il pourrait y avoir un conflit, de la manière avec laquelle les choses sont libellées. En fait, c'est qu'on consacre la question du refus de soin à l'article 6 qui n'est pas consacrée à l'article 11, et tout cela est compatible mais simplement plus précis à l'article 6.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Donc, je comprends que, nonobstant l'article 6, l'article 17 aurait tout son sens dans le contexte des soins de fin de vie parce qu'à l'article 17 du Code civil on prévoit que, bon, le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de... l'état de santé, pardon; «le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents».

Donc, je comprends que, dans un contexte de soins de fin de vie, 17 demeure, de par le... dans la mesure prévue par le Code civil, 17 demeure très clair, c'est-à-dire qu'un ado ne pourrait pas seul décider de mettre fin à un traitement ou décider seul de refuser un soin et dans le contexte où ce refus-là aurait un impact sur la durée de sa vie.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Exactement. Donc, dans la mesure prévue par le Code civil, et là spécifiquement pour prévoir qu'un article comme 17 continue à s'appliquer et qu'il n'y a pas de changement à cet égard-là... 16 aussi, l'autorisation du tribunal. Donc, on l'a mis parce qu'on s'est fait dire par des experts que c'était mieux de faire référence aux mineurs aussi à l'article 6. Mais c'est pour ça que, dans un premier temps, on ne l'avait pas mis, parce que les dispositions sont déjà très précises dans le Code civil. Mais on vient les inscrire ici.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a d'autres commentaires à l'amendement à l'article 6? Est-ce que l'amendement à l'article 6 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce que...

Une voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Alors, je retire la question d'adoption. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : J'imagine qu'on a réfléchi, et puis la jurisprudence l'a consacré, mais, encore dans un esprit pédagogique, l'article 14 du Code criminel nous indique que, bon, on ne peut pas consentir à ce que la mort lui soit infligée. Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée. Donc, un refus de traitement dans certains cas... Et j'imagine que l'objectif de cet article-là est de consacrer un peu la jurisprudence qui a dû se pencher, par le passé, sur la question, c'est-à-dire que le refus de traitement ne correspond pas nécessairement en soi à... refuser un traitement ne correspond pas à ce qui est prévu à l'article 14 du Code criminel.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Et, oui, c'est très clair. À ma connaissance, il n'y a même jamais eu de jurisprudence spécifique qui faisait un lien avec le Code criminel pour l'arrêt de traitement. Mais dans Nancy B., qui est la cause type, on est venu consacrer que c'était tout à fait conforme au respect des principes d'inviolabilité de la personne, respect de son autonomie, et donc c'est tout à fait clair. Et, quand je parle justement qu'on est dans notre compétence en matière de soins, notre compétence générale en matière de santé, c'en est un, bon exemple.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires à l'amendement à l'article 6? Est-ce que l'amendement à l'article 6 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. Est-ce que l'article 6, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. Mme la ministre. Article 7.
• (16 h 20) •

Mme Hivon : Alors, à l'article 7, il n'y a pas d'amendement. «Une personne ne peut se voir refuser des soins de fin de vie au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement à un soin.»

Donc, je vais vous donner un exemple. Une personne qui déciderait d'arrêter la dialyse parce qu'elle estime que sa qualité de vie est presque nulle et que, pour elle, ça n'a plus aucun sens, on ne pourrait pas dire : On ne vous offrira pas de soins palliatifs parce que vous avez décidé d'arrêter votre dialyse. Et donc c'est une manière de consacrer qu'un établissement ne pourrait pas venir refuser des soins à une personne parce qu'elle refuse de poursuivre un traitement.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a des commentaires à l'article 7? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Moi, je suis tout à fait d'accord parce qu'il y a tout un élément de négociation, hein, il faut voir comment ça fonctionne, puis ça élimine beaucoup de paternalisme. On veut le bien de la personne, mais ce n'est pas toujours ce qu'elle, elle veut, là. Donc, moi, je dirais que c'est le gros bon sens, mais j'aime bien voir parfois puis assez régulièrement le gros bon sens codifié dans la loi. Ça fait que je suis tout à fait d'accord avec l'article.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires à l'article 7? Mme la députée de Gatineau.

Mme Hivon : C'est qu'on a pu voir...

Le Président (M. Bergman) : Excusez-moi. Mme la ministre.

Mme Hivon : Excusez-moi. On a pu voir certains cas où effectivement le paternalisme médical avait peut-être créé des situations pas souhaitables. C'est pour ça qu'on...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Et donc j'imagine qu'inversement on ne pourrait pas refuser, par exemple, advenant que l'aide médicale à mourir soit mise en place, on ne pourrait pas refuser à une personne l'aide médicale à mourir en raison... que ce soit un arrêt de dialyse ou que la personne n'aurait pas... Peu importe la situation, là, une fois que la personne répond aux critères de l'article 26, on ne pourrait pas utiliser des choix faits pendant le processus. Et ça, ça pourrait être tout au long. C'est-à-dire, à un certain moment de votre processus, vous avez refusé une intervention chirurgicale, vous avez refusé tel type d'expérimentation médicale, on ne pourrait pas arriver et dire : Ça, ça constitue un refus. Est-ce que la question budgétaire pourrait être un refus? Parce que, lorsqu'on a mis en place tout à l'heure la question des ressources... Est-ce

qu'on pourrait dire à quelqu'un : Désolé, on ne peut pas vous offrir un soin parce qu'on n'a pas les ressources financières pour vous l'offrir?

On ne peut pas le refuser en raison des choix personnels pris par la personne, par l'individu au cours de sa vie, au cours de la maladie, mais est-ce qu'on pourrait refuser un soin de fin de vie pour un autre motif?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, la réponse, c'est non. C'est la même discussion générale qu'on a eue à l'article 5. Et ici on est vraiment, à l'article 7, de la perspective du patient. Donc, c'est plus l'inquiétude inverse qui pourrait être présente. C'est qu'une personne dise : Est-ce que, parce que j'ai refusé une ixième chimiothérapie... est-ce que, parce que j'ai décidé de refuser de poursuivre la dialyse, on pourrait me dire : Bien là, on ne vous offre pas de soins palliatifs? La réponse, c'est non. Chaque décision porte en elle-même, et vous avez le droit d'avoir vos soins de fin de vie, qu'importent vos décisions préalables.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Mme la Présidente. Alors, est-ce qu'il y aurait lieu de modifier le projet de loi aussi... Écoutez, je pose la question, parce que le refus qu'un patient aurait exprimé de recevoir un soin, c'est une chose, mais est-ce qu'on pourrait refuser l'accès à un soin de fin de vie à quelqu'un qui n'aurait pas eu de bonnes habitudes de vie? Je pense au fumeur, à celui qui aurait fumé toute sa vie puis à qui on dirait : Bien, écoutez, là, vous avez contribué à augmenter les circonstances... vous avez aggravé votre situation, vous avez volontairement aggravé... ou vous n'avez pas fait attention. Donc, est-ce que ça pourrait être une question qui pourrait faire en sorte que quelqu'un soit mis de côté dans la... ou non admissible à des soins de fin de vie?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Non, Mme la Présidente, absolument pas, la réponse est très claire, au même titre où quelqu'un qui a fumé et qui a un cancer du poumon ne se verra pas refuser des traitements de chimiothérapie ou une intervention chirurgicale.

Mme Vallée : Moi, ça va.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres commentaires ou interventions sur l'article 7?

Une voix : ...

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, s'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons procéder à la mise aux voix. Est-ce que l'article 7 est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Nous allons poursuivre avec l'étude de l'article 8. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, nous avons un amendement. Nous n'avons pas d'amendement?

Une voix : ...

Mme Hivon : Nous avons un amendement, mais je n'avais pas le bon amendement.

Donc, on a un amendement, qui est assez simple, à l'article 8, que je vais lire : Modifier l'article 8 du projet de loi par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «qui y exercent leur profession» par «qui offrent des services à ses usagers».

Donc, la modification proposée par l'amendement vise simplement à élargir l'obligation faite à tout établissement de mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les professionnels de la santé ou des services sociaux qui offrent des services à l'utilisateur et non pas seulement entre les professionnels de la santé ou des services sociaux qui exercent leur profession au sein de l'établissement. Donc, je ne sais pas si on me suit, mais c'est pour justement que ce qui fait qu'on crée l'obligation, ce n'est pas que vous êtes dans l'établissement, c'est le fait que vous offrez des services. C'est quelque chose qui avait été demandé par l'Ordre des pharmaciens. Donc, un pharmacien, dans la communauté, peut être en relation avec une équipe, et donc que la notion s'applique aussi à lui, même s'il ne pratique pas en établissement.

Nous avons été à l'écoute, Mme la Présidente, des commentaires qui nous ont été faits par l'opposition mais aussi par les groupes.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres commentaires sur l'amendement proposé à l'article 8?

Mme Hivon : Si vous le souhaitez, Mme la Présidente, je pourrais lire maintenant l'article tel qu'amendé.

La Présidente (Mme Proulx) : Oui, allez-y, Mme la ministre.

Mme Hivon : Donc, l'article 8 : «Tout établissement offre les soins de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.

«À cette fin, il doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux qui offrent des services à ses usagers.»

Donc, c'est un article qui vient faire ressortir deux éléments importants. Le premier élément, c'est que les soins de fin de vie sont offerts, donc, en continuité, en complémentarité avec les autres soins. Cette idée de continuum est très importante, je l'ai énoncée plus tôt la semaine dernière. Donc, on doit voir ces soins-là comme prodigués dans un continuum. Et l'autre idée, c'est bien sûr de consacrer pour la première fois l'idée d'interdisciplinarité. Donc, plusieurs nous avaient parlé de cette importance qui devait être faite à l'interdisciplinarité. On l'avait prévu, et c'est à l'article 8.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci, Mme la Présidente. Donc, est-ce que l'utilisation des termes «continuité» et «complémentarité» implique que les établissements doivent offrir la gamme complète des soins de fin de vie? Donc, est-ce que cet article-là impose aux établissements d'offrir les soins palliatifs mais également l'aide médicale à mourir, et ce, nonobstant peut-être le degré de confort des administrateurs des établissements?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, oui, l'article 8 consacre l'obligation qui est faite aux établissements d'offrir l'ensemble des soins de fin de vie. Alors que ce n'est pas une obligation pour les maisons de soins palliatifs, c'est une obligation qui est faite aux établissements.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Je vais y aller, parce qu'on a quand même beaucoup parlé de ça. Comment est-ce qu'ils peuvent remplir cette obligation? Est-ce qu'il y a différentes façons de remplir cette obligation? S'il n'y a pas de médecin, s'ils ne sont pas capables de recruter des médecins pour offrir ce service, est-ce qu'il y a une autre façon de répondre à la demande?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

• (16 h 30) •

Mme Hivon : Oui. Un établissement pourrait faire une entente avec un autre établissement en vertu de l'article 108 de la loi sur la santé et les services sociaux, par exemple, pour qu'il y ait un médecin d'un autre établissement qui puisse venir offrir un soin spécifique — on peut penser à l'aide médicale à mourir — dans un autre établissement.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Moi, j'ai une question. On sait qu'actuellement... Parce que, dans tout ça, ce n'est pas les soins palliatifs, là, qui posent problème, on s'entend. Je ne pense pas qu'il y ait d'établissements qui aient de problèmes à offrir des soins palliatifs.

Comme le disait mon collègue, les soins... ou la ministre, même les soins palliatifs s'offrent déjà en fin de vie. C'est vraiment sur la question de l'aide médicale à mourir. Et moi, je pourrais concevoir, je peux voir que certains conseils d'administration de certains établissements pourraient peut-être être frileux à l'implantation ou à l'offre d'aide médicale à mourir dans leur établissement.

Au même titre, je vous dirais, Mme la Présidente, que, dans bien des établissements au Québec ou dans certaines régions, on n'a toujours pas d'interruption volontaire de grossesse qui se pratique. Et les gens sont référés soit à des organismes à but non lucratif, et là je vous parle... Par exemple, en Outaouais, c'est la situation : il n'y a pas un établissement qui offre l'interruption volontaire de grossesse. Les femmes, des jeunes femmes sont dirigées vers la Clinique des femmes. Et donc je me dis... Et, je comprends, l'interruption volontaire de grossesse, c'est un soin qui n'est pas nécessairement... avec lequel on n'est pas tous... et ce n'est pas tout le monde qui est à l'aise avec ça. Mais, je me dis, pourquoi on impose l'aide médicale à mourir, alors qu'on n'impose pas l'offre d'interruption volontaire de grossesse? C'est ça. Bon. Parce que je comprends que dans certains établissements il y a des soins qui ne sont pas offerts parce que ce sont des soins spécialisés. Et donc on va diriger les gens vers les centres régionaux ou les centres qui offrent ces soins spécialisés, ça, je comprends, parce qu'on ne peut pas avoir des spécialistes partout sur le territoire, puis on a réparti le tout à travers la province. Mais la question des interruptions volontaires de grossesse, c'est une question plus personnelle, c'est une question de philosophie, c'est une question qui s'apparente... Je pense que, de tous les soins qui sont offerts, ce qui peut s'apparenter le plus à l'aide médicale à mourir quant au malaise que certaines personnes peuvent avoir avec le concept, c'est peut-être l'interruption volontaire de grossesse.

Alors, pourquoi est-ce... Je comprends, là, je comprends qu'on a consacré tout à l'heure, à l'article 5, le droit d'avoir accès aux soins de fin de vie. Mais, en même temps, on impose à des établissements qui, certains, sont gérés... Bien, ils sont administrés... Ce sont des établissements du réseau public, mais ils sont aussi administrés par des individus. Il y a des conseils d'administration. Certains conseils... Et là peut-être que la question que je soulève est purement théorique,

peut-être que, dans le réseau, il n'y a pas cette préoccupation-là. Peut-être que tous les établissements sont à l'aise, mais permettez-moi d'en douter, avec certains commentaires, certaines réflexions qu'on reçoit depuis le début des consultations.

Alors, est-ce que tous les établissements sont à l'aise avec cette obligation qu'ils auront le lendemain de l'adoption éventuelle du projet de loi? Est-ce qu'on ne se retrouvera pas avec des établissements qui diront : Bien, écoutez, vous savez, nous, on est bien à l'aise d'offrir les soins de fin de vie, on est bien à l'aise d'offrir des soins palliatifs, ça, c'est conforme à notre philosophie, c'est conforme... mais on a un petit peu de problèmes, on a un petit peu de misère avec l'aide médicale à mourir. Et là ça, c'est sans compter est-ce qu'on aura aussi une équipe de médecins ou est-ce qu'on aura des professionnels, aussi, en place qui seront à même de permettre à l'établissement de répondre à cette obligation législative qui est d'offrir l'ensemble, et la continuité, et la complémentarité des soins?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, quelques éléments. Pour ce qui est de la question de l'interruption volontaire de grossesse, il n'y a justement pas de loi qui vient encadrer... contrairement à ici. Et, je le répète souvent, je pense que c'est la beauté et la force d'avoir une loi, c'est que justement on vient encadrer la pratique, on vient mettre des balises, on vient mettre des critères. Il va y avoir des protocoles stricts, des exigences strictes. Et, à partir du moment où on estime, comme société, qu'un soin est nécessaire, qu'il est bienvenu, même s'il est exceptionnel, comme une interruption volontaire de grossesse, qu'il doit faire partie, donc, du décor, je pense qu'il faut se placer du point de vue du patient. Et, un, différence avec l'interruption, évidemment c'est qu'on n'a pas de loi. Ici, on en a une, et je pense que ça va beaucoup, beaucoup, beaucoup améliorer les choses.

Deuxièmement, dans une interruption volontaire de grossesse, vous n'êtes pas dans la même situation de vulnérabilité qu'une personne qui est en fin de vie et qui peut avoir pensé que jamais elle ne demanderait l'aide médicale à mourir. Alors qu'elle est en toute fin de vie, on ne peut plus la déplacer, on ne peut pas dire : Regardez, voici, on va vous changer d'établissement, on va vous changer de région, faites vos démarches, trouvez-vous quelqu'un. Je pense qu'il y a une très grande vulnérabilité propre à la situation d'être en fin de vie et je pense que c'est très important de se placer du point de vue du patient à cet égard-là. Je vous dirais aussi que, si un médecin a droit à l'objection de conscience, et c'est tout à fait consacré dans le projet de loi, un établissement ne peut pas avoir, lui, comme établissement qui donne des services, une objection de conscience. En quelque sorte, ce serait ça, on viendrait consacrer une objection de conscience à un établissement.

Et finalement je vous dirais que l'AQESSS, avec qui nous avons été en discussion avant, pendant, et après, et lorsqu'elle est venue aussi, ainsi que dans son mémoire, ne s'oppose pas. Au contraire, elle nous a demandé que tous les établissements soient soumis à cette obligation de donner l'ensemble des soins justement pour que l'accès soit le même, qu'importe où vous êtes, dans quelle région vous êtes, pour qu'il n'y ait pas de possibilité de retrait d'un établissement.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Vanier.

M. Lévesque : Oui. Mme la Présidente, moi, c'est plus une question de directive. J'aimerais vous demander, considérant... Parce que j'écoute les discussions. Peut-être qu'il y a eu des échanges préalables, puis je ne voudrais pas brimer le droit de parole de personne, parce qu'il y a beaucoup de questions qui sont très intéressantes, qui sont soulevées. Mais, selon l'article 245 de notre règlement, il y a quand même, normalement, un droit de parole qui est prévu en termes de durée puis de temps. Puis, je regarde ça, ça fait quand même deux heures et demie qu'on débat cet après-midi puis on n'a pas eu... je n'ai pas vu, là, qu'il y avait de modalité d'appliquée cet après-midi. C'est peut-être une raison, là. Mais je voudrais peut-être invoquer cet article-là pour voir avec vous qu'en est-il, là, parce que...

La Présidente (Mme Proulx) : Oui. Le temps est calculé et le temps n'a pas été dépassé, là.

M. Lévesque : Des 20 minutes par intervention?

La Présidente (Mme Proulx) : 20 minutes par intervention, par alinéa.

M. Lévesque : O.K.

Mme Vallée : Mme la Présidente, avec...

La Présidente (Mme Proulx) : Oui, Mme la...

M. Lévesque : C'est par député, ce n'est pas par parti.

Mme Vallée : Avec...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci, Mme la Présidente. Tout simplement pour répondre à notre collègue. Dans un premier temps, on a fait une demande pour étudier alinéa par alinéa. Peut-être qu'il n'était pas présent, il n'a pas assisté aux remarques

préliminaires, mais le travail qu'on fait actuellement, c'est un travail extrêmement important et ça va permettre plus tard à ceux qui se pencheront sur l'interprétation de la loi de connaître les véritables intentions du législateur. Et puis notre travail, c'est ça. Votre travail, c'est ça, aussi.

Alors, les questions qui sont posées sont sérieuses, sont en lien avec les interventions qui ont été faites devant cette commission pendant le mois de consultations, et nous avons des questions, nous avons des questionnements, les échanges se font de façon courtoise et se font de manière tout à fait sérieuse.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Vanier.

M. Lévesque : Je me questionne pourquoi la députée emploie ce ton, là. Je n'ai pas l'impression que j'ai attaqué son intégrité ni la qualité de ses questions, du tout. Mais il y a quand même des règlements à l'intérieur, donc je pose la question. Je crois que j'ai le droit de poser des questions de directive à la députée, là. Puis je suis désolé qu'elle prenne ce ton parce que je n'ai pas du tout l'impression que j'ai remis en question la qualité, du tout, de ses questions qu'elle pose cet après-midi.

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, pour votre information, M. le député de Vanier, le règlement est respecté, les temps alloués sont respectés jusqu'à maintenant. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Non, puis je comprends votre propos. Mais ce qu'on avait dit au début, c'est qu'on voulait vraiment faire le tour des questions comme il faut. Puis il n'y a pas d'intention de retarder. Mais, par contre, il y a des fois, un peu comme on discute en bioéthique, il faut être capable de revenir. Puis on s'est même dit entre nous autres qu'on pouvait dire quelque chose puis être capables de dire par la suite : Bien, tu sais, j'ai changé d'opinion, indépendamment du parti. Et puis, juste pour vous donner une technicalité, généralement, au niveau du législatif, quand les gens veulent gagner plus de temps pour discuter, ils font tout simplement déposer un amendement, ça fait qu'on est obligé de refaire la discussion pendant 20 minutes de temps. Puis on ne veut pas utiliser cette stratégie-là, mais on veut faire une bonne discussion.

Ça fait que c'est vraiment la... C'est un projet de loi qui est un peu différent parce qu'on le fait plus, je vous dirais, en collégialité. Comme vous avez vu, des fois on cherche des solutions, les uns les autres, puis on veut surtout ne pas escamoter la discussion. Mais je comprends que c'est inhabituel par rapport aux autres projets de loi.

• (16 h 40) •

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Oui. Alors, pour revenir. Donc, lorsque j'ai posé la question, à savoir... Donc là, on comprend que chaque établissement a une obligation mais que cette obligation pourrait être remplie par un renvoi. Est-ce qu'il n'y a pas moyen d'être un peu plus précis pour qu'on puisse voir cette option? Parce que, quand on le lit comme ça, on a vraiment l'impression que chaque établissement... puis on a compris tantôt les commentaires de mon collègue... pour toutes sortes de raisons, ce n'est pas évident que ça sera disponible partout sur le territoire du Québec, donc qu'on puisse déjà entrevoir...

Je regardais, bon, la question de... Je pense que la réponse de la ministre, c'était... pas en partenariat, mais par une référence à un autre établissement ailleurs ou... C'est comment le préciser, où est-ce qu'on trouve cette précision dans la loi, parce que, là, ça a l'air vraiment d'être une obligation par l'établissement, si on lit l'article 8.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : ...je référerai la députée de Notre-Dame-de-Grâce à l'article 101 de la loi sur la santé et les services sociaux qui dit... Parce qu'il y a une foule d'obligations dans la loi santé et services sociaux évidemment pour un établissement qui doit fournir les soins. Donc, on dit, au deuxième alinéa : «L'établissement doit notamment :

«1° recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;

«2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108.»

Et tantôt je faisais référence, donc, à l'article 108, qui parle de cette entente-là. Donc, ça va de soi, c'est ce qui est prévu déjà quand un établissement n'est pas en mesure d'offrir certains soins pour toutes sortes de raisons. Et on ne vient pas le prévoir évidemment à chaque fois, c'est une obligation et une possibilité générale qui est prévue à l'article 101, 2°.

Mme Weil : Juste pour continuer.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Parce qu'ailleurs dans la loi on donne ces précisions, hein? On dit : À la lumière de la loi. Parce qu'on ne le dit pas dans cet article-là, ce n'est pas si évident que ça, pas si évident que ça du tout. Au contraire, étant donné le débat sur cette question et même l'intervention de la ministre tantôt qui disait que c'était vraiment une recommandation — je pense, c'était l'association des établissements de santé qui souhaitait que vraiment chaque établissement le donne — moi, je pense qu'il y a lieu de le préciser, comme on a fait ailleurs dans le projet de loi. Et ça donne un peu cette flexibilité. C'est qu'on donne une orientation que, si, pour toutes sortes de raisons, on n'est pas capable de trouver des médecins qui sont aptes ou désireux de fournir ces services, tout de suite l'établissement se met en marche pour trouver accès à ce soin-là ailleurs dans le réseau.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. En fait, a priori, je vous dirais que je ne suis pas favorable, là, parce que ça viendrait justement créer une situation distincte de toutes les autres situations, alors que, quand on l'établit... Et ça doit être lu en conjonction quand il n'y a pas un élément, je dirais, particulier. Et la raison pour laquelle, à l'article 6, par exemple, on fait référence, c'est qu'il y a une raison particulière pour laquelle on l'introduit, c'est pour consacrer le refus de traitement en fin de vie. Donc, c'est pour ça qu'on a introduit l'article 6. Et, dans ce cas-là, il fallait faire référence au Code civil pour être sûrs d'être cohérents. Mais là on n'est pas dans une situation comme celle-là, donc je pense qu'on est mieux de rester avec le libellé actuel pour s'éviter d'autres problèmes d'interprétation.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Par exemple, l'article 5, on dit : «Toute personne dont l'état le requiert, a le droit de recevoir [les] soins de fin de vie, sous réserve des exigences particulières prévues par la présente loi.» Dans ce sens-là, c'est-à-dire...

Mme Hivon : ...

Mme Weil : La présente loi, mais ailleurs où on peut se référer ou à la loi, aux règlements.

C'est que l'établissement qui n'est vraiment pas capable de trouver les médecins qui seraient capables d'offrir l'aide médicale à mourir n'est pas une... comment dire, soit une négligence, ce n'est pas qu'ils sont hors la loi, ils sont... c'est à la lumière des contraintes. En tout cas, je fais ce commentaire parce qu'on est quand même dans un domaine de droit très, très, très nouveau. Il y a une période de transition. On sait que ce ne sera pas possible. Et je pense que les gens comprennent que ce ne sera pas nécessairement possible dans chaque région d'avoir accès à ces genres de service.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Moi, ça a été vraiment un sujet que j'ai ramené souvent. C'est-à-dire, on a un concept de loi, puis je comprends qu'on veut défendre des principes, je suis d'accord avec ça, sauf que moi, je regarde l'applicabilité sur le terrain puis j'aime ça qu'on prévoie.

Quand ça va arriver, là, qui va retourner lire dans l'autre loi, qui va comprendre comment ça fonctionne? Puis ça, je vais vous avouer, les médecins vont devoir travailler avec ça. Je vous le dis tout de suite, les médecins, ce n'est pas des juristes. Ça fait que, si, eux autres, on ne leur met pas ça clairement, comment ça va fonctionner, avec les possibilités, quitte à essayer de fermer les portes où ça doit être fermé... Mais moi, je suis convaincu, si c'est possible pour un établissement, en regardant la loi, de faire une entente dans un cas exceptionnel, moi, j'aurais aimé mieux, par souci de transparence, être capable de l'écrire comme il faut dans cet article-là, quitte... On n'est pas obligés de le fermer à soir, cet article-là. Mais moi, je pense, il faut prévoir toutes les figures de style. Première figure de style : ce qu'on veut, puis c'est la volonté réelle, c'est : tout établissement doit offrir les services, et ça doit être partie du plan d'organisation.

Deuxièmement, il arrive des cas où c'est possible qu'un établissement ne puisse pas le donner. Bien, moi, je veux prévoir dans la loi, là, à ce moment-ci, qu'est-ce que ça veut dire pour cet établissement-là, c'est quoi, ses recours, c'est quoi, ses possibilités, quitte à être très restrictifs.

Troisièmement, puis je pense que c'est déjà dans un autre article, donc je ne suis pas obligé de le mettre là... Puis, quand ils ne sont pas capables de le donner parce qu'il n'y a pas de docteurs qui veulent le faire puis ils sont dans des endroits où est-ce que tout le monde dit : Il n'y en aura pas, de médecins qui vont venir le voir, soit qu'on le marque dans la loi, que c'est possible que quelqu'un d'autre vienne — moi, je ne pense pas qu'il faut le marquer parce qu'ils peuvent le faire, de toute façon — ou encore on s'entend que c'est possible que la personne ne puisse pas recevoir son service parce qu'il n'y a pas des ressources disponibles. Mais ça, on l'a déjà dans l'autre article. Moi, j'aurais aimé ça les retrouver toutes au même endroit, de façon à ce que, quand quelqu'un lit ça, il sait exactement ce qu'il doit faire, c'est quoi, les possibilités en cas qu'il n'est pas capable de le faire. Et puis, à la fin, il y a une question de respecter le droit, mais parfois ça se peut qu'on ne soit pas capable de le respecter.

Puis, moi, ce que je ferais, peut-être un appel à tous, à nous, là : Comment on pourrait faire pour le rédiger de façon à respecter la volonté de la ministre? Puis je comprends son intention parce que, si elle ouvre la porte, la crainte, c'est qu'il y en ait 15 qui vont dire : Cet article-là existe, je veux embarquer dedans. Moi, je veux fermer ça aussi, en passant. Je ne suis pas du style à dire : Bien, il ne faudrait pas ouvrir la porte à ceux qui vont toujours essayer de se dérober. Ils ont une responsabilité. Par contre, je veux me garder la possibilité, là. Puis je ne parle pas des gros établissements de Québec... on ne parlera plus de Montréal, mais de Québec qui essaieraient de se dispenser — je ne pense pas qu'il y en ait — mais plutôt des petits endroits, là. Puis ma collègue, elle vient de Maniwaki, où est-ce qu'ils ont 15 docteurs de famille, dont sept à l'urgence, là, puis il y en a trois qui peuvent partir n'importe quand. Ça fait que j'aimerais ça fermer la porte qu'à Maniwaki ils soient capables de faire une entente avec Gatineau, au cas où est-ce qu'on serait dans la situation où ils ne seront pas capables d'offrir le service.

Je veux juste qu'on fasse la réflexion, là. Puis moi, j'en ai parlé souvent, souvent quand on a entendu les groupes, j'ai dit : J'ai un problème avec ça parce que l'applicabilité sur le terrain... il n'y a rien de pire qu'une loi, là, qui est très belle théoriquement puis qu'après ça on se fait dire : Bien, elle est dure d'application. Peut-être que nos légistes pourraient y penser avec la ministre, là, une réflexion style entre 7 heures et 11 heures le lundi soir.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Écoutez, je ne suis pas fermée à ce qu'on fasse la réflexion. L'objectif, il faut que ce soit que le service... que les soins soient le plus disponibles possible, et non pas l'inverse. Et là il faut s'assurer... Moi, j'ai deux préoccupations, vraiment, là... Puis là on me parle, c'est ça, on cherche.

Parce que j'avais posé la question, puis on m'avait dit : Là, si on se met — c'est ça, le hic, là — à toujours faire référence et à reproduire, bien, la fois où on ne reproduit pas... En fait, on commence à tout mettre ce qui est dans la LSSSS dans notre loi. Bien, la fois où on ne le fait pas, là il y a un problème. Puis évidemment ce n'est pas l'objectif. Les deux lois doivent être lues côte à côte. Donc, ça va de soi — ça, je peux vous le dire — ça va de soi que l'établissement qui a des obligations, évidemment il les remplit tout le temps dans ses obligations générales aussi qui sont prévues à la LSSSS. Donc, il n'y a pas de souci, c'est évidemment qu'il peut les faire dispenser, qu'il peut conclure une entente. Donc, ma première préoccupation, c'est une cohérence législative parce que c'est vraiment la préoccupation qu'on semble toujours avoir, à ma droite, et derrière aussi, et qu'on m'avait communiquée.

Donc, si on le met là, quand, par exemple, on parle d'autres types de services, je dirais, moins généraux... qu'on aurait cette embûche-là; de un. Puis, de deux, l'objectif, c'est justement de le rendre plus accessible et non pas moins et donc de se dire comment on va faire pour que ce soit généralisé et non pas de dire : A Maniwaki, par exemple, ils ne se poseront pas la question... ou en Abitibi, ou à Val-d'Or.

Une voix : ...

• (16 h 50) •

Mme Hivon : Bon, donc... Peut-être qu'on gagne des points à chaque fois qu'on dit «Maniwaki» ici, donc des indulgences.

Donc, est-ce que ça va faire en sorte que, pour certains endroits, dans le fond, on va se dire : Bien, on ne se posera pas tant la question puis on va y faire... tout de suite, on va faire une entente? Donc, il ne faudra pas que ça soit ça. Mais ça, ce n'est pas le libellé. Pour moi, ça, c'est plus un problème d'application, de philosophie. Qu'importe notre libellé, cette question-là peut se poser. Ils ont le droit donc de conclure une entente. C'est quelque chose qui est prévu, ils pourraient le faire déjà. Donc, nous, c'est plus d'un point de vue de législation, mais, si vous voulez, on va le regarder puis on pourra revenir sur cette question-là.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis, je veux juste rassurer la ministre, on ne veut pas qu'il y ait une répétition de la loi partout. Mais, dans les endroits où est-ce que ça peut faire une différence dans l'applicabilité, moi, j'apprécierais que, même si ça fait un doublon, parce que ça va être dans deux lois... J'aime autant l'avoir dans cette loi-là parce qu'elle, elle va être plus lue que la LSSSS. Donc, ça, je peux vous le dire, les gens vont la regarder plus quand ils vont arriver dans l'applicabilité, premièrement.

Deuxièmement, je veux rassurer la ministre que moi aussi, je pense que le service devrait être disponible partout. Ça, pour nous autres, là, si la loi passe, c'est une équité pour l'accessibilité pour tous les citoyens, sauf qu'il faut tenir compte de notre territoire québécois puis tenir compte de notre organisation de services. Donc, il s'agit de trouver une façon de formuler pour fermer les portes pour que quelqu'un qui voudrait être délinquant puisse se faufiler mais... Puis, comme je le dis, c'est un article, vous connaissez un peu l'intention. Moi, je pense qu'on pourrait faire une réflexion, puis on est même prêts à rajouter à la réflexion puis à trouver une solution ensemble.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Mais je veux juste porter à l'attention des collègues dans cette réflexion que l'article 5 dit déjà que nos dispositions complètent celles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. On consacre ce principe-là dès l'article 5 aussi. Donc, il faut être conscient que c'est sûr qu'il n'y a pas de risque.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mais, n'étant pas légiste puis ayant eu à gérer des établissements de santé puis à gérer des docteurs, je sais qu'à un moment donné il faut que les choses soient assez claires pour qu'eux autres comprennent aussi comment ça va fonctionner. Puis c'est peut-être cette insistance-là que je ferais, c'est que, quand ils vont lire, ils vont savoir comment ça fonctionne et ils n'auront pas besoin de faire appel à un avocat pour expliquer par quelle modalité ils doivent comprendre cette loi-ci. Mais...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...cherchons ensemble des solutions.

Mme Hivon : On va y réfléchir, mais je pense que, pour l'AQESSS, qui quand même représente l'ensemble des établissements, tout ça est très clair. Donc, j'imagine qu'ils vont être un bon guide aussi pour expliquer les obligations et les possibilités à leurs établissements. Mais on va le regarder.

La Présidente (Mme Proulx) : Donc, y a-t-il consentement pour suspendre l'étude de l'amendement et de l'article 8?

Mme Hivon : Peut-être qu'on pourrait disposer... S'il y a d'autres questions, par ailleurs... Est-ce que c'était la dernière question? Comme ça, on saura ce qu'on cherche.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis, si je comprends, le deuxième paragraphe, ce n'est pas une obligation mais bien une intention très, très forte. C'est ça? C'est excellent.

Mme Hivon : C'est ça. Et, en le mettant dans la loi...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En le mettant dans la loi, Mme la Présidente...

M. Bolduc (Jean-Talon) : On ne va pas en prison, mais on peut recevoir une lettre. Bon.

Mme Hivon : C'est ça. Ils n'iront pas en prison, mais ils sont mieux de le faire.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Et juste parce que... Pour ceux qui ont suivi la commission, ça peut être clair. Mais moi, je n'ai pas suivi la commission, alors ce serait utile que la ministre puisse répéter ce qu'elle a dit au début, mais, sachant qu'il y a beaucoup de gens qui n'auront pas...

Une voix : ...

Mme Weil : Le deuxième paragraphe de 8 et l'amendement. Parce que ça a été fait un peu rapidement, à la lumière des commentaires que des gens ont faits. Mais peut-être de réitérer c'était quoi, la préoccupation, parce que ça va faire partie de la compréhension de l'article. Moi, je ne l'ai pas saisi.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ça me fait plaisir, Mme la Présidente. Comme ça, quand tout le monde va nous relire avec passion, ils vont pouvoir voir tous les détails dans notre réflexion.

Donc, écoutez, plusieurs sont venus nous parler de l'importance de favoriser l'interdisciplinarité, ce qui veut dire que ce ne sont pas seuls les médecins qui sont impliqués dans toute la question des soins de fin de vie. Donc, plusieurs ordres professionnels nous en ont parlé. Plusieurs regroupements en éthique aussi voulaient que la notion d'interdisciplinarité ressorte. Donc, j'ai expliqué souvent qu'on ne pouvait pas mettre tout dans la loi, parce qu'ils voudraient qu'on change toutes les pratiques médicales et qu'on consacre l'interdisciplinarité de par notre loi, ce qui n'est pas possible en soi. Beaucoup relèvent de la pratique. Mais on l'a introduite pour la première fois, donc, la notion d'interdisciplinarité, pour favoriser, donc, ce travail en équipe : médecins; infirmières; travail psychosocial; des intervenants sociaux, travailleurs sociaux; pharmacien aussi qui peut être impliqué, évidemment en soins palliatifs, très directement. Et donc que cette notion d'interdisciplinarité, qui est importante en général mais certainement très importante dans les soins de fin de vie, soit consacrée.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Oui. J'avais une question : À partir du moment où on demande aux établissements d'offrir l'ensemble des soins de fin de vie, quelle serait la conséquence pour un établissement qui, je ne sais pas, aurait ou tenterait d'avoir une objection de conscience? Je comprends que l'objectif, c'est qu'il n'y ait pas de possibilité pour les établissements d'avoir cette objection de conscience là compte tenu que les médecins ont individuellement cette objection-là. Mais un établissement qui ne se conformerait pas à l'article 8 et qui ne prendrait pas d'entente en vertu des articles 101 et 108 de la loi, comment... Est-ce qu'il y aura une reddition de comptes qui sera demandée? Est-ce qu'il y aura un pouvoir ou un pouvoir coercitif? Est-ce qu'il y aura... Quelle sera la conséquence de ne pas respecter l'article 8?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Bien, je vous dirais que, Mme la Présidente, comme de manière générale le ministre a un pouvoir, donc, de rappeler à l'ordre tout établissement qui est en contravention de la loi, bien entendu, évidemment ça peut donner lieu à des plaintes des usagers, donc, interventions du Commissaire aux plaintes, interventions de la Protectrice du citoyen et interventions du ministre pour faire un rappel à l'ordre, donc il y a une obligation certainement légale et morale aussi de se conformer à la loi quand on est un établissement. Et, au bout du compte, oui, il peut toujours y avoir des sanctions

de nature administrative auprès des établissements, mais généralement ce n'est pas la première manière de fonctionner. C'est juste de rappeler aux établissements leurs obligations et de s'assurer qu'ils fournissent les services qu'ils doivent fournir.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Moi, mais une des questions... C'est parce que je lis l'amendement. «Il doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels». Est-ce qu'on peut penser qu'il y a des intervenants qui n'ont pas le statut de professionnel et qui font également partie de l'interdisciplinarité? Puis ça, je vais vous le dire, c'est une de mes valeurs fondamentales. Je trouve que des fois on a tendance à juste travailler avec des professionnels, mais, pour moi, là, quelqu'un... même les gens qui travaillent dans les cuisines, les gens qui se promènent pour prendre les menus, ce sont des intervenants importants dans notre réseau de la santé. Est-ce qu'un aumônier est considéré comme un professionnel? Est-ce qu'ils ont un ordre professionnel? C'est parce que, si on y va techniquement, là, les bénévoles, l'interdisciplinarité avec les bénévoles... Je fais une réflexion à voix haute, là. Puis, en passant, ce n'est pas un piège, là. Vous savez, j'ai un côté très, très peuple, hein?

Une voix : «People», on dit.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Merci, Mme la Présidente. Alors, en fait, un aumônier ne serait pas un professionnel de la santé, évidemment. C'est d'autres types d'intervenants qu'on a dans une organisation, comme les bénévoles, comme l'aumônier, mais l'établissement, je ne crois pas, pourrait tendre... Mais je ne pense pas que l'établissement pourrait faire part d'obligations à l'endroit d'un aumônier, par exemple.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est un employé de l'hôpital.

Mme Hivon : Oui, mais ce n'est pas...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : ...on n'est pas sur le même registre pour ce qui est de l'interdisciplinarité. Mais je suis très ouverte à ce que vous dites, mais je ne pense... dans le concret des choses, là, il faudrait réfléchir.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mais je peux vous dire que, quand on arrive dans les soins palliatifs, là c'est toutes les sphères, y compris la spiritualité. Puis là on parle d'un aumônier, mais ça peut être un rabbin, ça peut être n'importe qui. Et ça, pour les gens, ça, ça devient important. Puis on travaille avec ces gens-là. Comme, moi, dans l'établissement où j'étais, là, l'aumônier, sans dire qu'il faisait partie de l'équipe de soins qui donnait des soins, il faisait partie de l'équipe qui était en interaction avec les autres. Et, moi, la réflexion... Puis, encore là, on n'est pas obligés de... Compte tenu qu'on ne ferme pas l'article, je ne voudrais pas pousser pour dire : C'est ça qu'il faut faire. Mais il y aurait peut-être une réflexion à faire, de la part de nos légistes, là, sur... Je verrais peut-être mieux le mot «intervenants» que le mot «professionnels», parce qu'il y a des intervenants qui ne sont pas des professionnels puis il faut qu'on travaille en interdisciplinarité avec eux autres. C'est une réflexion.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est une bonne réflexion, et je ferais une suggestion, et nous allons... C'est parce que l'interdisciplinarité, c'est vraiment en lien avec les professionnels, mais on pourrait parler «l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux et favoriser la collaboration des différents intervenants concernés». On pourrait être sur les deux niveaux : l'interdisciplinarité, qui est vraiment la notion entre les professionnels; et la collaboration entre les intervenants.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

• (17 heures) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mme la Présidente, je l'ai dit, c'est comme un travail d'éthique, là, on s'échange des idées pour avoir le meilleur projet de loi. En tout cas, moi, je pense, faisons la réflexion, parce que je ne dis jamais «oui» tout de suite. Je me dis toujours : Il faut que je me garde un petit pas en arrière, là. Mais faisons la réflexion, puis peut-être on pourrait la rédiger, puis la regarder, puis... pas «la critiquer», mais «en faire un dialogue».

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Donc, on va regarder cette question-là aussi d'ici notre prochaine séance.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres commentaires concernant l'article 8? Donc, il y a consentement pour reporter l'étude de l'article 8 et de l'amendement. Nous allons poursuivre avec l'étude de l'article 9. Mme la ministre.

Mme Hivon : Avant l'article 9, nous avons un amendement qui introduit un nouvel article, l'article donc 8.1. Alors, je vais faire la lecture de l'article 8.1. L'avez-vous?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Mme la Présidente, est-ce que je pourrais faire une demande pour une petite pause santé de deux minutes, s'il vous plaît?

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, s'il y a consentement, j'accorde une petite pause santé de deux minutes.

Mme Vallée : Ça ne sera vraiment pas long. Une pause santé.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Si une seule personne s'oppose, ça veut-u dire qu'il faut continuer ou...

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, la commission suspend ses travaux quelques instants.

(Suspension de la séance à 17 h 1)

(Reprise à 17 h 8)

La Présidente (Mme Proulx) : À l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux. Nous en étions à l'étude d'un nouvel article. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, l'amendement prévoit d'insérer, après l'article 8 du projet de loi, l'article suivant :
«8.1. Tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes en fin de vie et de leurs proches.

«Le directeur général de l'établissement doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, le nombre de sédations palliatives continues administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre d'aides médicales à mourir administrées, de même que le nombre de demandes d'aide médicale à mourir refusées et les motifs de ces refus.

«Le rapport doit également indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées par un médecin membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement dans les locaux de toute maison de soins palliatifs avec laquelle l'établissement a conclu une entente.

«Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis, le plus tôt possible, à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu du chapitre V du titre II. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.»

• (17 h 10) •

Alors, l'article 8.1, en fait il reprend en substance le contenu de l'article 10 actuel du projet de loi. Il vise donc à modifier l'ordre des articles pour que les obligations des établissements se lisent dans un ordre qui va être plus logique. Donc, il place le contenu de l'actuel article 10, qui traite de l'obligation pour l'établissement d'adopter une politique sur les soins de fin de vie, avant l'article 9 qui, lui, prévoit l'obligation pour l'établissement de prévoir un programme clinique de soins de fin de vie dans un plan d'organisation. Donc, c'est plus logique d'avoir la politique globale puis le programme clinique dans le plan d'organisation. Deuxièmement, le terme «sédations palliatives terminales» est remplacé par le terme «sédations palliatives continues», en concordance avec l'amendement apporté à l'article 3.

Troisièmement, le troisième alinéa de l'actuel article 10, qui y est repris, il est modifié par ailleurs pour retirer la référence au fait que le rapport préparé par l'établissement doit indiquer le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées à domicile par tout médecin exerçant sa profession en cabinet privé professionnel parce qu'une modification subséquente qu'on va voir va maintenant donner la responsabilité au Collège des médecins, tel que certains nous l'avaient suggéré, qui va dorénavant être chargé de la surveillance des actes posés par ses professionnels, comme proposé notamment par le Collège des médecins lui-même et l'Association des CMDP lors des consultations.

Puis finalement le quatrième alinéa, lui, modifie le contenu du quatrième alinéa actuel de l'article 10 pour prévoir que le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement mais aussi qu'il est transmis directement à la Commission sur les soins de fin de vie et donc que ça se fasse directement pour que la commission puisse jouer pleinement son rôle.

Alors, voilà pour ce qui est du nouvel article, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Oui. Bon, beaucoup de questions, là. On va essayer de prendre ça dans l'ordre. Je sais que certains... puis là il y a deux courants de pensée, là, mon collègue de Jean-Talon m'a expliqué certains trucs, mais certaines personnes disaient qu'il y aurait peut-être lieu d'avoir une standardisation des politiques sur les soins de fin de vie. Je comprends qu'on ne veut pas faire du mur-à-mur, que certaines régions ont leurs particularités. Je comprends donc que l'orientation que vous avez privilégiée, c'est une orientation d'assurer de reconnaître les particularités de chaque établissement dans l'établissement de sa politique sur les soins de fin de vie. Ou est-ce qu'il y a d'autres éléments derrière cette volonté de permettre à chaque établissement d'adopter une politique qui lui est propre?

Et j'aimerais savoir qu'est-ce qu'on pourrait inclure dans une politique de soins de fin de vie, qui pourrait se distinguer d'un établissement à l'autre.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Évidemment, il peut y avoir des différences selon que l'établissement a beaucoup d'installations, ou très peu d'installations, ou un seul type... Par exemple, votre établissement n'est qu'un centre hospitalier versus votre établissement a aussi, bien sûr, des soins à domicile qui sont offerts par les CLSC, a aussi des CHSLD. Donc, il va y avoir une complexité plus ou moins grande. Et donc tout ça va devoir se refléter dans la politique que chaque établissement va prendre.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Donc, je comprends qu'on ne peut pas interpréter 8.1 comme permettant à un établissement de ne pas offrir certains soins de fin de vie. Donc, ça, le fait pour un établissement d'établir sa propre politique en matière de soins de fin de vie, ne lui donne pas l'autorisation de soustraire certains soins de son offre de services.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Effectivement, c'est une interprétation adéquate, parce que cette obligation est prévue à la loi, et donc l'établissement ne pourrait pas s'en soustraire via sa politique.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Actuellement, on indique que la politique doit tenir compte des orientations ministérielles. Actuellement, outre la politique sur les soins palliatifs, est-ce qu'il y a d'autres orientations ministérielles actuellement en vigueur dont devront tenir compte les établissements à court terme dans le cas d'une éventuelle adoption du projet de loi?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : La réponse, c'est oui. Donc, c'est sûr que la base des orientations actuelles, c'est vraiment la politique sur les soins palliatifs de fin de vie, mais il y a d'autres orientations dont les établissements doivent tenir compte, les orientations, donc, 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, où on retrouve huit mesures qui touchent directement les soins palliatifs.

Il y a aussi l'inclusion d'indicateurs dans les ententes de gestion et d'imputabilité, dont l'élaboration du panier de services de base en soins palliatifs à domicile. Donc, les établissements doivent tenir compte de ça. Il y a aussi, donc, des modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs, mais là je ne suis pas dans les maisons, là, je suis uniquement dans les établissements. Mais par ailleurs ça doit être pris en compte dans les ententes qui sont conclues. Il y a aussi le Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs, donc, en termes de formation. Il y a un volet formation. Et il y a aussi un plan de développement sur le volet lits dédiés, donc comment on développe quand on introduit de nouveaux lits dédiés, et il y a aussi des normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : On dit, on indique que, bon, la politique doit également être diffusée. Est-ce qu'il y a une façon particulière pour la diffusion de la politique sur les soins de fin de vie? Est-ce que la diffusion de la politique... Est-ce que de la publier sur le site de l'établissement serait suffisant?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, je vous dirais, c'est par tout moyen jugé important, certainement, important et opportun. Donc, certainement que le site Internet peut être un moyen privilégié, mais aussi par l'intranet, par exemple, de l'établissement pour ce qui concerne tout le personnel, tous les professionnels. Ensuite, ce qui devrait peut-être... et qui risque de faire partie des orientations, c'est aussi de s'assurer qu'une trousse est remise aux personnes en fin de vie et à leurs proches, comprenant la politique, donc, de l'établissement, par exemple, rappelant les droits des usagers en fin de vie, donc tous les... je dirais, les moyens, qui seront jugés adéquats, de communication, d'une part, pour le personnel et, d'autre part, pour les personnes, les usagers qui sont concernés.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Est-ce que les critères d'admission d'un patient à l'unité de soins palliatifs d'un établissement sont laissés à la discrétion de l'établissement ou est-ce qu'ils feront l'objet d'une délimitation par une orientation ministérielle?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, en ce qui concerne le champ, je dirais, d'application des soins palliatifs, la politique est très claire. Donc, les établissements ne doivent pas faire de discrimination sur la base de la maladie, de la pathologie qui est en cause, donc, ce qui veut dire que, que vous soyez atteint d'un cancer ou d'une maladie dégénérative de type SLA, un établissement ne peut déjà pas faire de discrimination sur cette base-là. Donc, évidemment, ça va continuer à être la même réalité.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

• (17 h 20) •

Mme Vallée : Est-ce que la politique... puis là je ne sais pas, est-ce qu'il est nécessaire de le prévoir à l'article 8.1, le déploiement, finalement, des soins de fin de vie sur son territoire? Donc, est-ce qu'il y aurait lieu de prévoir que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie ou portant sur les soins de fin de vie et son déploiement sur son territoire? En fait, l'objectif, c'est : Est-ce qu'on peut s'assurer... ou comment est-ce qu'on peut s'assurer qu'un établissement sera tenu de se préoccuper du déploiement des soins de fin de vie sur l'ensemble du territoire?

Un peu pour répondre aux préoccupations qui ont été soulevées lors de l'étude de l'article 5 et l'étude de l'article 8, est-ce qu'on pourrait s'assurer que les établissements soient tenus de faire état de leur politique de déploiement? Parce qu'on est vraiment au tout début, surtout pour les mois et les années à venir — toute la question de l'aide médicale à mourir, c'est carrément nouveau, puis aussi le tempo qu'on donne, qu'on souhaite donner au déploiement des soins palliatifs et à l'accessibilité aux soins palliatifs — pour être en mesure de répondre aux préoccupations, peut-être qu'il y aurait lieu de s'assurer que les établissements divulguent leur plan de match.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, voyez-vous, à 9, on va aborder plus la question de l'établissement qui doit prévoir, dans son plan d'organisation, le... Donc, c'est plus à ce niveau-là que c'est compris, plutôt que dans la politique. On va voir aussi, plus loin, les agences aussi.

Des voix : ...

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est parce qu'on discutait entre nous. «Tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie.» Quand on parlait de standardisation, souvent les gens nous posent la question : Pourquoi ça ne serait pas la même politique partout?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Parce que les réalités peuvent être différentes. Comme j'expliquais, un plus petit établissement versus un plus gros établissement; un plus gros établissement va pouvoir être beaucoup plus, je dirais, précis, raffiné, détaillé dans le déploiement, dans tout ce qu'il se met comme exigences, comme cadre dans sa politique versus un plus petit établissement en région qui va devoir avoir une beaucoup plus grande, par exemple, flexibilité dans ce qui concerne l'offre, l'acceptation des gens, le type de soins, l'organisation de ses équipes, l'organisation concrètement des choses, la formation. Donc, c'est pour ça qu'on veut... Et je pense que c'est conforme à la volonté aussi du réseau de quand même garder une certaine flexibilité dans la politique qu'ils vont pouvoir mettre de l'avant, mais avec des orientations qui sont quand même claires.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non. C'est la réponse que je m'attendais, là. Je posais la question, là, pour avoir cette réponse-là officiellement.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Bien, oui, je voulais voir si la ministre a des exemples, parce que, normalement, c'est une politique gouvernementale, hein, une politique, puis ensuite il y a des plans d'action puis il y a comment est-ce qu'on va réaliser ces politiques.

Moi, quand j'ai lu «politique»... Surtout dans un domaine où on veut vraiment s'assurer qu'on uniformise les pratiques, pourquoi est-ce qu'on a choisi le mot «politique»? Et est-ce qu'on aurait un autre exemple où le ministère de la

Santé aurait établi des politiques par région? Parce que l'exemple donné par la ministre, ça, c'est juste des considérations particulières qui font en sorte qu'on module l'application de la politique, mais il y a toujours une politique qui reflète la vision et la vision de ce qui est décidé ici, puis du projet de loi qui sera éventuellement adopté, puis, bon... Alors, c'est ça, la politique, et on demande à tous de respecter cette politique mais de s'assurer que le plan d'action qui donne corps et âme à la politique... C'est là qu'on voit les nuances, normalement. Alors, je voulais savoir s'il y a des précédents.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, nous avons une politique. Il y a une politique ministérielle sur les soins palliatifs de fin de vie. C'est la base.

Donc, évidemment, c'est la base des orientations pour tout établissement. Mais je pense, par exemple, à un établissement qui veut dire : Dans notre politique, nous avons des lits dédiés dans une unité, et, pour nous, c'est une orientation importante d'avoir des lits dédiés. Ce n'est pas tout établissement qui va mettre ça dans sa politique. En même temps, je pense que c'est très pertinent qu'un établissement décide qu'il va consacrer l'importance des soins palliatifs en mettant sur pied une unité, parce qu'il a la possibilité de le faire, le nombre de lits, le nombre d'usagers qui justifient la mise sur pied d'une telle unité, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour tout petit établissement où ça serait même contre-productif d'y aller de cette manière-là. Donc, ça, c'est un exemple que je pourrais vous donner.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Vanier-Les Rivières.

M. Lévesque : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Dans le dernier alinéa, la ministre mentionne : «Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis, le plus tôt possible...» Y aurait-il lieu de peut-être donner un délai maximal au moment? Parce que des fois «le plus tôt possible», pour certains c'est très rapide, mais on le sait, hein, pour avoir travaillé dans le milieu communautaire, si on n'avait pas eu des délais pour remettre nos rapports annuels, je vais vous dire que des fois ça aurait trainé en longueur et ça aurait été très, très long. Alors, pour un souci de transparence, si on était capable d'établir un délai, peut-être, là, à la convenance des collègues ici, ça pourrait être bien, plutôt que laisser le flou sur cet aspect-là.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. En fait, je ne suis pas fermée, c'est que, normalement, dans l'interprétation, «le plus tôt possible», ça peut être plus rapide que quand on met un délai. Mais, plus tard dans le projet de loi, on a un délai de 10 jours. On pourrait mettre un délai de 10 jours. De toute façon, là, à partir du moment où il est prêt, c'est de s'assurer que ça rentre dans les moeurs, qu'il soit transmis à la commission. Donc, je n'aurais pas de problème à ce qu'on vienne mettre un délai de 10 jours, par exemple.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Si je comprends bien, le rapport va être fait, puis là ce rapport, ça devra être mis dans le rapport annuel de l'établissement. Il va y avoir une section?

Mme Hivon : Un résumé.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Un résumé. Puis on peut s'attendre que la date des données... la dernière donnée, c'est après le 31 mars, donc ça devrait être à partir du 1er avril. Est-ce qu'on peut, parce que, là, c'est... délai de 10 jours, ça dépend... S'il confectionne son rapport, il peut le confectionner le 15 juillet, puis ça va tomber le 1er août. Est-ce qu'on pourrait mettre une date? On sait que ça va finir le 31 mars. Est-ce qu'on pourrait mettre une date comme les états financiers, c'est-à-dire avant le 15 juin?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Avant peut-être le 30 juin. Parce que, là, il y a deux réalités. C'est ça. On a notre rapport qui... et il va y avoir un résumé du rapport de ces activités-là dans le rapport annuel. Mais le rapport en lui-même, qui est plus précis, doit être transmis pas uniquement via le rapport annuel. Donc, si on pense que, pour des fins de fonctionnement, ce serait plus simple de mettre une date calendrier, on peut mettre aussi une date calendrier. En l'occurrence, le 30 juin serait... Est-ce que le 30 juin serait une bonne date? On peut...

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...mais je vais y aller pour le 30.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Donc, pendant qu'on va continuer à répondre, on pourra juste s'assurer que c'est une bonne idée de le formuler comme ça.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, moi, c'est peut-être pour apporter une réflexion. Dans le deuxième paragraphe, là, il faut avoir nos données de notre rapport, donc c'est certain qu'on commence avec le nombre de demandes formulées, le nombre de demandes formulées d'aide médicale à mourir. Là, il faut regarder qu'à la fin le chiffre de nombre de demandes formulées... le chiffre devrait être égal au nombre de processus qui vont s'être produits.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Puis je vais m'expliquer.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Là, on a prévu trois hypothèses. C'est-à-dire, on fait une demande d'aide médicale, oui, on fait une demande d'aide médicale. Quelles sont les possibilités? La première, on fait une demande d'aide médicale et on la réalise par l'intervention. Donc, ça, c'est une possibilité. On fait une demande d'aide médicale, et la personne décède entre-temps qu'elle soit réalisée, parce qu'on est en phase terminale. On fait une demande formulée, médicale, la personne change d'idée et décide de retirer son consentement. Est-ce que ça annule la demande médicale ou encore on serait mieux de dire qu'il y a eu un changement d'opinion? Puis après ça, bien, il y a les deux autres possibilités, c'est-à-dire on fait une demande médicale, et elle est administrée; et également elle peut être refusée.

Donc, il y a peut-être deux hypothèses qui n'ont pas été mises puis que ce serait intéressant d'avoir. Qu'est-ce que vous en pensez?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Est-ce que j'ai besoin de vous convaincre plus?

Mme Hivon : En fait, je comprends qu'il y a deux cas d'espèce auxquels le député fait référence : il y a eu une demande, il n'y a pas eu de refus, mais la personne est décédée avant que la demande soit concrétisée, premier cas; et, deuxième cas, la personne a changé d'idée. Et donc ce que le député nous dit, c'est qu'il pense que ces cas-là ne sont pas compris dans ce qui est énuméré. Donc, nous allons vérifier le tout.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est bon, j'ai doublé le nombre de demandes.

Des voix : ...

Mme Hivon : ...

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, oui, on va suspendre les travaux. La commission va suspendre quelques instants.

(Suspension de la séance à 17 h 30)

(Reprise à 17 h 32)

La Présidente (Mme Proulx) : ...travaux. Mme la ministre.

Mme Hivon : ...Mme la Présidente. Donc, effectivement, on pourrait être plus précis. Donc, on va voir la meilleure manière de le dire. Ça pourrait être, par exemple, de dire «le nombre de demandes formulées, le nombre de demandes administrées, le nombre de demandes non administrées et les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été administrées, puis le nombre de demandes refusées». On pourrait avoir les catégories «non administrées» et «refusées», ce qui est quand même deux choses. «Non administrées», on aurait... par exemple, parce que la personne est décédée ou parce que la personne a changé d'avis. Donc, on va le libeller de la meilleure manière possible.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Oui. Je relisais l'article 10 et l'article 8.1. Lors des consultations, les maisons de soins palliatifs étaient un petit peu mal à l'aise avec le troisième paragraphe... le troisième alinéa, pardon, où on mentionne que le rapport doit également indiquer le nombre de sédations palliatives et d'aides médicales à mourir administrées par un médecin de l'établissement dans les locaux de toute maison de soins palliatifs avec laquelle l'établissement a conclu une entente.

Je crois qu'on le verra plus tard, mais les maisons de soins palliatifs actuellement ne sont pas à l'aise d'inclure, dans leur offre de soins, l'aide médicale à mourir. Et donc est-ce qu'il n'y a pas, par cet... Par l'introduction de cet article-là, est-ce qu'on ne tente pas de leur imposer d'offrir des soins qu'elles ne souhaitent pas offrir? C'est parce que je vois mal

comment on peut inclure cet alinéa-là et après ça dire : Bien, on ne les oblige pas à offrir des soins, l'aide médicale à mourir, mais par contre on l'inclut dans 8.1.

Donc, est-ce qu'on devrait retirer la référence aux maisons de soins palliatifs qui est prévue à l'article 8.1 ou, si vous ne... J'ai vu que vous n'avez pas... L'article est rédigé sensiblement de la même façon que l'article 10. Donc, pourquoi est-ce qu'on a maintenu cette référence-là malgré les revendications et les représentations qui nous ont été faites lors des consultations?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Premièrement, c'est écrit «le cas échéant», donc, déjà, il y a quelque chose qui vient dire que ça ne veut pas dire qu'il va y en avoir. Et, deuxièmement, pourquoi il faut le maintenir? En fait, c'est vraiment pour une reddition de comptes et la plus transparente possible, parce qu'on parle ici de médecins qui sont membres des CMDP des établissements mais qui pratiquent dans les maisons de soins palliatifs. Donc, c'est important pour l'établissement et, compte tenu que ces médecins-là sont des membres du CMDP, qu'on puisse avoir le portrait global quand l'établissement fait son rapport.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : À ce moment-là, compte tenu qu'il s'agit de médecins membres du CMDP, pourquoi on ne demande pas que le rapport fasse état des soins de fin de vie offerts à domicile?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Parce que ce n'est pas dans cet article-là qu'on prévoit ça. Plus tard, on va parler des médecins qui pratiquent en cabinet privé de professionnel et là on va avoir toute une série d'obligations, et, maintenant, ils vont relever, quand ils ne relèvent pas d'un CMDP, ils vont relever directement du Collège des médecins pour rendre compte. Donc, ça, on va y venir, parce qu'on y va par catégories, Et là, ici, c'est vraiment via la responsabilité de l'établissement qu'on vient prévoir l'importance de cette reddition de comptes, et donc ça va être dans le... pour ce qui est du... C'est parce qu'il y a des exigences particulières en ce qui a trait à la sédation et l'aide médicale à mourir, notamment de tenir compte des protocoles avec les standards reconnus, et tout ça, et, de ce fait-là, c'est important qu'il y ait la reddition de comptes.

Pour ce qui est des soins qui vont être donnés dans ce... dans le troisième alinéa, on serait les soins qui sont donnés... les soins palliatifs qui vont être donnés dans la maison de soins palliatifs, donc ça va faire partie du rapport général de la maison de soins palliatifs. Il n'y a pas d'exigence particulière par rapport à la question des soins palliatifs pour le médecin du CMDP, qui fait partie d'un CMDP et qui travaille en maison de soins palliatifs.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Parce que, tout à l'heure, on mentionnait qu'on ne faisait pas de politique standardisée parce que certains établissements, entre autres, administraient des CHSLD, certains établissements devaient offrir des soins à domicile, et là je pose la question parce que je me dis : Il peut y avoir des endroits où un médecin va oeuvrer en CHSLD, en établissement, en centre hospitalier et pourrait aussi pratiquer à domicile. Je pense à nos petites régions rurales. Il arrive... où on a des médecins qui sont à l'hôpital, qui sont au CHSLD puis qui vont offrir des soins à domicile. Alors, il ne s'agit pas de médecins qui pratiquent exclusivement en cabinet privé, qui sont peut-être davantage rattachés à l'établissement. Et est-ce que, dans un cas comme ça, on ne devrait pas prévoir qu'un médecin qui se rattache à un établissement de cette façon-là et qui offre des soins à domicile devra faire l'objet d'un rapport? Parce qu'il y a des établissements, là, qui vont offrir des soins à domicile.

Alors, l'aide médicale à mourir ou la sédation palliative continue administrée à domicile, peut-être que ce sera des cas rares, mais je comprends que l'objectif de la commission, c'est vraiment d'avoir un portrait de l'ensemble de la situation. Et est-ce qu'il ne serait pas opportun de le prévoir à 8.1?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : O.K. Juste pour être sûrs qu'on se suit bien. Le médecin qui relève d'un établissement mais qui ferait des soins palliatifs à domicile via, par exemple, son rattachement à un CLSC. C'est ça, la question? Ou à un CHSLD ou...

Mme Vallée : Ou à un CHSLD, parce que, bon, peut-être qu'en milieu urbain il y a plus de médecins, c'est peut-être plus facile de faire la distinction. Par exemple, en milieu rural, on a des médecins qui sont très présents et qui peuvent donner du temps, oeuvrer à l'hôpital, oeuvrer au CHSLD et faire quelques visites à domicile pour les soins de fin de vie. Donc, ces médecins-là, s'ils devaient procéder à l'administration de l'aide médicale à mourir, il faudrait qu'on puisse en faire rapport d'une façon ou d'une autre. Ils ne sont pas en cabinet privé, mais ils sont rattachés à un établissement.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

• (17 h 40) •

Mme Hivon : On va le regarder, mais je pense qu'effectivement il faudrait que, dans le troisième alinéa, nous voyions apparaître aussi «à domicile». Mais je veux, juste avant, parce qu'il y a tout un truchement d'articles... Parce

que plus loin on parle de ce qui est fourni à domicile et aussi des maisons de soins. Ça fait que je veux juste... On va le prendre sous réserve, là, mais l'intention, c'est ça : c'est qu'il y ait un suivi, qu'importe que le médecin, il les donne en établissement, en maison de soins palliatifs ou à domicile. On l'a prévu pour le médecin qui travaille en cabinet privé de professionnel. Ça, c'est clair. Mais on ne sera pas à domicile... Si on est en CHSLD, on ne sera pas à domicile.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Là, on va en faire une discussion, là, pour bien comprendre comment fonctionne le système. Ça dépend si on prend la lorgnette des privilèges, c'est-à-dire où est-ce que je... J'ai des privilèges si ça... automatiquement je fais un rapport, je vais être attaché avec l'hôpital. Donc, que je fasse n'importe quoi... ou à l'établissement, que je fasse n'importe quoi, mon principal point, c'est que je vais être rattaché à l'établissement.

L'autre élément, c'est où se fait le soin. Puis je vais vous expliquer la complexité. Puis moi, je vais vous proposer qu'on comprenne comme il faut le système parce qu'après ça tous les autres articles vont en dépendre également. Mais vous pouvez avoir des privilèges à l'hôpital, pratiquer en cabinet privé, mais, lorsque vous allez voir votre médecin à domicile, ça ne relève pas de l'hôpital, ça relève du fait que vous êtes en cabinet privé parce que ce n'est pas un privilège qui est rattaché avec le CLSC. Et, la majorité des médecins, juste pour vous dire, c'est comme ça qu'ils fonctionnent. C'est-à-dire, moi, quand j'étais en clinique et que j'allais voir mes patients à domicile, si ça donnait le cas que le patient faisait une plainte, parce que c'est peut-être ça qu'il faut suivre comme cheminement, s'il faisait une plainte, est-ce qu'il faisait une plainte au CMDP de l'hôpital... ou, en tout cas, à l'hôpital puis qui va être traitée par la suite par le médecin examinateur et le CMDP ou la plainte allait au Collège des médecins? À ma connaissance, même si j'avais des privilèges à l'hôpital ou à l'établissement, la plainte allait au Collège des médecins, parce que, quand je faisais mon activité, ce n'était pas en relation avec mes activités de l'hôpital. Et la majorité des médecins sont arrangés comme ça. Je vais attendre qu'ils aient fini leur conversation.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est parce que c'est important de comprendre ce processus-là, parce qu'on ne changera pas le système de rattachement des privilèges puis où se font les activités. Puis moi, je vous dirais, quand tu fais une activité, la question de base qu'on va se poser : Si, cette activité-là, il y a une plainte, qui va traiter la plainte? Est-ce que ça va être l'établissement de santé ou ça va être le Collège des médecins? Théoriquement, si c'est le Collège des médecins, c'est le Collège des médecins qui devrait faire le rapport et faire la surveillance de l'acte médical. Si c'est l'établissement de santé, à ce moment-là la plainte arriverait là.

Puis je vais vous donner un autre exemple. Si vous êtes un médecin de famille puis vous avez des privilèges au CLSC pour faire des visites à domicile, à ce moment-là, s'il y a une plainte, la plainte, elle va aller à l'établissement de santé parce que ça fait partie de vos privilèges, ça fait partie de votre travail, d'aller à domicile. Mais, si vous avez des privilèges, à l'hôpital, d'hospitalisation puis d'activités comme à l'urgence, vous allez voir le patient à domicile, mais c'est parce que vous êtes en cabinet privé, à ce moment-là la plainte va aller au Collège des médecins.

Donc, il faut suivre la même trajectoire que le traitement des plaintes, et, à ce moment-là, on monte notre système de surveillance en fonction de ça. Ce qui est important, c'est d'avoir toutes les données mais surtout de ne pas faire le dédoublement des données. Là, j'insiste là-dessus, si vous arrivez, à un moment donné, qu'il faut qu'il fasse rapport et à l'hôpital et au collège, bien il ne faudrait pas que ça compte comme deux. Puis c'est difficile, là, par la suite de le voir. Ça fait que moi, je pense qu'il faut vraiment revoir nos trajectoires, puis... commenter — les légistes, vous connaissez bien le traitement des plaintes — moi, je suivrais... Le rattachement, c'est où devrait être faite la plainte si le professionnel pose un acte où il y a une plainte contre ce professionnel-là. Et après ça on fait tout notre arrangement de la loi en fonction de ça.

C'est une belle collaboration qu'on fait ensemble, là. En passant, je peux vous aider, je connais bien le système là-dessus, là.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, en fait, c'est exactement ça. Avec les amendements qu'on apporte, le fonctionnement du système va être fait de cette manière-là. C'est-à-dire qu'avant on venait prévoir que même les médecins pratiquant en cabinets privés de professionnel seraient rattachés à un CMDP, mais on a bien entendu les commentaires, y compris de ceux du député de Jean-Talon, et donc, maintenant, ceux-là, ceux qui n'ont pas de privilège, les médecins qui n'ont pas de privilège dans un établissement et qui travaillent uniquement, donc, en cabinets privés de professionnels à domicile, vont se référer directement au Collège des médecins.

Donc, tout ce rapport-là, on va le voir plus loin, va être fait par le Collège des médecins. Mais ici... et donc on me dit que j'ai... il n'y a pas de changement à apporter, parce qu'on parle des médecins qui relèvent du CMDP, donc, qui ont des privilèges. S'ils vont à domicile, ils sont déjà couverts et y vont à titre de médecin de l'établissement qui se rend à domicile. Et donc on va tenir compte de cette réalité-là dans le rapport qui est décrit ici via le deuxième alinéa.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Écoutez, je crois ce que vous dites et j'aurais un petit questionnement. Je ne suis pas certain que ça fonctionne comme ça actuellement. Il faudrait juste que ce soit clair dans la loi.

Moi, je vous explique comment on fonctionnait. Si moi, j'ai mes privilèges à l'hôpital, je fais de l'urgence et je fais du cabinet, le patient que je vais aller voir à domicile ne relève pas de mes privilèges d'hôpital. Ça fait que, si c'est ça, ce que vous venez de dire, ça ne tiendra pas la route, parce que ce n'est pas parce que j'ai des privilèges à l'hôpital... C'est ça, c'est parce que, si je veux faire... À moins que vous dites que ces privilèges de l'hôpital de l'aide médicale à mourir vont se faire via un privilège qui est obtenu par la mission CLSC. Mais c'est parce que, là, ce qu'il faut voir... ça, ça veut dire que, tout médecin qui irait à domicile, qui voudrait faire l'aide médicale à mourir, il y aurait deux catégories : si vous êtes à l'hôpital, ça, ça veut dire qu'il faut que ça fasse partie de vos privilèges d'hôpital de pouvoir faire ça et, si vous êtes en cabinet privé, ça veut dire qu'à ce moment-là vous faites...

En tout cas, il y a une réflexion à faire parce que ce n'est pas aussi clair que vous le dites. Puis moi, je trouve que c'est le même... à moins que ce soit marqué dans la loi, là, c'est-à-dire que, toute personne qui irait faire de l'aide médicale à mourir, qui a des privilèges à l'hôpital, automatiquement ça va relever... Il ne faudrait pas juste que ce soit dit : Ça va fonctionner comme ça. Il faudrait que ce soit clair dans la loi. Puis c'est une question de privilège également parce qu'il faut que la personne ait les privilèges pour faire ça. C'est quand même un acte, je pense, qui demande une compétence.

Ça fait que, là, je pense qu'il y aurait une réflexion à faire avec le Collège des médecins. Moi, si j'étais vous autres, j'appellerais le collègue parce qu'il faudrait qu'il le voie puis qu'il nous explique si c'est comme ça qu'il le voit. Je pense qu'on va faire un petit appel au collègue, hein?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui, juste pour rassurer le député, nous avons fait quelques appels au collègue, et c'est comme ça en fait qu'il le voit, là, peut-être juste pour être clairs. Si, par exemple, vous donnez des soins à domicile et, parce que vous êtes médecin de CLSC, et vous allez à domicile, et, donc, vous administrez une aide médicale à mourir ou une sédation palliative continue, vous seriez considéré ici parce que vous êtes dans votre pratique de médecin qui relève de l'établissement du CMDP.

Par ailleurs, si vous êtes un médecin en cabinet professionnel, et vous pourriez être les deux, vous pourriez être les deux, vous pourriez avoir des privilèges, travailler à domicile via vos privilèges d'établissement, mais vous pourriez aussi avoir votre cabinet et aller à domicile via votre travail en cabinet. Donc, vous relèveriez, selon votre attachement, des deux instances.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de...

Mme Hivon : On va le voir avec les amendements qu'on apporte pour ce qui est du facteur de rattachement et la reddition de comptes pour les médecins de cabinet privé de professionnel.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. Moi, je trouve ça extrêmement important, puis vous semblez tellement bien le comprendre que je suis certain que vous êtes capable de me faire un petit algorithme avec un graphique, comme on a dans les revues, pour nous expliquer où chacun va, parce que, quand ça va être écrit dans les mots, là, je ne suis pas sûr que les gens vont se retrouver. Mais ce serait important, avant qu'on adopte ces amendements-là, que vous me fassiez exactement qui fait quoi, comment puis où, et après ça on va s'organiser, nous autres, comme opposition, pour s'assurer que les mots que vous allez nous mettre vont correspondre à votre petit graphique.

Une voix : ...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Les algorithmes, en tout cas.

Mme Hivon : Oui, mais je pense que, quand on va regarder l'ensemble des articles, ça va être assez clair.

Alors, on peut le relire pour voir si ça peut être encore plus clair, mais, les articles devant s'interpréter les uns par rapport aux autres... puis on va venir spécifier les choses pour les médecins en cabinet privé de professionnel. Donc, le cas qui est peut-être le cas d'espèce, c'est le cas... je veux juste être sûre de bien comprendre la préoccupation de l'opposition, là, c'est le cas du médecin qui relève d'un établissement mais se déplace à domicile, qu'on voudrait être sûr qu'il soit inclus. Et, le cas du médecin qui aurait, par exemple, une double pratique, être sûr que ça va être bien clair, son facteur de rattachement, même s'il a une double pratique. C'est ça, la préoccupation?

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis, dans la clarification qu'il faut faire, c'est la question du privilège. Théoriquement, il me semble que l'aide médicale à mourir, ça devrait être quelque chose qui fait partie des privilèges, ou pas, de l'établissement, à moins qu'on me dise que tout le monde peut le faire dans l'établissement. Mais là c'est une technique quand même, et ça prend une certaine compétence, là. Mais là c'est une question qu'il faut se poser. Mais là il faut juste être certain, là, c'est... comment on va le retrouver, mais, théoriquement, ça devrait passer par les privilèges du CLSC, les activités en CLSC qui sont des visites à domicile.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, j'ai déjà un graphique sous les yeux, donc je ne sais pas si vous souhaiteriez qu'on le dépose pour expliquer le cheminement, mais... et qui pourrait peut-être éclairer la discussion, là. Donc, on pourrait faire des photocopies et le déposer.

La Présidente (Mme Proulx) : Oui. Alors, on va déposer le graphique.

Mme Hivon : D'une limpidité sans faille.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...au pire aller.

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, la commission va suspendre quelques instants, le temps de déposer le document.

(Suspension de la séance à 17 h 50)

(Reprise à 17 h 52)

La Présidente (Mme Proulx) : La commission reprend ses travaux. Mme la ministre, pouvez-vous nous expliquer le document déposé?

Mme Hivon : Alors, nous avons ici, pour les fins de ceux qui nous suivent, un tableau didactique fort savant.

Donc, nous avons deux cas d'espèce où un médecin pourrait offrir des soins à domicile. Donc, il peut relever de l'établissement, auquel cas les services qu'il va fournir à domicile vont faire partie, donc, de sa réalité de médecin qui relève du CMDP et donc être... que la reddition de comptes va être prévue au rapport de l'établissement. Par ailleurs, vous pouvez être médecin à domicile et pratiquer en cabinet privé, et auquel cas vous allez relever, pour les actes que vous allez... spécifiques qu'on prévoit au projet de loi, relever du Collège des médecins et donc faire... votre reddition de comptes va être comprise dans le rapport qu'on vient prévoir plus loin dans nos amendements, que le Collège des médecins va devoir faire.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Évidemment, tout ça va être plus... je dirais, plus on va avancer, là, tout ça va être plus simple parce qu'on va venir prévoir noir sur blanc la mécanique pour le médecin qui, donc, travaille en cabinet privé et qui se déplace à domicile pour offrir ses soins. Et nous avons eu plusieurs échanges avec le Collège des médecins, qui est tout à fait à l'aise, donc, à être responsable de ces soins offerts à domicile par les médecins qui pratiquent en cabinet privé.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : On va regarder les détails de la mécanique, mais le grand principe qui... ceux qui ont des privilèges, qui ont des activités pour, mettons, l'aide médicale à mourir, que ce soit en établissement ou encore à domicile avec la mission CLSC, je pense que ça relève de l'établissement. Le reste, comme de fait, plutôt que d'avoir une affiliation avec le CMDP, parce que ça avait été ça, la discussion qui avait été faite, c'était ça, la proposition initiale, c'est beaucoup mieux de relever du Collège. Je pense qu'il faut suivre le mécanisme de traitement des plaintes, qui est déjà bien mis en place au Québec.

La question, moi, c'est : Le médecin qui va... Un, la première question : Est-ce que toutes les maisons de soins palliatifs ont l'obligation d'avoir une entente avec un établissement ou c'est facultatif? Ça, c'est une obligation?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : La réponse, c'est : Oui, il doit y avoir une entente, absolument.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...première chose. La deuxième question, c'est : Le médecin qui va à la maison de soins palliatifs mais qui relève plus de son... Puis je vais vous donner l'exemple. Le médecin pratique à l'hôpital, à l'urgence. Il travaille en cabinet privé, mais également, par son cabinet privé, fait des soins au niveau de la maison des soins palliatifs. Donc, ce n'est pas un lien avec l'hôpital. À ce moment-là, pourquoi il aurait besoin, parce que lui, il a des privilèges à l'urgence... être obligé de faire un rapport à l'hôpital? O.K. Expliquez-nous ça.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je vais laisser la parole à Me Lavoie.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il consentement pour permettre à Me Lavoie de...

Des voix : ...

La Présidente (Mme Proulx) : Consentement. Pouvez-vous vous identifier au micro, s'il vous plaît?

Mme Lavoie (Patricia) : Oui. Alors, Patricia Lavoie, avocate à la Direction des affaires juridiques du ministère de la Santé et Services sociaux.

Alors, le médecin qui est en cabinet privé, que ce soit à domicile ou dans une maison de soins palliatifs, qui donne les services, devra rendre compte au Collège des médecins. Alors, c'est dépendamment de quel rattachement... C'est pour ça que, le graphique, là, on a indiqué «médecin à domicile». Mais le médecin qui s'en va aussi offrir des services dans une maison de soins palliatifs, dépendamment de quel chapeau il porte : Est-ce que j'y vais en tant que médecin de l'établissement ou est-ce que j'y vais en tant que médecin en cabinet privé? Et là c'est ça qui va déterminer est-ce que ce sera dans le rapport de l'établissement ou si ce sera dans le rapport du Collège des médecins.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mais ce n'est pas ça qui est marqué ici. Ce qui est marqué ici, O.K., c'est : «Le rapport doit également indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées par un médecin membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.» Je peux être membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, mais mon activité à la maison de soins palliatifs relève du Collège des médecins. Donc, si ça relève du Collège des médecins, malgré le fait que j'ai mes privilèges, je ne devrais pas faire partie des données. Pour nos auditeurs, excusez-nous, c'est très technique, mais je pense qu'entre nous on se comprend.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, nous soumettrions que cela est clair parce qu'on est dans la section de la loi sur les établissements. Donc, vous n'êtes pas face à votre médecin qui travaille comme dans son cabinet privé de professionnel parce qu'on ne prend pas le facteur de rattachement par ses privilèges mais par le fait qu'il est en établissement.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est parce qu'en logique je possède des privilèges, donc automatiquement... Parce que la façon dont c'est rédigé, là, c'est : Tout médecin qui possède des privilèges, s'il fait une activité en maison de soins palliatifs, ça doit relever du rapport, alors qu'il devrait y avoir une exclusion, que ce soit en fonction des privilèges du médecin. Mais, la façon dont s'est rédigé, si tu as tes privilèges, automatiquement, ce que tu fais à la maison de soins palliatifs, même si ce n'est pas en relation avec tes privilèges, tu vas devoir le déclarer. Lisez-le. Puis, moi, en tout cas, il me semble que c'est limpide, là.

Il faut qu'on soit capables de le rédiger pour dire que c'est en relation avec l'activité des privilèges reliés à l'entente.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : On va le regarder, là, parce que... J'entends ce que le collègue de Jean-Talon dit, mais je ne pense pas que... En tout cas, je pense qu'il faut faire attention, comment on rédige ça, pour ne pas venir exclure des réalités, là. Donc, on va le...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste pour le...

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste pour qu'on se donne le même objectif, là. Tout ce qui se fait en relation avec l'établissement d'un médecin qui pratique dans l'entente de services avec la maison de soins palliatifs doit être dans les données d'établissement. Mais ce qui ne doit pas être dans les données, c'est le médecin qui a des privilèges, donc, qui serait inclus là-dedans mais qui fait son travail qui est non en relation avec l'entente. C'est juste comme ça qu'il faut qu'on le rédige.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. J'essaie juste de voir le cas d'espèce qu'on a en tête, là, qui ne doit pas être très fréquent, mais...

M. Bolduc (Jean-Talon) : En passant, c'est probablement le cas le plus fréquent. La plupart des gens qui ont des privilèges en établissement de santé ne vont pas nécessairement aux soins palliatifs, et là ceux qui font des soins palliatifs, même s'ils ont des privilèges à l'hôpital, ils n'y vont pas à titre de médecins d'hôpital mais à titre de médecins de la maison des soins palliatifs. C'est la majorité des cas, d'après moi, qui fonctionnent comme ça.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le ministre.

Mme Hivon : Oui. Je veux juste, pour notre réflexion, là... Ce que le député dit, c'est que... celui qui va à domicile ou celui qui va en maison de soins palliatifs?

• (18 heures) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : En maison de soins palliatifs. Comme c'est là, la majorité des médecins qui vont en... Je prenais en exemple... je reprends toujours Alma, excusez-moi, là... Mais, à Alma, les médecins qui vont à la maison de soins palliatifs y vont parce qu'ils sont des médecins de cabinet, mais ces médecins-là ont tous des privilèges à l'hôpital. Ils ne font pas l'activité à la maison de soins palliatifs en relation avec l'hôpital. De toute façon, s'il y a une plainte, elle ne sera pas à l'hôpital, elle va aller au Collège des médecins. C'est pour ça que c'est important de suivre le lien où irait la plainte, advenant le cas qu'il y a une plainte contre un médecin, puis ça, ça va vous dire le lien de rattachement par rapport au privilège du médecin. Et la majorité des médecins au Québec en soins palliatifs... à ma connaissance, la plainte dans une maison de soins palliatifs n'ira pas à l'établissement, même s'il y a une entente, elle va aller plutôt au Collège des médecins.

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, sur ces pistes de réflexion intéressantes, la commission ajourne ses travaux au mardi 26 novembre, à 10 heures, afin de poursuivre l'étude du projet de loi n° 52. Merci.

(Fin de la séance à 18 h 1)