



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 26 novembre 2013 — Vol. 43 N° 63

Étude détaillée du projet de loi n° 52 — Loi
concernant les soins de fin de vie (3)

**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 mardi 26 novembre 2013 — Vol. 43 N° 63

Table des matières

Mémoires déposés	1
Étude détaillée (suite)	1

Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

Mme Véronique Hivon

M. Yves Bolduc

Mme Stéphanie Vallée

M. Pierre Reid

Mme Hélène Daneault

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

* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le mardi 26 novembre 2013 — Vol. 43 N° 63

**Étude détaillée du projet de loi n° 52 — Loi
concernant les soins de fin de vie (3)**

(Dix heures quatre minutes)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît!

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, 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. Villeneuve (Berthier); M. Reid (d'Orford) remplace Mme Blais (Saint-Henri—Sainte-Anne).

Mémoires déposés

Le Président (M. Bergman) : Bienvenu. Avant de commencer nos travaux, je dépose les documents suivants : le mémoire du Forum Naud et le mémoire de Guy Durand. Alors, c'est déposé.

Étude détaillée (suite)

Lors de l'ajournement de nos travaux, hier, nous avons commencé l'étude de l'amendement de l'article 8.1. Je vous rappelle que l'étude de l'article 3 et de son amendement et l'étude de l'article 8 et de son amendement ont été suspendues.

Alors, Mme la ministre, la parole est à vous sur l'article 8.1

Mme Hivon : Oui. Alors, nous nous sommes quittés hier avec une discussion qui visait à clarifier le libellé de l'article 8.1 pour s'assurer qu'on parlait bien du médecin qui était rattaché à l'établissement et qui pratiquait dans une maison de soins palliatifs, en lien avec le fait qu'il était rattaché à l'établissement et non pas celui qui y travaillerait parce qu'il est dans... j'essaie d'être claire... et non pas celui qui travaille dans la maison de soins palliatifs, même s'il a des privilèges dans l'établissement, mais qui le ferait de par son travail en cabinet privé.

Donc, nous avons une nouvelle formulation. Nous retirerions donc l'amendement à 8.1, qui avait été déposé hier, en fait qui créait le nouvel article, pour déposer un nouveau libellé à l'article 8.1 qui va avoir deux objectifs. Donc, on va déposer...

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, on doit avoir consentement que la ministre peut retirer son amendement. Est-ce qu'il y a consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Bergman) : Consentement. Alors, comme je comprends, vous déposez un nouvel amendement 8.1, n'est-ce pas?

Mme Hivon : Oui, c'est ça, et je pourrais faire la lecture peut-être uniquement des deux alinéas qui sont modifiés, qui sont les deuxième et troisième alinéas. Est-ce que ça vous irait, M. le Président? Je ferais la lecture du deuxième et du troisième alinéa qui sont modifiés.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce que je peux suggérer que vous lisiez tout...

Mme Hivon : Au complet? Parfait.

Le Président (M. Bergman) : ...pour éviter des confusions, car vous avez retiré et vous redéposez? Alors, je préfère que vous lisiez le tout.

Mme Hivon : D'accord. Alors, le nouvel article 8.1 se lirait ainsi :

«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 d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.

«Le rapport doit également indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs par un médecin alors qu'il exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

«Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu du chapitre V du titre II au plus tard le 30 juin de chaque année. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.»

Donc, je vais faire ressortir les trois changements. À la fin du deuxième alinéa, on parle maintenant... «le nombre d'aides médicales à mourir administrées, de même que le nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs», ce qui inclut autant les aides médicales à mourir refusées, parce qu'elles n'ont pas été administrées, parce qu'elles ont été refusées, que celles qui n'ont pas été administrées pour les autres motifs qui avaient été invoqués hier, soit parce que la personne a changé d'idée ou parce qu'elle est décédée. Donc, avec cette formulation-là, on pourrait inclure l'ensemble des situations.

Par ailleurs, dans le troisième alinéa, on met bien «à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs» et là on précise que c'est «un médecin alors qu'il exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement», donc que son rattachement à l'établissement est clair. Et finalement on a ajouté la notion de la date, donc «au plus tard le 30 juin», dans le troisième alinéa.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a des questions ou commentaires?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président.

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

• (10 h 10) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je lis le troisième paragraphe. C'est beaucoup mieux que ce que c'était, ça, je le reconnais, sauf que je pense qu'il manque une nuance, là.

Il faut juste refaire le tour de la question comme il faut. Un médecin qui est en cabinet, qui va dans une maison de soins palliatifs et qui a des privilèges dans l'établissement, comment est-ce qu'on peut dire que lui, il n'aura pas besoin de... ses cas ne seront pas dans le rapport?

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

Mme Hivon : Je ne sais pas si le député peut reformuler.

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

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Vous avez deux types, deux catégories pour la pratique.

La personne qui est dans l'établissement, mettons, avec les activités du CLSC, va dans la maison de soins palliatifs ou va à domicile et fait une sédation ou une aide médicale à mourir. L'autre est en cabinet, mais il pratique à l'urgence, on va prendre un exemple facile, il pratique à l'urgence de l'établissement, et, lorsqu'il va à domicile, c'est à titre de médecin de famille en cabinet, O.K.? Ça fait que c'est cette nuance-là, je pense, qu'on n'a pas, parce qu'encore là les gens vont dire : J'exerce ma profession dans le centre exploité et je le fais. Donc, c'est cette petite nuance là que, je pense, on aurait besoin de rajouter. C'est soit que ça pourrait être en relation avec les privilèges accordés, ça, ça serait plus difficile, parce que tu peux avoir des privilèges, mais le faire via le cabinet... Mais c'est... juste pour dire, M. le Président, c'est juste parce que, si on le rédige comme ça devrait être, ça va être beaucoup plus facile à interprétation par la suite, puis je pense que tout le monde recherche cette intention-là.

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

Mme Hivon : O.K. Deux éléments. Éventuellement, on va vous déposer un amendement à 34, qui va créer un nouvel article où on va venir parler, donc, des médecins qui exercent en cabinet privé de professionnel et qui donnent des soins à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs. Donc, ça, il va y avoir quelque chose qui va venir le prévoir. Ça va être le rapport du Collège des médecins qui va donc être l'entité responsable de ces médecins-là. Donc, ça, juste pour clarifier ça.

À l'article 8.1 — là, je réfléchis tout haut, je n'ai pas... — si, au lieu de dire, à la fin du troisième alinéa... Plutôt que de dire «par un médecin alors qu'il exerce», est-ce que ça remplirait votre préoccupation de dire «par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement»? Parce que c'est vraiment à ce titre-là qu'il se déplace et qu'il va travailler dans la maison de soins palliatifs.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Bien, c'étaient nos... Du côté de nos légistes, est-ce que ça pourrait répondre à cette notion?

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, ce que je vais proposer à la ministre... Compte tenu qu'on n'a pas vu l'article 34, moi, je propose qu'on fasse le tour complet de la question de l'article 8.1 mais qu'on le suspende pour certains... quand on va arriver à 34, qu'on soit capables de revenir dessus. Moi, c'est vraiment... j'insiste là-dessus, pour vraiment que ce soit cohérent, parce qu'une fois que ça va être mis dans la loi les gens vont devoir vivre avec. Puis je veux que ce soit très compréhensible, là, pour le commun des docteurs, là, parce que...

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

Mme Hivon : Bien, pour fins de... moi, je suggérerais plutôt qu'on dépose... On peut déposer 34.1, 34.2 pour que vous voyiez... pour que ça puisse vous rassurer d'entrée de jeu que ces articles-là sont bel et bien prévus, là.

Le Président (M. Bergman) : ...c'est faisable. Alors, est-ce qu'on finit la discussion sur l'article 8.1?

Mme Hivon : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a d'autres commentaires?

J'ai une question, Mme la ministre. Dans le deuxième alinéa, vous parlez de la sédation palliative continue et vous employez le mot «administrées», mais, quand vous parlez de demandes d'aide médicale à mourir, vous avez les mots «formulées», «administrées», «n'ont pas été administrées et les motifs». Alors, pourquoi est-ce qu'il y a une distinction dans les deux? Je pense, les mêmes questions de «formulées», «administrées», «n'ont pas été administrées et les motifs» s'appliqueraient aussi pour la sédation palliative continue. C'est ma question.

Mme Hivon : La raison pour laquelle on met le détail pour l'aide médicale à mourir, c'est qu'en fait on sait qu'il y a tout un encadrement qui est prévu à l'article 26 en ce qui concerne, donc, la demande en elle-même, qui n'est pas le même encadrement du tout pour la sédation palliative continue qui est déjà une pratique qui existe. Donc, c'est pour suivre l'encadrement qui est prévu à 26. On est capables, donc, de dire, parce que quelqu'un va devoir signer une demande formelle d'aide médicale à mourir... Donc, on va pouvoir être capable de recenser le nombre d'aides médicales à mourir qui sont formulées. Ensuite, il faut parler d'aides médicales à mourir qui sont administrées, donc qui vont se rendre au bout du processus, qu'il va y avoir un médecin qui va l'administrer, et celles qui ne l'auront pas été pour l'ensemble des motifs que j'ai exposés, ce qui n'est pas la même chose que pour les sédations palliatives.

Le Président (M. Bergman) : Je penserais que c'est aussi important pour avoir les données, les statistiques pour les soins palliatifs continus.

Mme Hivon : Écoutez, ce n'est pas... Dans la loi — j'essaie de réfléchir, là — ça serait... C'est quelque chose qui est quand même assez fréquent, les sédations palliatives continues, et ce n'est pas une demande nécessairement, dans le sens que ce n'est pas la même logique, là. J'essaie juste de m'exprimer clairement. Une demande d'aide médicale à mourir, en tout temps, ça va provenir de la personne. Ce n'est jamais quelqu'un qui va venir suggérer l'aide médicale à mourir, c'est la personne qui doit faire la démarche. Une sédation palliative continue, le médecin peut en discuter avec la personne, dire : Compte tenu de votre situation, on pourrait procéder à une sédation palliative continue. La personne peut être inapte, c'est une situation qui peut se produire, et il va y avoir une sédation palliative continue qui va être décidée par l'entourage. Donc, on n'est pas dans la même réalité.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président. Merci. Moi, je pense que, comme de fait, c'est peut-être un peu différent parce qu'il va y en avoir beaucoup. Puis est-ce qu'il y a un formulaire à remplir lorsqu'on demande la sédation palliative continue ou ça prend juste un consentement?

Mme Hivon : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça fait que, déjà, d'avoir le nom... Puis on sait qu'en cours de route il y en a qui vont réussir à l'avoir. Moi, M. le Président, je serais plus favorable à ce libellé-là, ne pas rajouter... parce que ça va être plus difficile à gérer. Par contre, l'autre, ce qui vient après, ça répond à la demande d'hier. Hier, notre demande, c'était vraiment de pouvoir inclure tous les cas et qu'on ait les motifs, entre autres la personne qui pourrait décider avant de recevoir l'aide médicale à mourir. Puis, je pense, avec la formulation actuelle, là, c'est bien.

Puis un commentaire également, M. le Président, sur le quatrième paragraphe : ça répond très bien à la demande d'hier de notre collègue de la coalition, parce qu'on voulait avoir une date un peu plus précise. Ça fait qu'il resterait, pour moi en tout cas, le troisième juste à clarifier pour avoir le portrait global.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 8.1?

Mme Hivon : Là, je ne sais pas, M. le Président, comment vous voulez qu'on procède avec le nouveau libellé. On pourrait retirer et déposer ou faire un sous-amendement. Est-ce que ça pourrait être... En fait, on a modifié, là, dans une nouvelle... sur une nouvelle version. On remplacerait donc «alors qu'il exerce» par «à titre de médecin exerçant», ce qui fait qu'on lirait maintenant : «...par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.»

Le Président (M. Bergman) : Sur consentement. Et je préfère qu'on retire celui... et on redépose une nouvelle. Pour les membres de la commission, ça serait plus clair. Alors, est-ce que je peux vous demander, avec le consentement, pour retirer celui qu'on a devant nous et pour déposer une nouvelle? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président. Tantôt, on disait qu'on étudierait peut-être les nouveaux articles 34 et 35. On en fait une discussion comme ça. Moi, je trouve que, parce qu'il y a une logique dans un projet de loi, là, on va sauter du coq à l'âne.

Une voix : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste le montrer. Mais juste le montrer... Moi, je pense qu'on va devoir l'adopter quand on va avoir fait le tour complet. Et puis, compte tenu que le reste de l'article semble adéquat, moi, j'aurais plutôt proposé de le suspendre, de continuer notre projet de loi, puis, lorsqu'on va arriver à 34, on reviendra sur 8.1 pour le compléter comme il faut. Ça va être plus facile, je pense, quand on aura le portrait global puis qu'on va avoir tout adopté.

Le Président (M. Bergman) : Je suis prêt pour le suspendre. Mais, je pense, pour efficacité, on doit redéposer un nouveau 8.1 pour le moment, pour l'ordre dans nos discussions. Alors, est-ce qu'on permet à la ministre pour retirer celui qu'on a devant nous et pour déposer un nouvel article 8.1? Est-ce que j'ai le consentement?

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Consentement? Consentement. Mme la ministre, est-ce que vous pouvez retirer l'article 8.1 devant nous et redéposer le nouvel...

Mme Hivon : Oui. Je retire l'article 8.1 et je vais déposer sous peu une nouvelle version, qui est en train d'être écrite, de la nouvelle version de 8.1.

Le Président (M. Bergman) : Je suspends pour quelques instants pour permettre à la ministre pour redéposer l'article 8.1. On suspend pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 10 h 20)

(Reprise à 10 h 27)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, Mme la ministre, voulez-vous déposer l'article 8.1?

Mme Hivon : Oui. Alors, je dépose une nouvelle version du nouvel article 8.1, avec comme seul changement... Cette fois-ci, au troisième alinéa, le dernier libellé se lirait : «...par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.» Donc, je crois que nous avons maintenant la ceinture, les bretelles. Nous avons tout ce qu'il nous faut pour être sûrs que nous parlons bien du médecin alors qu'il exerce en établissement et qu'à ce titre il se déplace à domicile ou dans une maison de soins palliatifs.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président. Je suis tout à fait d'accord que c'est beaucoup mieux, mais il nous manque encore un petit élément, c'est d'avoir le portrait global par la suite. Puis vous allez peut-être voir que, je ne sais pas... peut-être qu'on va réussir même à l'améliorer encore un petit peu. Donc, on va rechercher la perfection. Moi, je proposerais de suspendre l'article puis, quand on va arriver à 34, de le ramener. Puis je pense qu'on est capables de l'arranger assez rapidement.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a consentement pour suspendre l'article 8.1 pour l'étudier quand on arrive à l'article 34? Consentement?

Mme Hivon : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Consentement. Alors, Mme la ministre. Article 9.

Mme Hivon : Je suggérerais qu'on revienne à l'article 8, où on nous avait fait une demande d'amendement pour aller plus loin pour ce qui concerne l'interdisciplinarité. Donc, nous pourrions déposer un amendement. Je vais le lire en attendant qu'on vous le transmette.

Donc, l'amendement à l'article 8 se lirait comme suit : 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 et favoriser la collaboration des différents intervenants concernés», l'idée étant de pouvoir inclure, outre les professionnels de la santé, les autres intervenants qui ne seraient pas régis par des ordres professionnels mais qui pourraient être appelés à travailler en collaboration.

Une voix : ...

Mme Hivon : Oui...

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

Mme Hivon : ...et on doit retirer — excusez-moi — on doit retirer l'amendement qui avait été déposé hier à l'article 8. Donc, il faudrait...

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a consentement pour retirer l'amendement qui a été déposé hier sur l'article 8? Consentement?

Une voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Consentement. Alors, Mme la ministre vient de déposer un nouvel amendement à l'article 8. Est-ce qu'il y a des commentaires? Est-ce qu'il y a des commentaires sur l'amendement à l'article 8?

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...est-ce que vous avez la rédaction de l'article au complet?

Mme Hivon : Oui.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Avec la modification?

• (10 h 30) •

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, est-ce que vous avez une rédaction complète de l'article 8?

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Est-ce que je peux vous demander de déposer un article 8 avec l'amendement, s'il vous plaît, Mme la ministre? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Je ne sais pas si ce n'est que moi, là, mais il me semble qu'on utilise deux fois «favoriser» à l'intérieur d'une même phrase. Je ne sais pas... Parce que, si on reprend, et peut-être que je me trompe, là, si on reprend le deuxième paragraphe, tel que modifié, le paragraphe se lirait :

«À cette fin, il doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé [...] qui offrent des services à ses usagers et favoriser la collaboration des différents intervenants concernés.» Je ne sais pas, mais il me semble que c'est un petit peu lourd.

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

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

Mme Hivon : Si la députée le souhaite, on peut enlever le deuxième «favoriser» et dire simplement «et la collaboration des différents intervenants concernés», le premier «favoriser» pouvant...

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce que vous avez déposé un nouvel amendement, retiré...

Mme Hivon : Bien là, avant qu'on y aille trop formellement, je pense qu'on va discuter, pour ne pas déposer huit versions.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : On a encore beaucoup de temps à passer ensemble. Je trouve que ça serait important qu'on ait l'article au complet, parce que moi, j'ai de la difficulté quand on prend une brique puis j'essaie de la réinsérer, là. C'est mon côté... ce que j'appellerais tiroir, il faut vraiment que j'aie tout le portrait.

Le Président (M. Bergman) : Alors, j'accepte votre demande. Mme la ministre, est-ce que... Je vais suspendre quelques instants pour vous permettre de déposer un nouvel article complètement...

Mme Hivon : Bien, je peux le lire, peut-être?

Le Président (M. Bergman) : ...pour avoir un texte plus facile.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...juste pour clarifier. C'est parce que, quand on lit... Moi, je suis un visuel. Il faut s'accepter dans la vie. En étant un visuel, moi, ça me permet de le voir plus facilement, puis, s'il y a une petite chose à corriger, on va la corriger à ce moment-là.

Le Président (M. Bergman) : J'accepte votre demande. Je suspends pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 10 h 32)

(Reprise à 10 h 42)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, on reprend nos travaux. Avant qu'on commence, Mme la ministre, est-ce qu'on peut retirer le dernier amendement qu'on a fait?

Mme Hivon : Oui. Alors, nous retirerions le dernier amendement à l'article 8 pour déposer un nouvel amendement ainsi que la version de comment il se lirait, pour remplir toutes les exigences de tiroir demandées par le député de Jean-Talon.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, pour fins...

Mme Hivon : Mais, malheureusement...

Le Président (M. Bergman) : ...pour fins de clarté, est-ce que vous pouvez nous lire l'amendement...

Mme Hivon : Je vais lire le nouvel amendement.

Le Président (M. Bergman) : ...et l'article tel qu'amendé, pour être certains qu'on n'a pas des erreurs?

Mme Hivon : Oui, je vais tout faire ça, M. le Président.

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : S'il vous plaît! Collègues, à l'ordre, s'il vous plaît!

Mme Hivon : Alors...

Le Président (M. Bergman) : L'amendement.

Mme Hivon : ...l'amendement à l'article 8 serait désormais : Modifier l'article 8 du projet de loi par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «qui y exercent leur profession» par «et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses usagers».

Et donc le nouvel alinéa se lirait ainsi — dans le deuxième alinéa, donc :

«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 et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses usagers.»

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme la ministre. Alors, est-ce qu'il y a des commentaires sur l'amendement? Est-ce qu'il y a des commentaires? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Il faut se féliciter parce que c'est une belle formulation, puis, je pense, ça dit beaucoup plus ce qu'on veut avec tous les intervenants. Je pense que tout le monde peut être appelé à collaborer. Non, c'est très bien, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? Est-ce que l'amendement à l'article 8 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. Alors, l'article 8 tel qu'amendé, est-ce qu'il y a des commentaires? Est-ce qu'il y a des commentaires à l'article 8 tel qu'amendé?

Mme Vallée : ...

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

Mme Vallée : En fait, je pense que l'article 8, tel qu'amendé, correspond aux préoccupations qui ont été soulevées lors de nos échanges d'hier.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce que l'article 8, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté.

Mme Hivon : ...passer à l'article 9.

Le Président (M. Bergman) : Alors, l'article 9. Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, à l'article 9, pour le plaisir de tous, nous avons un amendement.

Le Président (M. Bergman) : Pouvez-vous nous distribuer l'amendement, Mme la ministre?

Mme Hivon : Oui. Je crois que l'opposition a copie de l'amendement. Donc, je vais vous faire lecture de l'amendement à l'article 9. Et on distribue à l'instant comment se lirait aussi le texte avec l'amendement intégré.

Donc, article 9 : Modifier l'article 9 du projet de loi :

1° par le remplacement de la deuxième phrase par la suivante :

«Dans le cas d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires, ce plan doit également prévoir l'offre de services en soins de fin de vie à domicile.»;

2° par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Le plan d'organisation doit tenir compte des orientations ministérielles.»

Alors, je vais vous expliquer le sens de l'amendement. Donc, l'amendement proposé change la formulation de la deuxième phrase pour couvrir les établissements situés dans le Nord québécois qui offrent la mission d'un centre local de services communautaires sans être désignés comme instances locales. Donc, dans la formulation que nous avons, c'est comme s'ils étaient exclus parce qu'on ne parlait que d'instances locales, ce qui veut dire le CSSS. Mais, dans le Nord, nous avons une réalité différente qui fait que nous avons des CLSC sans CSSS qui devraient être touchés, donc, d'où la reformulation. L'amendement reformule également l'obligation de l'établissement de prévoir dans son plan d'organisation non pas les soins à domicile offerts aux personnes en fin de vie, mais plutôt l'offre de services en soins de fin de vie à domicile. C'est une nuance, mais c'est une nuance importante parce que l'obligation n'est pas de prévoir les soins eux-mêmes mais bien l'offre de services de soins de fin de vie à domicile.

Et finalement l'amendement propose aussi d'établir clairement que le plan d'organisation doit tenir compte des orientations ministérielles relatives aux soins de fin de vie. C'est une concordance avec ce qui est prévu à l'article 20 du projet de loi, simplement pour que ce soit clair. C'est aussi ceinture et bretelles parce que ça va de soi. On va le voir à l'article 20, d'ailleurs, mais il a été jugé plus important, pédagogique de le mettre à l'article 9.

Alors, tel que modifié, l'article se lirait ainsi :

«Tout établissement doit prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie. Dans le cas d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires, ce plan doit également prévoir l'offre de services en soins de fin de vie à domicile.

«Le plan d'organisation doit tenir compte des orientations ministérielles.»

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme la ministre. Alors, est-ce qu'il y a des commentaires à l'amendement à l'article 9? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Pour les gens qui, comme moi, ne sont pas des gens familiers du système de santé — alors, je comprends que, lorsqu'on parle, dans le jargon, de l'organisation des soins de santé, mon collègue de Jean-Talon est très familier — qu'est-ce que l'on entend par «programme clinique de soins de fin de vie»? Donc, qu'est-ce qui est compris dans le programme clinique de soins de fin de vie, qu'un établissement devra prévoir?

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

Mme Hivon : En fait, normalement, évidemment, ils ont déjà leur programme clinique. Donc, c'est de dire quels sont les soins palliatifs qui, donc, sont offerts à une personne qui requiert les soins palliatifs. Donc, par exemple, là, quand

on parle spécifiquement de la question de la sédation palliative, ça va devoir être inclus, de dire : Voici, dans le programme clinique, dans des circonstances x, y, z telles que prévues, donc selon les standards cliniques approuvés et selon les protocoles, la sédation palliative doit faire partie du programme clinique de soins palliatifs, par exemple, le type de soins que l'on peut offrir, le type de soins de confort, les meilleures choses, les meilleures pratiques qui doivent être faites selon les circonstances. Donc, c'est ça, un programme clinique.

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

• (10 h 50) •

Mme Vallée : Est-ce que je comprends, donc, de cet article-là que les soins offerts d'un établissement à l'autre pourraient varier sur le territoire québécois, les soins de fin de vie où le programme clinique pourraient être différents dans certaines régions du Québec?

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

Mme Hivon : Bien, en fait, ça devrait se ressembler, évidemment, mais chaque établissement, que ce soit pour les soins de fin de vie ou les soins en général qu'ils offrent, est responsable de son propre programme clinique. C'est donc une responsabilité qui revient à l'établissement, d'établir ses programmes cliniques, donc, de soins, qu'importe le domaine, donc, y compris les soins palliatifs. Donc, on peut, par exemple... Par exemple, il y a des standards cliniques qui vont venir vous dire : Tel soin doit être offert de telle manière ou telle manière parce que, par exemple, il y a deux manières d'offrir un soin donné. Bien, le programme clinique pourrait prévoir le choix de la manière dont l'établissement, pour toutes sortes de raisons... de conformité ou parce que pour eux c'est plus simple d'agir de la sorte, pourrait venir le préciser dans son programme clinique.

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

Mme Vallée : Est-ce qu'en fonction de cet article ça voudrait dire que, par exemple, la sédation palliative continue pourrait être administrée sous des conditions différentes d'un établissement à l'autre? Est-ce qu'il pourrait y avoir un établissement qui l'offre à certains moments, alors que ce sera interprété ou administré différemment ailleurs?

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

Mme Hivon : Normalement, non. Ça devrait être uniforme. On va le voir plus loin, qu'il va y avoir des protocoles qui vont devoir être établis selon, donc, les standards cliniques. La seule chose qu'on m'expliquait, c'est l'article 32. Par exemple, il pourrait y avoir deux, par exemple, deux médicaments ou substances différents qui pourraient être utilisés, par exemple. Et les standards cliniques qui vont être élaborés, donc, par le Collège des médecins vont venir indiquer : Voici ce qu'est une bonne pratique, voici comment on doit faire une sédation palliative continue. Et, dans son programme, l'établissement va devoir faire état de cette bonne pratique, de l'encadrement des standards cliniques, mais... Parce que j'ai demandé pourquoi on ne pouvait pas avoir... par exemple, pourquoi on ne libellait pas «les protocoles cliniques uniformes». Et ce qu'on m'a dit, c'est que le rôle du Collège des médecins, c'est vraiment d'établir, donc, les standards cliniques. Et les établissements, eux, établissent les protocoles à partir des standards cliniques.

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

Mme Vallée : Est-ce que ce plan d'organisation là doit être soumis à l'intérieur d'un délai? Est-ce qu'il y a un encadrement à savoir à quel moment le plan d'organisation est déposé? Est-ce que le plan d'organisation doit être soumis? Dans un contexte où on parle de soins de fin de vie, est-ce qu'il devrait être soumis à la commission ou est-ce qu'il devrait... Bon, j'imagine qu'il est soumis au ministre. Est-ce qu'il y a un... Est-ce qu'on fait reddition de ce plan d'organisation ou bien est-ce que ça reste au sein de l'établissement et ça ne va pas ni à l'agence, ni au ministère, ni à la commission?

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre

Mme Hivon : En fait, c'est le complément ici, pour les soins de fin de vie, de ce qui est prévu dans la loi, dans la LSSSS. Donc, l'obligation pour un établissement de préparer un plan d'organisation se retrouve à l'article 183 de la LSSSS. Et donc ça prévoit que le CMDP, le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens, participe à la préparation du plan d'organisation. Donc, maintenant, il va y avoir une obligation pour tout établissement, donc, de s'assurer... On vient prévoir nommément qu'il doit y avoir un plan d'organisation des soins de fin de vie. Je vous dirais qu'encore une fois, comme le député de Jean-Talon disait hier, en ce moment, on pense bien que tous les établissements offrent des soins de fin de vie. Normalement, un tel programme devrait être intégré à leurs programmes, mais on veut en être certains. On veut que ce soit très clair. Donc, ils vont devoir le faire avant l'entrée en vigueur de la loi. Et, dans la loi sur la santé et les services sociaux, ça dit que le plan d'organisation doit être transmis à l'agence ou au ministre, donc, sur demande. Donc, ce n'est pas systématique, mais, dès qu'il y a une volonté en ce sens, c'est transmis. C'est la même règle que pour l'ensemble des plans d'organisation. Donc, voilà. Et il doit être révisé à tous les trois ans.

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

Mme Vallée : Mais, dans le contexte particulier de la mise en place d'une commission sur les soins de fin de vie qui aura à avoir, entre autres, une vue d'ensemble sur la question, est-ce qu'il ne serait pas opportun de prévoir que ces plans d'organisation, ces programmes cliniques soient transmis à la commission afin que la commission puisse également voir les distinctions ou les différences qui pourraient exister sur le territoire québécois? Parce que j'imagine que la commission va se pencher aussi là-dessus, sur l'accessibilité des soins, la façon dont les soins sont administrés et offerts sur le territoire. Puis, si je me fie aux explications que la ministre vient de nous donner, chaque établissement a cette responsabilité-là d'administrer les soins, de choisir peut-être la méthode, choisir le médicament ou la substance qui sera administrée.

Et donc est-ce qu'il ne serait pas opportun pour la Commission des soins de fin de vie d'avoir accès à ces informations-là afin de vraiment pouvoir avoir cette vue d'ensemble?

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

Mme Hivon : En fait, le rôle de la commission, là... Je pense que c'est important, puis on va y revenir tantôt, là, mais, le rôle de la commission, c'est sûr que c'est un rôle global, de veille globale, de voir comment l'évolution des soins palliatifs se fait sur l'ensemble du territoire dans un temps donné, à chaque cinq ans, de venir prendre une photo, en quelque sorte, puis venir faire des recommandations : Est-ce que les choses vont bien? Comment ça fonctionne?

Moi, je vous dirais que je pense qu'on est dans un niveau de détail dans un plan d'organisation d'un établissement, qui est très, très, très précis et pointu. Là, j'ai un exemple — si jamais ça peut intéresser la députée, je pourrai lui montrer, je ne sais pas... — donc, d'un établissement, d'un plan, là. Donc, ça fait, avec beaucoup d'annexes et beaucoup de pages, donc, ça fait probablement une centaine de pages. Donc, moi, je vois mal que la commission reçoive tous les plans d'organisation de tous les établissements au Québec. Ceci ne l'empêcherait pas, au besoin, elle, de demander d'obtenir certains plans pour pouvoir comparer, par exemple, un grand établissement avec un plus petit en région versus centre urbain. Mais, systématiquement, qu'elle doive regarder l'ensemble des plans d'organisation, ça m'apparaît quelque chose qui dépasse le mandat de la commission.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, je comprends la ministre, excepté... moi, j'aurais une suggestion à vous faire. La commission, elle va avoir une vision globale. Et, lorsque vous décidez de faire une étude pour savoir c'est quoi, le plan d'organisation, il faut que vous envoyiez une demande. Eux autres, ils prennent du temps à vous répondre. Souvent, il y en a qui ne répondent pas. Moi, je me disais : Si on mettait dans la loi que, de façon statutaire, on demande à chacun des établissements, lorsque le plan d'organisation clinique est fait et lorsqu'il y a des modifications... pas transférer des papiers, mais transférer le fichier électronique, un peu comme on avait... Je pense que c'est notre commission qui avait innové lorsqu'on avait décidé de mettre sur Internet certains rapports, puis c'était marqué dans la loi. Et je trouve que, même si c'était épais, ça va permettre à la commission facilement de voir qu'est-ce qui se fait au Québec.

Mais je le verrais surtout pour la question du partage des meilleures pratiques. Lorsque quelqu'un va faire quelque chose d'innovant et qui, on pense, pourrait être une amélioration, à ce moment-là on peut le partager avec tous les autres établissements. En tout cas, moi, je trouvais que ça pouvait être un élément intéressant d'amélioration des services au Québec, le fait de partager l'information, pour connaître le réseau. Souvent, chacun garde ses affaires, puis les bonnes pratiques ne sont pas diffusées. Et puis c'est juste un transfert électronique d'un petit fichier qui ne prend pas de place, et puis ça permettrait d'avoir le portrait global, très rapidement, du Québec. Puis moi, j'irais jusqu'à dire «le plan d'organisation et toute modification par la suite», de façon à ce que vous seriez capable d'avoir rapidement toute l'information facilement. Puis, la commission, ça va être son travail de faire ça.

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

• (11 heures) •

Mme Hivon : Bien, en fait, il ne faut pas mélanger les rôles, là. La commission, son travail, ça va être de voir l'évolution. Elle n'est pas là pour suivre chaque détail de chaque plan d'organisation de chaque établissement, là.

Donc, il faut juste s'assurer qu'on est au bon niveau et qu'on a tous la même compréhension du rôle de la Commission des soins de fin de vie. Elle ne se substitue pas aux CMDP, elle ne se substitue pas à une agence, elle ne se substitue pas au ministre. Elle est là, donc, pour regarder l'évolution des choses. En soi, de le transférer, ça n'enlève rien, là, de... Que les établissements transfèrent à la commission leur plan d'organisation, ça n'enlève rien en soi.

Est-ce que c'est nécessaire? Je dois vous dire que je n'en suis pas convaincue. Mais je ne pense pas que ça enlève quelque chose. Donc, on peut...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Est-ce que la ministre est d'accord? Est-ce qu'on pourrait marquer spécifiquement «par fichier électronique» pour sauver des arbres?

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

Mme Hivon : Il faudrait juste regarder quelque chose, parce qu'il faut s'assurer que... On a l'article 183 de la loi sur la santé et les services sociaux, donc, qui parle du plan d'organisation général de l'établissement. Donc, évidemment,

le plan d'organisation des soins de fin de vie va faire partie d'un plan global d'organisation d'un établissement. Donc, c'est cette partie-là que l'on souhaite qui puisse, de ce que je comprends de l'opposition, qui puisse être accessible à la Commission des soins de fin de vie. Donc, il faudrait juste s'assurer que tout ça peut fonctionner avec l'article 183 tel qu'il existe en ce moment.

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

Mme Vallée : Parce que l'objectif derrière tout ça, là, simplement, c'est que, si on choisit de ne pas standardiser le plan d'organisation parce qu'on veut s'assurer de bien respecter les particularités de chaque établissement, bien, à ce moment-là, il sera opportun, à partir du moment où on donne un droit et un accès aux soins de fin de vie à tout patient dont l'état le requiert... bien, ça permettrait de faire un monitoring de tout ça. Ça permettrait aussi peut-être de répondre, d'une certaine façon, à la question de l'encadrement de la sédation palliative continue : Ça se fait dans quel contexte et puis de quelle façon? Je pense que ça permet... Ce n'est pas très complexe et puis ça permettra ultérieurement à la commission, si elle est appelée à se pencher sur la question, d'avoir rapidement accès à l'information, puis d'autant plus que ça ne sera pas très lourd vu que la ministre nous indique que c'est quelque chose qui est renouvelé aux trois ans. Donc, ce n'est pas quelque chose qui sera acheminé à chaque année, seulement que lorsqu'il y aura des modifications, parce que je pense que ça permet d'avoir une meilleure... ça permet à la commission d'avoir accès à plus de documents et d'être mieux outillée pour faire son travail.

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

Mme Hivon : Juste pour comprendre l'intention de l'opposition... Est-ce que le souhait serait donc que le programme de soins de fin de vie soit disponible, par exemple, sur Internet ou carrément qu'il soit transmis?

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, moi, je pense que l'un n'exclut pas l'autre et puis... mais c'est vraiment une transmission. Parce que, sur Internet, l'expérience démontre que les gens ne vont pas le voir beaucoup, et la commission devra faire un travail, à ce moment-là, d'aller les chercher un par un, tandis que, là, il s'agit qu'ils envoient le fichier PDF à la commission, puis la commission va serrer ça dans un petit fichier, puis, lorsqu'ils vont faire des révisions... Et puis moi, M. le Président... M. le Président, juste une notion intéressante. Tantôt, on parlait de standardisation. En soins de santé, la standardisation a des avantages, mais elle a des inconvénients également. Lorsqu'on standardise, c'est très difficile après ça de modifier, puis ça prend des comités spéciaux. Je pense que l'idéal, c'est d'avoir un cadre, comme c'est prévu, répondre à des exigences ministérielles ou de la politique ministérielle. Mais par la suite chacun des établissements va probablement faire des petites innovations qui, lorsque c'est repris par d'autres, vont faire que ça va être un meilleur produit que de faire de la standardisation aux deux à trois ans.

Moi personnellement, je suis plus du type de l'innovation, qu'il faut qu'on mette des nouvelles choses sur la table. Et souvent il y en a qui vont faire des plans que les autres vont trouver intéressants, puis ils vont remodeler leurs propres plans pour répondre à cette nouvelle façon de faire. Donc, je trouve que c'est mieux d'être assez standardisé mais pas trop, mais laisser beaucoup de place à l'innovation. Mais le plus important, c'est de partager les meilleurs coups puis les bonnes pratiques, puis ça, on est capables de le faire via le fichier central que la commission va avoir.

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

Mme Hivon : Moi, je vous soumettrais que je pense que le rôle de partager les meilleures pratiques, c'est le rôle aussi des associations d'établissements de ces... comme de l'AQESSS, via toutes sortes de mécanismes, de forums, de colloques, d'échanges, comme on le voit là pour l'ensemble des regroupements d'établissements. Donc, je pense qu'il faut garder ça à l'esprit, là, c'est quelque chose qui existe. Ce n'est pas parce que, là, on fait une loi sur les soins de fin de vie qu'on vient révolutionner et changer l'ensemble des pratiques d'échange de bonnes pratiques au Québec.

Donc, je n'ai pas de difficulté à ce qu'on essaie de voir si on est capables de faire suite à la demande de l'opposition, mais je pense qu'il faut quand même rester réalistes. La commission sur les soins de fin de vie, elle a un mandat qui est clair, qui n'est pas non plus de changer toutes les pratiques de tous les établissements et de voir à l'uniformisation. Ce n'est pas ça, son rôle. Et, si on veut mettre des choses en ce sens-là, je pense qu'il faut viser d'autres organisations et d'autres manières de faire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je suis d'accord avec la ministre, sauf que les partages des bonnes pratiques, ça se fait à tous les niveaux. Ça fait qu'il s'agit juste de réussir à mettre en place la bonne méthode pour le faire. Puis je pense que ce qu'on propose, c'est une bonne méthode puis c'est assez innovateur. Entre autres, moi, j'insiste, là, c'est le transfert par fichier électronique. Je suis un grand sauveur d'arbres.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Orford.

M. Reid : Oui, M. le Président. Merci. Moi, je trouve que la suggestion est intéressante. Au-delà du fait des bonnes pratiques, et tout ça, c'est que, Mme la ministre, la commission était aussi une réponse à des préoccupations du public, des préoccupations qui ont été manifestées plusieurs fois. On parlait de dérives, etc. Il y a eu des vérifications qui ont été faites en Europe, et tout. Mais en même temps, si on veut donner encore plus confiance en quelque sorte au public que cette commission-là puisse voir arriver des potentielles dérives ou des potentiels changements qui ne sont peut-être pas ceux qu'on souhaite dans la loi, bien, en lui donnant, par un moyen qui soit très économique, là, soit par un transfert, en lui donnant l'accès à ce qui se passe et la possibilité d'examiner ce qui se passe un peu partout, bien on n'attend pas que ça devienne quelque chose d'avancé. On le sait plus rapidement s'il y a quelque chose qui ne semble pas aller dans le sens de la loi.

Et je pense que, dans ce sens-là, c'est quelque chose qui est simplement un élément qui renforce le rôle de cette commission, qui... enfin, sa capacité en tout cas d'exercer son rôle, qui correspond bien à ce qu'on cherche effectivement, d'avoir un changement, un changement social important dans le monde de la santé et qui est sous contrôle.

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

Mme Hivon : Oui. Simplement dire par ailleurs que le plan... évidemment, le programme de soins palliatifs, c'est vraiment un programme dans le détail de tout ce qu'on fait en termes de soins palliatifs, d'approche, d'organisation, et tout ça. Donc, c'est beaucoup plus loin que ce qu'on a déjà vu déjà, où on va faire état de toutes les sédations, de toutes les aides médicales à mourir, de tout le suivi de ça. Donc, on va préparer un amendement.

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

Mme Hivon : Par ailleurs, je dois dire qu'on ne peut pas spécifier dans la loi que c'est par un envoi électronique, mais on pourra le faire par orientation, de dire que c'est comme ça va se faire, parce que le mode de transmission, me dit-on, n'est pas... on va dire qu'il doit être transmis, mais on me dit qu'on ne prévoit pas ce degré de détail dans la loi.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Quand on était au pouvoir, l'opposition nous avait travaillés là-dessus pour Internet, puis on nous avait dit la même réponse à l'époque, là. Puis, en fin de compte, actuellement, la majorité des lois, c'est ce qu'ils font. Et même le leader du Parlement veut qu'on devienne électroniques puis qu'on remette nos rapports électroniques en Chambre. Moi, je proposerais de le valider comme il faut parce que ce serait une belle innovation, puis je serais fier de dire qu'on a été les premiers à le mettre dans une loi. On peut vérifier ça.

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

Mme Hivon : On va suspendre l'article.

Le Président (M. Bergman) : Alors, collègues, on suspend l'amendement à l'article 9 et l'article 9. L'article 10. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, l'article 10, il y a un amendement, et c'est assez simple. L'amendement vise à supprimer l'article 10 du projet de loi.

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

Mme Hivon : En fait, l'amendement propose la suppression de l'article 10 parce que son contenu est maintenant repris dans le nouvel article 8.1 dont nous avons discuté précédemment.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a des commentaires à l'amendement à l'article 10? Est-ce que l'amendement à l'article 10 est adopté?

Des voix : Adopté.

• (11 h 10) •

Le Président (M. Bergman) : Alors, l'article 10 est maintenant supprimé. L'article 11. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, l'article 11 : «Tout établissement doit prévoir, dans le code d'éthique adopté en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une section portant spécifiquement sur les droits des personnes en fin de vie.»

Donc, en fait, le code d'éthique qui est déjà prévu indique les droits des usagers et les pratiques, les conduites qui sont attendues des employés et des professionnels qui exercent leur profession au sein d'un établissement. Et le présent article consacre l'obligation, donc, désormais de l'établissement de prévoir, dans ce code d'éthique, une section particulière sur les droits des personnes en fin de vie.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a des commentaires sur l'article 11 tel que mentionné par Mme la ministre? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Oui, M. le Président. Pourquoi est-ce qu'on sent le besoin de devoir prévoir un code d'éthique spécifique sur la question des soins de fin de vie? Est-ce qu'on ne fait pas... Et là je reviens encore avec la même question : Est-ce qu'on n'accorde pas un statut particulier aux patients et aux soins de fin de vie? Est-ce qu'on n'est pas en train de créer une forme de hiérarchie des soins de santé au Québec en disant : Le code d'éthique d'un établissement va être différent pour le patient en pédiatrie que pour le patient qui est en soins de fin de vie, le code d'éthique sera différent pour les soins de fin de vie et ne sera pas le même pour... Je reprends l'exemple des CHSLD.

Donc, est-ce qu'on ne devrait pas simplement traiter... Je comprends qu'il y a une question de dignité, de respect de la personne, de respect des droits de la personne, de respect de la volonté, de la liberté de choix, et tout ça, et du traitement évidemment dans un haut standard de professionnalisme, mais est-ce que ce n'est pas des standards auxquels on est en droit de s'attendre face à l'ensemble des soins qui sont offerts en établissement au Québec?

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

Mme Hivon : En fait, c'était une manière supplémentaire de venir consacrer l'importance des soins de fin de vie et des règles éthiques en fin de vie. Ça découle d'une recommandation du rapport des juristes experts, donc, de dire que ce serait bien qu'il y ait un rappel, dans le code d'éthique, des droits des personnes en fin de vie et, compte tenu qu'on veut leur donner une reconnaissance et une importance, qu'il y ait une section... Là, ce n'est pas un code d'éthique séparé, mais c'est une section dans le code d'éthique. Mais, s'il y a des objections de l'autre côté et qu'on préférerait qu'il n'y ait pas de section spécifique, je peux tout à fait le considérer, M. le Président.

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

Mme Vallée : Oui. Bien, en fait, c'est parce que je me disais : Qu'est-ce qui peut être différent dans le cadre des soins de fin de vie? J'essayais de voir... Je comprends qu'il s'agit d'une recommandation du groupe d'experts, mais, au-delà de ça, pratique-pratique, une fois que le projet de loi va atterrir, est-ce qu'il y aura une distinction? Puis j'ai peur, d'une certaine... Bien, j'ai peur... je ne veux pas utiliser le mot «peur», là, mais je crains que l'on place les établissements peut-être devant certaines situations où ils se diront : Bien, il y a une attention particulière qui est accordée aux soins de fin de vie, on va prioriser toute cette question-là au détriment peut-être d'autres soins lorsqu'on sera confrontés à certains enjeux, par exemple, budgétaires. Puis c'est ça qu'il faut éviter. Je comprends l'importance de... puis je comprends la volonté de vouloir encadrer la question des soins de fin de vie, ça va, mais en même temps, ce faisant, il ne faudrait pas que d'encadrer les soins de fin de vie vienne porter ombrage à la qualité puis à l'éthique qui doit entourer la prestation de tous les autres soins.

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

Mme Hivon : Je ne pense pas qu'il y ait de risque à cet égard-là. C'est sûr qu'en termes, je dirais, d'éthique, de code d'éthique, de rappeler les obligations en fin de vie... quelqu'un se dirige vers une étape qui est assez importante dans sa vie, qui est donc son décès, sa fin de vie... donc, s'assurer que tout est mis en place, que ses droits sont bien reconnus, qu'il y a donc un accompagnement, une communication constante, qu'on est au fait de ses besoins, de sa réalité, tout ça, donc, ça apparaissait une recommandation intéressante dans le rapport du Comité des juristes experts pour qu'il y ait plus de clarté autour de ce qui est attendu, je dirais, en termes d'obligations de la part du personnel. Mais, s'il y a une inquiétude de l'autre côté, à savoir si ça pourrait mettre des établissements mal à l'aise ou créer quelque chose qui ne serait pas souhaitable... Moi, je pense qu'il n'y a pas de risque. Je ne vois pas le risque qu'il puisse y avoir une hiérarchisation. C'est juste de venir spécifier quelque chose en lien avec une étape, je dirais, qui est particulièrement sensible, je pense, en termes de communication, en termes de respect des droits de la personne, en termes, donc, de dignité de la personne, parce que le décès, ce n'est pas banal. Et on est dans une situation où on sait que le décès s'en vient.

Donc, ça apparaissait une recommandation opportune, mais, si l'opposition pense qu'il y a un risque, je suis tout à fait ouverte à le considérer, si c'est la volonté de l'opposition.

Le Président (M. Bergman) : Collègues, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'après les affaires courantes. À la salle La Fontaine, je répète, à la salle La Fontaine.

Une voix : ...

Le Président (M. Bergman) : On suspend nos travaux jusqu'après les affaires courantes.

(Suspension de la séance à 11 h 17)

(Reprise à 15 h 47)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Collègues, à l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux.

Je vous rappelle que 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.

À la suspension de nos travaux, ce matin, nous avons débuté l'étude de l'article 11. Je vous rappelle que l'étude des articles 3 et 9 ainsi que de leurs amendements a été suspendue, ainsi que l'amendement proposant l'introduction de l'article 8.1. Mme la ministre, c'est à vous, la parole, pour l'article 11.

Mme Hivon : Oui. Alors, bien, en fait, à l'article 11, on était à des questions de ma collègue de Gatineau. Donc, peut-être que je peux lui préciser en fait que les vertus, comme je l'ai dit ce matin, de vraiment tenir compte des droits des personnes en fin de vie, c'est de s'assurer, donc, du respect des droits qui sont prévus spécifiquement dans la loi : le refus de traitement, comme on l'a prévu dans la loi, aussi les dispositions relatives aux directives médicales anticipées, qui vont quand même présenter une forme de nouveauté, donc, le respect de la volonté de la personne en fin de vie, qui est très important.

Donc, c'est ça, l'idée qui est derrière cet article-là. Et on l'a mis. Comme je l'ai dit ce matin, c'était une recommandation du Comité des juristes experts.

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

Mme Vallée : Bien, en fait, c'est : quand je l'ai soulignée cet avant-midi, c'était plutôt une préoccupation, à savoir est-ce que... D'inscrire à l'intérieur d'un texte de loi qu'on doit nécessairement avoir un code d'éthique pour un soin, pour une catégorie de soins et non pour d'autres catégories de soins me préoccupait parce que le respect de la volonté, le respect de la liberté de choix, le respect du refus qui serait exprimé par un patient, que ce soit dans le cadre des soins de fin de vie ou dans toute autre forme de cadre médical... pour moi, il n'y a pas moins de valeur à la liberté du patient de choisir et de déterminer le soin opportun à sa condition. Et c'est pour ça que je ne voudrais pas qu'on ouvre une porte à une distinction, c'est-à-dire dire : Dans un contexte de soins de fin de vie, on va davantage être à l'écoute de la volonté d'un patient qu'on le sera dans tout autre contexte médical, là, qui pourrait être en place à l'établissement.

Alors, c'était ma préoccupation, au même titre que je disais hier, lorsqu'on était à l'étude de l'article 5 : Est-ce qu'on n'est pas en train de prioriser, de créer une catégorisation de soins? Et je pense que ça pourrait être... Je sais que ce n'est pas l'intention de la ministre, mais je ne voudrais pas que, dans un avenir à moyen ou long terme, ça devienne... de par l'interprétation de la loi, dire : Bien, lorsqu'il est question des soins de fin de vie, il y a une importance qui est accordée, qu'on n'a pas besoin d'accorder dans un autre contexte, alors qu'un consentement libre et éclairé doit être respecté, peu importe le type de soin qui sera administré.

• (15 h 50) •

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

Mme Hivon : En fait, nous, on était ouverts à la recommandation qui nous avait été faite par le comité des experts juristes parce qu'on trouvait que c'est vrai qu'en termes d'éthique la fin de vie est certainement porteuse de questionnements et de respect, je dirais, des droits ou de considérations qui peuvent être peut-être plus aiguës. Je pourrais faire une proposition à la députée : Si elle préfère que ce ne soit pas une section particulière, est-ce qu'elle serait plus à l'aise qu'on dise que le code d'éthique doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie, tout simplement, parce qu'on veut marquer le coup que le code d'éthique doit tenir compte de ces droits que l'on vient maintenant prévoir dans une loi spécifique? Donc, il nous semblait opportun de faire référence au code d'éthique. Donc, on pourrait aussi aller comme ça. Puis, si l'opposition, elle estime que c'est une disposition qui n'a pas sa place, je pourrai être à l'écoute de ses amendements si elle veut me convaincre qu'on ne devrait pas faire référence du tout au code d'éthique, là. Pour ma part, je trouvais que c'était quand même une avancée pour les personnes en fin de vie, de s'assurer qu'il va y avoir quelque chose sur cette réalité-là dans le code d'éthique.

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

Mme Vallée : Est-ce qu'on devrait référer au droit des personnes en fin de vie? C'est toujours la même... C'est le même questionnement. Parce que je comprends qu'il y a également des obligations de l'équipe médicale, de l'équipe qui... en fait, des intervenants de l'établissement à l'égard des gens qui sont en fin de vie, une obligation, entre autres, on le verra plus tard, de donner toute l'information requise puis de transmettre l'information, de sorte que la personne comprendra clairement de quoi il est question lorsqu'elle est appelée à faire un choix, et je comprends que la finalité de certains soins de fin de vie est telle qu'on doit s'assurer que chaque intervenant sera appelé à traiter de ces dossiers-là avec un doigté particulier.

Moi aussi, là, je suis prête à faire un bout de chemin. Donc, je vous dirais que je préfère la formulation que vous venez de nous apporter plutôt que d'avoir «un code d'éthique qui porte sur les soins de fin de vie», plutôt que «le code d'éthique s'inspire» ou — bon, comment on pourrait le formuler, là? — «se réfère»...

Une voix : ...

Mme Vallée : ...qu'il tienne compte, oui, des dispositions prévues à la présente loi ou des dispositions concernant l'ensemble des soins de fin de vie.

Et donc ça ouvrirait la porte, également, advenant le cas d'une autre loi portant sur d'autres soins spécifiques... mais il faudra s'assurer à ce moment-là que les codes d'éthique... lorsque le législateur prendra cette avenue-là, que la philosophie derrière la mise en place de ces lois-là soit prise en considération.

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

Mme Hivon : Oui. Peut-être juste une précision : ce qui était proposé dans la version initiale, ce n'était pas «un nouveau code d'éthique», hein? C'est dans le même code d'éthique, mais c'est une section.

Mme Vallée : Une section du code.

Mme Hivon : C'est ça. Donc, ce n'était pas un nouveau code. En fait, si on regarde l'article 233 de la LSSSS, ça parle vraiment... code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques. Donc, ça parle vraiment de droits. Donc, c'est pour ça que, si vous voulez un changement, ça pourrait être, donc : «Le code d'éthique adopté par un établissement en vertu de l'article 233 doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie — pour que ce soit clair.» Et donc voilà ce qui pourrait être proposé si...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Ben, merci, M. le Président. Moi, en tout cas, je serais plus à l'aise avec la nouvelle formulation. Parce que, comme dit ma collègue de Gatineau, un des problèmes, à toutes les fois qu'on fait un sujet particulier... tu sais, on avait fait la procréation assistée, on fait des sujets qui concernent certaines maladies, on peut faire un... sur le cancer, chacun veut un traitement spécial. Le problème, c'est que, lorsque tu donnes un traitement spécial à un groupe, ça minimise un petit peu l'importance des autres. Et puis moi, je pense qu'en éthique un des premiers principes, c'est que tout le monde est important. C'est sûr que les maladies peuvent être différentes, les conditions peuvent être différentes, mais il faut accorder une importance, selon la condition, similaire à chacun des groupes. Et puis le fait de les incorporer à l'intérieur du code d'éthique et non pas avoir une section particulière, ça nous dit qu'indépendamment de l'importance de ce qu'on fait aujourd'hui au moins ça permet à tout le monde de dire : Bon, on est égaux devant la loi. Ça fait que moi, je remercie la ministre d'avoir cette ouverture, là, de pouvoir évoluer.

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

Mme Hivon : J'évolue. Il y a une phrase célèbre d'un chef parlementaire de l'opposition comme quoi l'évolution évolue. Alors, il faut toujours garder ça en tête : nous évoluons. Donc, je pourrais lire peut-être ce que nous pourrions déposer comme amendement...

Le Président (M. Bergman) : Certainement.

Mme Hivon : ...avant de le déposer...

Le Président (M. Bergman) : Certainement.

Mme Hivon : ...pour ne pas déposer, retirer.

Le Président (M. Bergman) : ...Mme la ministre, sur le... même veine que mes collègues sur le côté de l'opposition officielle.

Est-ce que ce serait possible pour un établissement, dans le code d'éthique qu'il va adopter, dans les sections en question, pour déroger, de quelque manière que ce soit, de quelques... de ces «provisions» dans ce projet de loi? Car, quand je lis l'article 11, je vois qu'il y a une obligation. Vous dites : «...doit prévoir, dans le code d'éthique[...], une section portant spécifiquement sur les droits des personnes en fin de vie.» Alors, je vois que ce serait vraiment, à mon avis, peut-être possible pour un établissement d'établir... de déroger de quelques... des «provisions» qui sont dans ce projet de loi. Je me demande de quelle manière on peut prévenir... Car on prend le temps pour établir un projet de loi avec des «provisions» spécifiques, mais je ne vois pas en quoi l'établissement est de prévenir pour établir une nouvelle prévision en dérogation des «provisions» du projet devant nous, et je pense spécifiquement aux droits pour les médecins pour retirer de l'obligation la question d'aider médicalement un patient de mourir.

Mme Hivon : Alors, évidemment, tous les établissements vont être tenus de respecter la loi, comme ils doivent respecter toute loi. Donc, par le code d'éthique, ce n'est pas possible de se soustraire à l'application de la loi. Donc, le code d'éthique est quelque chose qui vient plus guider la pratique, la conduite des intervenants. Donc, c'est le sens du code d'éthique. Et, pour ce qui est de l'objection de conscience du médecin, c'est prévu noir sur blanc, c'est dans la loi, c'est une disposition de la loi, comme quoi cette objection de conscience va devoir être respectée.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce que vous pouvez lire l'amendement que vous avez?

Mme Hivon : Oui, je vais lire ce que je pourrais déposer comme amendement. Donc, ce serait : Remplacer l'article 11 du projet de loi par le suivant :

«11. Le code d'éthique adopté par un établissement en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie.»

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a des commentaires? Est-ce que l'opposition officielle aimerait avoir une copie de cet amendement qui est proposé pour être plus clair pour le débat?

Mme Vallée : On va laisser les légistes rédiger l'amendement pour...

Mme Hivon : ...

Mme Vallée : Ah! vous l'avez? Bon, alors...

Mme Hivon : ...déposer officiellement l'amendement.

Le Président (M. Bergman) : On dépose l'amendement et on donne une copie aux collègues autour de la table. Je suspends pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 heures)

(Reprise à 16 h 1)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la ministre vient de déposer un amendement à l'article 11. Mme la ministre, pour l'amendement.

Mme Hivon : Oui. Alors, je vais relire l'amendement. Donc, il s'agirait de remplacer l'article 11 actuel par l'article suivant :

«11. Le code d'éthique adopté par un établissement en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie.»

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je ne fais que hocher de la tête, M. le Président, pour donner ma satisfaction.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'amendement à l'article 11? Alors, est-ce que l'amendement à l'article 11 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Alors, l'article 11 est adopté? Adopté? Adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : L'article 12. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, l'article 12 : «Lorsqu'une personne en fin de vie requiert d'un établissement des soins palliatifs à domicile, mais que sa condition ou son environnement ne permet pas de les lui fournir adéquatement, l'établissement doit lui offrir de l'accueillir dans ses installations ou de la diriger vers un autre établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins.»

Donc, bien sûr, bien que le ministère souhaite que, dans la très grande majorité des cas, on puisse respecter la volonté d'une personne de recevoir des soins à domicile, c'est certain qu'il va exister des situations où ça serait impossible, voire dangereux, là, pour la sécurité de la personne de lui fournir ces soins. Donc, c'est pour ça qu'on vient prévoir cette disposition à l'article 12.

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

Mme Vallée : Je comprends le sens de l'article. Est-ce qu'on a les critères? Ou qu'est-ce qui pourrait être considéré comme étant «adéquatement»? Parce qu'on mentionne que, lorsque l'environnement ne permet pas de fournir les soins adéquatement... Qu'est-ce qu'on entend par «adéquatement»? Est-ce que c'est une question d'impossibilité physique? Est-ce que c'est une question de manque de ressources financières, de manque de ressources humaines? Est-ce que c'est une question... Est-ce que la situation relève de l'environnement du patient ou est-ce que ça pourrait relever aussi des ressources mises à la disposition par l'établissement ou par la région administrative? Donc, qu'est-ce qui sera le facteur considéré?

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

Mme Hivon : Ce qui est visé, ce n'est pas le dernier point que soulevait ma collègue, c'est vraiment, je dirais, les conditions physiques, ou d'environnement, ou sociales qui font en sorte que ça pourrait être dangereux pour la

personne; exemples : des conditions, je ne sais pas, d'insalubrité, le fait qu'une personne vivrait avec une autre personne qui pourrait peut-être nuire aux bons soins qui pourraient être donnés en fin de vie, donc être un élément peut-être qui fait en sorte que la personne ne suivrait pas les consignes, les ordonnances, je vous donne des exemples comme ça, une condition physique qui pourrait devenir vraiment très, très difficile. On le voit, en fin de vie, il arrive qu'avec les meilleurs soins à domicile ça devient juste impossible pour quelqu'un de rester à domicile parce que l'intensité des soins qui doit être donnée pour soulager la personne est telle que ce n'est pas physiquement possible pour l'équipe, à moins d'avoir une équipe dédiée sur place 24 heures, ce qui n'est pas possible pour toutes les personnes. S'il n'y a pas de réseau... Et même souvent avec un réseau il va arriver des circonstances où la situation est telle, demande une telle intensité de soins... Même si on est en soins palliatifs, il peut y avoir plusieurs symptômes à gérer. Donc, c'est des cas comme ceux-là, où on ne peut pas mettre en danger, je dirais, la sécurité de la personne ou son bien-être en fin de vie. Donc, c'est pour ça qu'on prévoit l'article 12.

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

Mme Vallée : À ce moment-là, est-ce qu'il ne serait pas pertinent de le prévoir spécifiquement, que le critère, c'est un critère de sécurité ou d'encadrement, là, propre aux soins requis par la personne, afin qu'on ne puisse pas interpréter, qu'un établissement ne pourrait pas dire : Ah oui! Je me suis conformé, on a transféré dans l'établissement monsieur ou madame Y non pas parce que sa situation était à risque, mais parce que c'était moins compliqué, par exemple, pour notre équipe, c'était plus facile d'avoir quelqu'un à l'intérieur des murs de l'établissement, mais ce n'était pas en lien avec la sécurité ou l'état de santé de la personne, tout simplement pour éviter la distinction, qu'on ne puisse pas utiliser cette... qu'on ne puisse pas l'interpréter sur la base de la question des ressources financières, des ressources humaines, ou autres.

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

Mme Hivon : En fait, juste spécifier que déjà l'article quand même est précis parce qu'il dit que c'est pour des raisons de sa condition ou son environnement qui ne permettrait pas de les lui offrir adéquatement. Donc, ce n'est pas une manière de se sortir de la volonté, qui est présente, de pouvoir accompagner la personne chez elle, là, c'est vraiment pour deux raisons qui sont clairement énumérées : la condition de la personne ou son environnement. Puis en fait de ne pas les lui offrir adéquatement, ça évidemment sous-entend la notion de sécurité.

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

Mme Vallée : Et son environnement ne pourrait pas être considéré, par exemple, comme le fait que sa résidence puisse être éloignée. Est-ce que ça, ça pourrait être un élément, un citoyen ou une citoyenne qui réside dans un secteur plus retiré d'une région administrative, qui souhaite rester à domicile, un secteur peut-être moins accessible? Est-ce que ça pourrait être considéré comme un environnement qui ne permet pas d'offrir les soins, de lui offrir les soins adéquatement?

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

Mme Hivon : En fait, c'est important, je pense, de faire ressortir que souvent, paradoxalement, dans les régions éloignées, la desserte en soins à domicile, elle est meilleure parce que justement il n'y a pas de maison de soins palliatifs, il n'y a pas d'établissement. Donc, de l'expérience que j'ai, c'est plutôt l'inverse, le défi. Et «environnement» ne veut pas dire ça, là. «Environnement», ce n'est pas sa situation géographique, là, c'est vraiment l'environnement de la personne. Donc, je pense que le terme est bien choisi.

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

Mme Vallée : Je pose la question, parce que ce n'est pas un enjeu de fin de vie, mais c'est une situation de comté que j'ai vécue, donc quelqu'un qui était plus éloigné et pour qui les services c'était peut-être un petit peu plus difficiles de lui offrir. Et donc il ne faudrait pas qu'on puisse utiliser ce... Je comprends que souvent...

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

Mme Hivon : Ce n'est pas une porte de sortie.

Mme Vallée : Parfait.

Mme Hivon : Je veux juste le dire. Ce n'est pas une porte de sortie pour ne pas tenir l'engagement pour les soins à domicile, c'est vraiment de dire : Si on n'est pas capable pour des raisons de conditions de la personne ou d'un environnement, comme les exemples que j'ai donnés. Au même titre que quelqu'un ne peut pas exiger : Docteur, donnez-moi telle chirurgie, je la veux absolument, on ne peut pas non plus contraindre un établissement, sans aucun jugement, je dirais, quant à l'opportunité de maintenir les soins à domicile. Donc, c'est ça, l'objectif de l'article 12.

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

Mme Vallée : Mais en fait, tout simplement pour compléter, c'est vraiment, cette décision-là... L'article 12 doit vraiment être interprété dans le contexte de l'intérêt, le meilleur intérêt de la personne en fin de vie.

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

• (16 h 10) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Je regarde l'article. Si je comprends bien, «doit lui offrir», il n'y a pas d'obligation de la personne de l'accepter.

Mme Hivon : Non.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Au départ, ce n'est pas contraignant. Deuxièmement, qu'est-ce que ça ajoute, actuellement? Qu'est-ce que ça ajoute, cet article-là, sur le fonctionnement actuel, avant même que la loi soit passée? Parce qu'à ma connaissance c'est comme ça que ça fonctionne sans que ce soit une loi. Puis ma question, indirectement, c'est : Quels problèmes qu'on veut régler avec ça? Parce qu'il n'y a pas de contrainte, puis on sait qu'advenant le cas qu'il y a un cas de dangerosité, à la limite, tu pourrais avoir accès à un juge. Parce que je ne vois pas tellement qu'est-ce que ça ajoute.

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

Mme Hivon : En fait, ça doit être lu notamment en lien avec l'article 5, où vous nous avez proposé un amendement : plutôt que «peuvent», ils «sont» désormais offerts, et on est venus prévoir qu'ils sont offerts soit en établissement, en maison de soins palliatifs ou à domicile. Donc, c'est pour s'assurer que quelqu'un ne viendrait pas dire : Compte tenu de 5, j'ai donc ce droit-là immuable en toutes circonstances, qu'importe la condition, l'environnement, et tout ça. Donc, il y a cette réalité-là, je pense, qui est teintée de prudence, de venir le prévoir. Et en même temps je vous dirais que ça oblige aussi l'établissement à s'assurer d'un suivi et que c'est toujours adéquat et correct que les soins soient donnés à domicile dans le meilleur intérêt de la personne.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ce que je comprends : c'est une protection au cas où la personne dirait : Vous avez l'obligation de venir à domicile parce que l'article 5 le dit.

Mme Hivon : Ce n'est pas ce que dit l'article 5. D'ailleurs, on l'a bien étudié. Ce n'est pas ce que dit l'article 5. Mais je pense que c'est important de mettre l'article 12 pour s'en assurer.

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

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

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 12? Est-ce que l'article 12 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. L'article 13. Mme la ministre.

Mme Hivon : Je suggère que nous revenions à 9, qui était suspendu.

Le Président (M. Bergman) : Alors, l'article 9. Alors, Mme la ministre.

Mme Hivon : La question à l'article 9 était celle du député de Jean-Talon, concernant la transmission. Donc, je dois vous dire, est-ce qu'on pouvait prévoir noir sur blanc que la transmission devait être électronique?

Je dois vous dire que nous sommes suivis avec beaucoup d'intérêt par notamment les gens du Comité de législation et qui s'intéressent à nos travaux, et nous n'avons pas d'avis favorable pour prévoir une telle disposition. Et je sais tout le respect que le député de Jean-Talon voue aux légistes, dont les brillants légistes du ministère de la Santé. Mais en fait on me dit que c'est déjà, évidemment, possible. Ce qui encadre tout ça, c'est la loi sur le cadre juridique des technologies de l'information. Donc, dans cette loi-là, on prévoit qu'une transmission peut tout à fait se faire par tout mode de transmission qui s'appuie sur des supports technologiques. Donc, c'est possible, mais ce n'est pas recommandé, voire fortement déconseillé de le mettre dans une loi, je vous explique, parce que «transmis», là, la transmission de documents, c'est prévu dans une foule d'articles d'une foule de lois. Et, comme vous savez, on veut toujours être cohérents. Et là, si on se met, spécifiquement, à certains endroits, à le mettre, certains pourraient se demander si ça veut dire qu'ailleurs on ne pourrait le faire ou est-ce qu'on doit interpréter différemment. Donc, nous avons un avis défavorable pour venir le prévoir spécifiquement.

Puis je dois vous dire d'ailleurs qu'on a déjà adopté des articles où on parlait d'une obligation de transmission, puis on ne l'a pas mise dans le projet de loi. Ceci ne veut pas dire qu'il ne pourrait pas y avoir une directive disant que

la transmission électronique serait la meilleure manière de le transmettre, comme pour les agences on le fait. Les agences envoient leurs rapports sur support électronique. Donc, voilà, M. le Président.

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

Mme Vallée : Mais, ceci étant dit, la transmission d'information à la commission, ça, c'est une autre chose.

Je comprends que votre intervention vise le moyen de transmission, mais l'intervention que nous avons faite à l'article 9, c'était de s'assurer que le programme clinique de soins de fin de vie des établissements puisse également être transmis à la commission afin que la commission ait en main les différents plans d'intervention, les différents plans cliniques, de sorte qu'elle puisse aussi voir la distinction un peu partout sur la province... premièrement, être en mesure de voir la façon dont l'ensemble des soins de fin de vie sera déployé mais aussi être capable de faire un certain monitoring de la façon dont certains soins de fin de vie sont offerts.

Et puis je m'inspirais beaucoup des commentaires du rapport de la commission, entre autres, je pense que c'est à la page 36, sur l'encadrement de la sédation palliative. Je sais que ça, c'était une préoccupation de l'équipe, et c'était une préoccupation qui semble avoir été partagée par de nombreux intervenants. Et donc, pour être en mesure de mieux l'encadrer et mieux faire le suivi approprié de la sédation palliative mais aussi l'encadrement de l'aide médicale à mourir puis de voir un peu de quelle façon ça se déploie sur le territoire, c'est une information qui serait, à mon avis, très utile pour la commission, surtout en début de mandat. Peut-être que, je ne sais pas, moi, dans 10 ans, dans 15 ans, on trouvera que c'est trop lourd puis que ce n'est plus nécessaire, mais je pense qu'au début, là, vu qu'on est vraiment, là, dans les premiers pas, les pas de bébé de cette offre de soins là il pourrait être opportun de rendre accès à ces documents-là aux membres de la commission sans que la commission soit tenue systématiquement de faire la demande à l'établissement x, y. Les membres auront accès à tout ça, et puis ça pourra aussi permettre de dresser un portrait plus clair qui, à mon avis, est exigé, là.

Mais en fait je pense qu'il y a un rapport qui devra être fait, là, si on va un peu plus loin, par la commission, mais ça pourrait être une information intéressante pour la commission de savoir : bien, la pratique de la sédation palliative, elle est homogène ou elle n'est pas homogène sur le territoire; l'aide médicale à mourir, on procède d'une façon distincte dans une région x ou y. Je crois que c'est non négligeable, là, surtout après les explications que la ministre nous a fournies sur le programme clinique des soins de fin de vie, ce qu'on entendait, ce qu'on cherchait à obtenir comme information. Lorsqu'on met ça en lien avec les préoccupations exprimées dans le rapport, je pense que ça pourrait être fort utile. C'était au début de notre...

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

Mme Hivon : Oui. Alors, juste redire qu'évidemment la Commission des soins de fin de vie, elle est là pour regarder, entre autres choses, dans son vaste mandat... mais elle est là pour regarder l'évolution des soins de fin de vie sur une période donnée, donc c'est vraiment le coeur de son mandat, et non pas de se substituer et de venir regarder le programme clinique de chaque établissement, quelles seraient les meilleures pratiques médicales, parce que ça, c'est vraiment quelque chose qui relève des CMDP. Je pense que c'est très important de le dire, elle ne sera pas là pour se substituer. Comme on l'a vu, elle va avoir un conseil avec des représentants santé, usagers, services sociaux. On va y revenir quand on va parler de la composition de la commission. Donc, elle n'est pas là pour être une experte de quel est le meilleur programme, quelles sont les meilleures pratiques et, donc, de diffuser cette information-là et de, je dirais, se substituer aux CMDP ou aux établissements. Elle est là pour faire le suivi, dans le temps, du développement des soins de fin de vie.

Ceci dit, en soi, ce n'est rien de mauvais qu'elle puisse avoir accès si elle pense que ce pourrait être utile, dans le cadre de son mandat, d'y avoir accès. Donc, oui, pour cette suggestion-là, on est tout à fait ouverts, ce qui est le coeur de la suggestion évidemment qui nous avait été faite par l'opposition. Donc, on pourrait prévoir un amendement pour dire que ces programmes seront transmis à la commission.

• (16 h 20) •

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Bien, c'est sûr que j'ai une grande tristesse, là, de voir que ma proposition n'est pas recevable, mais je comprends que la ministre a probablement autant que moi l'amour des arbres, ça fait qu'elle va s'organiser pour encourager à ce que ce soit transmis électroniquement. Ça fait que je vais céder, M. le Président, je vais accepter son commentaire.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires en ce qui concerne l'amendement à l'article 9 et l'article 9? Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? Mme la ministre.

Mme Hivon : Moi, je veux juste dire, puis je veux le dire publiquement, là, que cela ne crée pas une obligation ou des attentes, à l'égard de la commission, sur le traitement de chacun de ces programmes de chacun des établissements, parce que vous vous imaginez la somme d'informations qui va être transmise à la commission. Ce n'est qu'une suggestion, de ce que je comprends, qui est faite pour lui faciliter la vie dans le cas où elle souhaiterait avoir accès à ça sans qu'elle ait à le demander ou à chercher. Donc, on veut simplifier la vie de la commission, du côté de l'opposition. Et donc je veux simplement rappeler ça, que cela n'amène pas d'obligation et d'attente spécifiques quant au traitement de ces rapports.

Donc, je pourrais retirer l'amendement qui avait été déposé à l'article 9 pour soumettre un nouvel amendement parce qu'il y avait un autre élément d'amendement qu'on ne peut pas mettre de côté.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, il y a un commentaire. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Bien, je vais laisser la ministre poursuivre avec l'autre côté de l'amendement. C'est parce que j'avais une petite question, puis je voulais juste m'assurer de pouvoir la poser avant qu'on passe... Bien, en fait, je me demandais si c'était à l'intérieur de ce plan d'organisation là qu'est prévu le plan de déploiement des soins de fin de vie de l'établissement sur son territoire. Est-ce que c'est à l'intérieur de ce document-là?

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

Mme Hivon : Oui, c'est dans son plan d'organisation, mais ce n'est pas... puis là je veux juste... ce n'est pas dans le programme clinique des soins de fin de vie. Mais c'est dans son programme, dans son plan d'organisation. Le clinique, ça le dit, c'est le clinique. Le plan d'organisation, c'est comment on organise, comment on déploie, et tout ça.

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

Mme Vallée : D'accord. Donc, la question, à savoir : Est-ce que c'est le plan d'organisation qu'on devrait soumettre à la commission ou bien le programme clinique de soins de fin de vie, pour la question d'accessibilité...

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

Mme Hivon : Là, évidemment, le plan d'organisation, de ce que je comprends, le plan d'organisation, c'est le plan d'organisation de l'ensemble des soins, qui, lui, doit prévoir un programme clinique de soins de fin de vie. Donc là, je ne pense pas que ce serait d'intérêt pour la commission d'avoir, je dirais, l'ensemble de... Donc, voilà, ça serait ça, ma réponse : Ce ne serait pas d'intérêt d'avoir l'ensemble du plan pour l'ensemble des soins.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non, je suis d'accord. D'ailleurs, s'ils avaient mis ça, on leur aurait demandé de l'enlever. Ça fait que je pense qu'on est au même endroit.

Le Président (M. Bergman) : Alors, Mme la ministre, vous voulez retirer l'amendement et déposer un nouvel amendement?

Mme Hivon : Oui, c'est ça, je retirerais le précédent amendement.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a consentement pour retirer l'amendement? Consentement. L'amendement est retiré.

Mme Hivon : Donc, je dépose un nouvel amendement à l'article 9.

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

Mme Hivon : Donc, nous modifions l'article 9 du projet de loi, premièrement, par le...

Le Président (M. Bergman) : Je m'excuse, Mme la ministre. Est-ce qu'on peut avoir une copie de cet amendement?

Mme Hivon : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Je suspends pour quelques instants pour donner copie de l'amendement à tous les membres de la commission. Je suspends pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 25)

(Reprise à 16 h 27)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, Mme la ministre, vous voulez déposer l'amendement et nous lire l'amendement, s'il vous plaît?

Mme Hivon : Oui. Alors, amendement à l'article 9 : Modifier l'article 9 du projet de loi :
1° par le remplacement de la deuxième phrase par la suivante :
«Dans le cas d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires, ce plan doit également prévoir l'offre de services en soins de fin de vie à domicile.»;

2° par l'ajout, à la fin, des alinéas suivants :

«Le plan d'organisation doit tenir compte des orientations ministérielles.

«Le programme clinique de soins de fin de vie est transmis à la Commission sur les soins de fin de vie.»

Et donc, si vous voulez que je lise le nouvel article tel qu'il se lit...

Le Président (M. Bergman) : ...encore une fois, je ne veux pas être pointu, mais, je pense, c'est meilleur qu'on ait un nouvel article. Ce serait plus facile pour les membres de la commission.

Mme Hivon : M. le Président, je pense que ça va être très lourd, si on exige ça à chaque fois qu'on fait un papillon séance tenante, d'exiger qu'on rédige à l'ordinateur le nouveau texte. En tout cas, il me semble qu'on est capables de fonctionner de manière un petit peu plus souple.

Le Président (M. Bergman) : Je présume que je vais avoir cette demande des membres de l'opposition officielle. Alors, je...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je pense qu'on va essayer de garder ça quand même léger, mais c'est sûr que, quand on l'a devant nous autres, on est sûrs de qu'est-ce qu'on adopte, sauf que, si c'est juste une ou deux phrases, bien, parfois, on peut passer outre, là. Mais moi, j'aime quand même essayer le plus possible qu'on ait les textes écrits, là. Comme je vous dis, je ne suis pas un auditif, je suis un visuel. Donc, ça me permet de mieux le lire. Mais, je suis d'accord avec la ministre, on va essayer de garder ça quand même léger.

L'autre chose, c'est qu'on pas obligés de toujours l'avoir à l'ordinateur. À la main, bien écrit, donc pas écrit par un médecin, ça pourrait convenir. J'ai dit ça, M. le Président, parce que je ne voudrais pas avoir à écrire mes propres propositions, ça ne sera pas lisible.

Le Président (M. Bergman) : Alors, on vient de recevoir l'article 9 avec les changements.

Mme Hivon : ...avec notre souci pour les arbres, hein? Mais je dis ça comme ça.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...toujours demander à ce que ce soit affiché à l'ordinateur, pour qu'on ait les écrans, là, mais je pense que ça retardait le projet de loi puis je suis certain qu'on a un ordre de priorité à faire.

Le Président (M. Bergman) : Alors, on a l'amendement, on a le nouvel article. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. En fait, moi, je ne l'ai pas, mais je vais... Je ne l'ai pas, moi, le texte, mais je l'ai fait ici : «Tout établissement doit prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie. Dans le cas d'un établissement exploitant un centre local de services communautaire, ce plan doit également prévoir l'offre de services en soins de fin de vie à domicile.

«Le plan d'organisation doit tenir compte des orientations ministérielles.

«Le programme clinique de soins de fin de vie est transmis à la Commission sur les soins de fin de vie.»

• (16 h 30) •

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme la ministre. Est-ce qu'il y a des commentaires sur l'amendement et sur le nouvel article 9? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je hoche la tête pour dire que je suis d'accord avec l'article, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : D'autres commentaires?

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce que l'amendement à l'article 9 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce que l'article 9, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Alors, l'amendement est adopté, et l'article, tel qu'amendé, est adopté.

Mme Hivon : Je suggérerais, M. le Président, que nous retournions à l'article 3 qui avait été suspendu.

Le Président (M. Bergman) : Article 3. Mme la ministre. Vous avez... Article 3. Mme la ministre.

(Consultation)

Le Président (M. Bergman) : Alors, article 3. Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, M. le Président, je vous demanderais de retirer l'amendement à l'article 3, que nous avons déposé, pour déposer un nouvel amendement qui viendrait modifier la définition de «soins palliatifs» pour faire suite à la demande qui nous a été faite par l'opposition.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a consentement pour retirer l'amendement à l'article 3? Alors, consentement. Retiré. Alors, est-ce que vous avez un nouvel article 3 pour déposer, Mme la ministre?

Mme Hivon : Oui. Je ne sais pas si on peut le...

Des voix : ...

Mme Hivon : ...pas long, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je fais remarquer à la ministre : ce n'est pas l'opposition qui retarde, là.

Le Président (M. Bergman) : Je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 16 h 33)

(Reprise à 16 h 34)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, Mme la ministre, vous avez remplacé l'article 3 par l'amendement.

Mme Hivon : Alors, je ne relirai pas l'ensemble des alinéas, je vais relire l'alinéa qui a été modifié par l'amendement. Donc, c'est l'alinéa 4° qui parle des soins palliatifs, donc, qui se lirait ainsi :

«4° [...]les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.»

Donc, c'était une demande qui nous avait été faite par l'opposition, à laquelle nous, après un petit travail, pour être sûrs que cela était conforme puis qu'il y avait un consensus... qui serait, donc, acceptée. Donc, on peut peut-être faire la discussion. Pour les alinéas 5° et 6°, mes collègues auront constaté que nous ne proposons pas d'amendement, donc, on pourra y revenir et expliquer pourquoi. Mais peut-être que, dans un premier temps, on peut discuter de l'alinéa 4°.

Le Président (M. Bergman) : Alors, pour l'alinéa 4°, est-ce qu'il y a des commentaires? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Mais je comprends. En fait, on a inséré le concept, qui est, à mon avis, très important, de préciser que, comme le faisait la définition de l'Organisation mondiale de la santé, les soins palliatifs ont comme objectif de ne pas hâter ni retarder la mort, là. Puis il y avait une petite phrase, mais là je comprends qu'à un moment donné il y a une question d'assurer une certaine fluidité puis de ne pas alourdir le texte. Dans une proposition qu'on avait, on avait tout simplement ajouté : «Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal. Ils ne hâtent ni ne retardent la mort.» Mais je comprends que ça peut être un petit peu lourd. L'objectif en fait derrière tout ça, c'est que le soin palliatif n'a pas comme objectif de hâter ni de retarder la mort.

Ce n'est pas de l'acharnement thérapeutique et ce n'est pas parce qu'il y avait une volonté très claire, manifestée, entre autres, par les différents professionnels qui oeuvrent en maisons de soins palliatifs, de distinguer les soins palliatifs de l'aide médicale à mourir, vraiment établir une distinction à l'effet que ce n'est pas la même chose. Et je crois que l'amendement qui est suggéré le précise. Donc, pour moi, ça va, là, même si... Dans le fond, c'est une question de sémantique, puis l'intention est la même.

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

Mme Hivon : ...le coeur de l'intention est vraiment là, et effectivement on a voulu être le plus fluide et que tout ça s'intègre comme une définition. Donc, voilà.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires à l'alinéa 4°? Est-ce qu'il y a d'autres commentaires à l'article 3 tel qu'amendé?

Mme Vallée : ...sur l'article 3, M. le Président. Je ne sais pas si... Bon, la ministre nous indiquait qu'il n'y avait pas d'amendement à la définition d'«aide médicale à mourir». À cette étape-ci, je déposerais l'amendement, de sorte

qu'à tout le moins la proposition d'amendement sera consignée. Et je vais lire l'amendement qu'on a rédigé. Donc, à l'article 3, c'était...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau, est-ce que vous pouvez faire la même chose et déposer l'amendement pour copie pour tous les membres de la commission?

Mme Vallée : Oh! Oui. Désolée.

M. Bolduc (Jean-Talon) : En toute équité, les mêmes règles des deux bords.

Mme Vallée : Oui, oui, oui. Je suis désolée.

Le Président (M. Bergman) : Je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 16 h 38)

(Reprise à 16 h 42)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la députée de Gatineau a déposé un sous-amendement à l'amendement à l'article 3. Mme la députée, pouvez-vous nous lire votre sous-amendement?

Mme Vallée : Oui. Alors, M. le Président, suite à nos échanges de vendredi dernier, on souhaitait proposer la définition suivante pour l'aide médicale à mourir. Alors, «aide médicale à mourir... Pardon. Alors, on remplace le sixième paragraphe par le suivant, donc :

«6° "aide médicale à mourir" intervention pratiquée par un médecin qui vise à provoquer le décès d'un patient en fin de vie, à la demande de celui-ci et afin de mettre fin à ses souffrances.»

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée, commentaires sur votre sous-amendement.

Mme Vallée : Oui. En fait, bien, ça fait suite aux différents échanges que nous avons eus et aux différentes définitions également qui ont été lues.

Donc, selon ce que nous comprenons de l'aide médicale à mourir, ça s'apparente davantage à une intervention qui est pratiquée, parce que l'objectif n'étant pas de soigner. Et il y a aussi le concept de mettre fin aux souffrances, c'est-à-dire qu'on ne soulage pas les souffrances. Comme l'acte médical à mourir entraînera le décès d'un patient, c'est un petit peu utopique de dire qu'on soulage les souffrances. En fait, on les soulage de façon éternelle. Donc, dans ce contexte-là, je pense que c'est tout à fait à propos d'indiquer que l'aide médicale à mourir a comme objectif de mettre fin aux souffrances du patient. Ça n'enlève absolument rien à tout le formalisme et à l'importance de cet acte-là, de cette intervention-là. Et donc, compte tenu également de la finalité, c'est le soin ultime, bien, à ce moment-là, on trouvait qu'il était plus à propos, compte tenu des différentes définitions dont nous avons fait la lecture vendredi... Puis je ne referai pas toute la lecture des définitions, je vais plutôt référer les gens qui nous écoutent à nos travaux de vendredi. On trouvait que le terme «intervention» était plus à propos que le terme «soin», donc. Puis après ça, bien, c'est pas mal les mêmes termes que la définition que nous retrouvons à l'amendement déposé par la ministre, tout simplement des mots placés différemment à l'intérieur de la phrase.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, commentaires?

Mme Hivon : Alors, ça va ressembler à notre discussion de jeudi dernier. Mais, écoutez, on y a réfléchi, et je dois dire que je suis... autant moi que l'équipe, on est restés avec la définition qui est là. Et ce n'est pas par manque d'ouverture, ou tout ça, c'est vraiment parce qu'on pense que c'est la meilleure définition.

D'abord, j'estime que la définition qu'on propose se place vraiment de la perspective du patient, de la personne, et, pour moi, ça, c'est très important. C'est une loi pour les soins de fin de vie, pour les personnes en fin de vie, et je pense que c'est important que ça se reflète dans ce qui est prévu dans la loi. Donc, quand on parle de la perspective du patient, évidemment, quand on parle du soin, c'est plus la perspective du patient, alors que, quand on parle d'une intervention, c'est plus la perspective de celui qui la pratique, qui est le médecin.

L'autre élément, je vais me répéter, mais je vais faire une petite synthèse, à l'alinéa 3°, on parle bien que les soins de fin de vie, ce sont les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir, donc. Parce que certains disaient : Les mots ont un sens. Effectivement, les mots ont un sens. Ce sont des soins de fin de vie, donc c'est important de rester, par cohérence, avec cette notion de soins et de ne pas en déroger pour arriver avec quelque chose qui serait plus spécifique ou sujet à interprétation divergente. L'alinéa 3° est clair, donc les alinéas 4°, 5° et 6°, parce qu'on le répète à chaque fois, doivent l'être aussi. Le but d'avoir des définitions, c'est un grand pas que nous faisons. On a entendu ce que l'opposition nous a demandé, ce que d'autres groupes, évidemment plusieurs, ont demandé, et je pense que, oui, c'est une bonne chose, on a évolué là-dessus. Et je pense aussi que la cohérence dans le propos est importante à l'intérieur de nos définitions, ce qui est le cas avec ce qu'on propose et avec le parallèle avec le Code civil, qui apparaît aussi très important.

Je pense que l'idée de bienveillance ressort de la définition actuelle parce que cette idée-là, elle est au coeur aussi de notre loi. Et, pour ce qui est de la question du soulagement des souffrances, là, j'y tiens, ça aussi. En fait, notre définition, elle est très, très, très largement inspirée de Me Chalifoux, de l'Institut de planification des soins, qui avait présenté une définition, et on l'a... On a regardé tout ce qui nous a été présenté, attentivement. Et on trouvait que c'était une très bonne définition. Pourquoi cette idée-là, elle est importante? Je reviens à la philosophie du projet de loi. C'est vraiment l'idée d'un continuum. Donc, on est sur un continuum de soins. Évidemment, on est dans une logique de soins et on arrive dans une situation exceptionnelle de souffrances exceptionnelles, avec des circonstances excessives claires, balisées, encadrées, où on n'est pas capable de soulager la personne autrement. Et notre perspective, elle est un but de soulager la personne. La conséquence, c'est le décès de la personne, mais le but n'est pas le décès de la personne. Puis là on pourrait s'obstiner pendant des heures. Mais moi, je trouve ça fondamental parce que c'est ce qui fait que toute cette loi-là tient ensemble et c'est ce qui fait que toute cette idée de continuum là est là. C'est ce qui fait que le Collège des médecins nous a demandé d'intervenir, dans un premier temps, à l'automne 2009, c'est de dire : Il y a des circonstances où on n'est pas capable de soulager la personne, et la seule manière d'y arriver, c'est d'avoir ce soin exceptionnel qui est l'aide médicale à mourir.

Donc, pour toutes ces raisons, je plaide pour que nous conservions la définition initiale.

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

• (16 h 50) •

Mme Vallée : Je comprends ce que la ministre explique. Pour moi, il est difficile d'y souscrire, parce qu'on ne soulage pas les souffrances, c'est vraiment... Je comprends, là, qu'on peut en faire... c'est certain qu'on peut en faire un débat philosophique, mais, pour moi, soulager les souffrances, c'est qu'après il n'y aura... c'est que la personne... on soulage les souffrances de quelqu'un qui est toujours en vie. Lorsque l'on administre la mort, lorsqu'on administre une substance qui aura comme effet de provoquer la mort ou le décès du patient, on y met fin, à ces souffrances-là, et ce n'est pas moins... Et le patient, à mon avis, demande qu'on mette fin à ses souffrances, veut en finir, de ses souffrances. Donc, qu'est-ce qui est si terrible que de dire : On met fin aux souffrances, ce n'est pas moins humain, ce n'est pas moins... On n'a pas moins de compassion parce qu'on utilise «mettre fin aux souffrances» que de «soulager les souffrances». Il y a tout autant de compassion, il y a tout autant d'humanisme dans l'acte que dans le geste qui est posé. Évidemment, c'est à la demande de la personne, ça se fait dans un contexte encadré, dans un contexte extrêmement respectueux. Mais ce n'est pas moins respectueux de mettre fin aux souffrances d'un individu qui est dans un état tel que toute autre avenue est complètement repoussée du revers de la main.

Donc, à cet égard-là, pour moi, mettre fin aux souffrances à travers les soins et dans le continuum des soins... Parce que la sédation palliative, si on le prend dans le continuum de soins, la sédation palliative va soulager la souffrance. La personne va être mise sous sédation et ne sentira plus cette souffrance-là. Donc, à cet égard, si on utilise encore les termes «soulager la souffrance», je me dirais : Bien, à ce moment-là, qu'est-ce qui fait qu'un individu ferait le choix d'opter pour l'aide médicale à mourir plutôt que la sédation continue? La sédation continue a vraiment comme objectif de soulager la souffrance du patient. L'aide médicale à mourir, c'est l'autre étape, c'est : Je n'en peux tellement plus que je veux mettre fin à ma souffrance, je ne peux même pas concevoir la sédation continue, la sédation palliative continue parce que ma souffrance est telle que je ne veux même pas prendre le risque d'être mis sous sédation. Moi, c'est comme ça que je le vois, là, bien honnêtement. Et, comme on est justement dans ce continuum de soins là, on a les soins palliatifs ou on a cet accompagnement-là, on a la sédation continue.

Et là on a l'alternative qui est ce nouveau soin, cette nouvelle intervention qu'on va introduire par l'article 26, qui est de poser un geste qui va provoquer le décès. Pourquoi on provoque le décès? Pas parce qu'on veut soulager la souffrance, parce qu'on veut y mettre fin, à la souffrance. La personne qui demande d'avoir recours à l'aide médicale à mourir ne voudra pas souffrir, ne voudra pas soulager, ne voudra pas prendre un risque. C'est irréversible. Et donc je pense que, dans un contexte où on veut s'assurer du consentement libre et éclairé, bien, de prévoir à la définition que ce soin-là... Disons qu'on prend le terme «soin», là. Ce soin-là, c'est un soin qui met fin à la souffrance. Et, pour moi, ça détermine clairement. Je pense que ça précise davantage, parce que, si on maintient les termes «soulager la souffrance», je crains qu'il puisse y avoir confusion et qu'on ne reconnaisse pas l'impact de l'aide médicale à mourir. Puis, comme je l'ai si souvent dit, c'est hyperimportant que la personne qui va faire cette demande-là, qui va la répéter, qui va avoir des échanges avec son médecin comprenne la finalité entraînée par l'intervention, par le soin dont elle aura fait la demande. En fait, c'est l'objectif. Et puis après, bien, on revoit... C'est sûr que le comité d'experts aussi nous avait formulé une suggestion.

Et je reviens aussi aux définitions, ce que signifient les mots, les pages 17 et 18 du rapport de la commission. Alors, pour notre définition, notre suggestion s'est inspirée des termes utilisés aux pages 17 et 18 du rapport de la commission. On s'est inspirés aussi de différentes suggestions qui ont été faites, tout en maintenant cet objectif de bien définir ce dont il sera question lorsqu'on parlera d'aide médicale à mourir.

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

Mme Hivon : Écoutez, je respecte le point de vue de la collègue qui fait un plaidoyer éloquent. Mais moi, je pense que ce n'est pas désincarné d'une philosophie, d'une réalité, d'une... Pourquoi on est en train de faire cette loi-là, là? C'est au coeur de ce qu'on est en train de mettre dans cet article-là, dans l'article 3.

Et pourquoi on fait cette loi-là? C'est parce qu'on veut être capables d'accompagner jusqu'au bout. Qu'importent la complexité des besoins, la réalité de la personne, ses souffrances, ses souffrances réfractaires, on veut être capables d'avoir une réponse. Ce n'est pas une rupture, c'est une réponse dans un continuum. Et, si on prend, vous savez, cette logique-là, la sédation, qui est le fait de... Je relisais, là. Parce qu'on a un plaidoyer de Georges C., qui avait été fait dans

Le Soleil. Deux fois, il a interpellé via les médias. Il était en fin de vie puis il demandait que le projet de loi n° 52 soit adopté, puis, la sédation, on lui présentait ça comme : On va t'endormir, comme on le dit ici, là, jusqu'à ce que tu décèdes. Ce n'est pas ça que lui, il souhaitait. Il faut aussi savoir qu'il y a des situations où la sédation n'est pas opportune, comme dans des maladies neurodégénératives où ce n'est pas une question de jours, où ce n'est pas la bonne pratique, on n'est pas dans les circonstances. La sédation est plus là pour des cancers vraiment très, très avancés. Et donc c'est vraiment une option supplémentaire, l'aide médicale à mourir, pour pouvoir venir soulager les souffrances d'une personne en fin de vie. Parce que la personne, je le redis... Puis il y a des gens qui nous l'ont dit éloquemment, dont les infirmières, qui sont venues, d'Entraide Ville-Marie. Ils nous ont dit : Les gens, ils ne nous disent pas : Vous savez, je veux mourir, ils disent : Je veux que vous me soulagiez, je n'en peux plus, je n'en peux plus. Donc, c'est de soulager en entraînant le décès, là.

Moi, je pense qu'il n'y a pas d'ambiguïté. En tout cas, il n'y a pas d'ambiguïté dans la définition qu'on propose. À mon avis, c'est très clair. Mais il y a cette idée de continuité, il y a cette idée que la volonté, c'est de pouvoir soulager la personne. Donc, voilà ce que je voulais ajouter. Et je pense aussi qu'à l'article 26 c'est très clair, les souffrances sont au cœur des critères, c'est au cœur de toute la logique. En Oregon, dans des États américains, ce n'est pas la souffrance, là, je le dis souvent, c'est d'être en fin de vie. Nous, c'est important d'avoir les deux. La souffrance, c'est fondamental, donc on le retrouve là aussi, le soulagement de la souffrance.

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

• (17 heures) •

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Mais je voudrais un peu rajouter ce que... ce à quoi j'ai mentionné vendredi dernier.

Effectivement, l'esprit de la loi est vraiment dans le sens de répondre à des demandes de patients qui ne sont pas soulagés en fin de vie. Et je pense que les demandes ont été très claires de la part des différents groupes qui sont venus en commission, que ça ne soit pas une intervention de la part d'un médecin mais bel et bien à la demande d'un patient. Et, quand on parle d'intervention, les synonymes sont clairs, c'est «une intrusion», c'est «interposer son autorité». Alors, moi, le terme «intervention», pour moi, j'ai un malaise avec ça, parce que, dans le fond, on veut rassurer... Je me souviens des groupes de handicapés qui avaient peur que subitement les médecins puissent intervenir, justement, et en leur prodiguant l'aide médicale à mourir sans demander leur consentement.

Alors, je pense que la notion de soins, elle est beaucoup plus rassurante et beaucoup plus claire, quant au soulagement des souffrances, qu'une intervention. Dans le monde médical, l'«intervention», quand on l'utilise, puis le député de Jean-Talon va sûrement être d'accord, on parle souvent d'«intervention chirurgicale». Alors, on parle d'«intervenir», on parle d'«interposer», on parle vraiment... c'est un terme qui est très intrusif. Alors, je pense qu'on doit éviter d'utiliser ce terme-là et qu'on est beaucoup plus rassurants et on respecte beaucoup plus l'esprit de la loi en utilisant le terme de «soin». C'est un soin de fin de vie. On garde en tête que ça demeure une exception pour des gens qu'on n'arrive pas à soulager avec tout l'arsenal de médicaments qu'on a actuellement. Et ça, je pense que, depuis le début, c'était clair, cette demande-là. Et cette commission et ce projet de loi là, entre autres, quand on vient parler de l'aide médicale à mourir, c'était pour répondre à ces demandes-là qui actuellement ne sont pas répondues aujourd'hui.

Alors, sincèrement, «intervention», pour moi, c'est un terme qui est beaucoup trop fort et qui peut amener certaines personnes à craindre l'aide médicale à mourir et à craindre les dérapages. Alors, sincèrement, je pense que, pour moi, «intervention», c'est non négociable, comme on dit, et on devrait demeurer avec «soins», les «soins de fin de vie».

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président. Je reçois très bien tous les commentaires, mais, dans ce cas-là, il se passe vraiment une intervention, c'est-à-dire qu'à un moment donné on décide de procéder et de provoquer le décès de la personne. D'ailleurs, c'est ça qui est dit par la suite : On va provoquer le décès, dès qu'il y a un moment très court où ça va se passer, tandis que, quand on parle de «soins», habituellement on ne sait pas trop, dans le temps, combien ça peut prendre de temps. Entre autres, la sédation palliative continue, c'est quelque chose qui va se prolonger, puis, à un moment donné, la nature va faire que la personne va décéder. Mais, dans ce cas-là, vraiment il y a une intervention, et puis, moi, je vais vous avouer, ce n'est pas philosophique... comme pour bien décrire pour les gens en quoi ça va consister. D'ailleurs, beaucoup de gens nous en parlent, mais, à un moment donné, je le dis, là, on va en voir à la télévision, parce qu'il y a des gens... certainement, ils vont faire des reportages, et les gens vont comprendre que c'est plus intense, là, que juste la sédation palliative continue. Moi, je suis d'accord qu'on pourrait le considérer comme un soin, là. Il faut juste savoir comment on va le rédiger. Mais, je pense, ça serait intéressant d'avoir dans la définition... de dire que ça, c'est vraiment une intervention qui va être pratiquée par un médecin. Quand on parle de sédation, quand on parle des autres éléments, souvent c'est l'équipe interdisciplinaire qui va procéder. Mais là c'est un geste, ça... puis je dois dire que c'est chirurgical, mais c'est un geste très, très médical que l'on fait, je vais vous donner un exemple, c'est comme une intervention : tu poses un pacemaker. Ça, ça sauve des vies, mais c'est un geste qui est posé à un moment donné et non pas quelque chose qu'on laisse aller dans le temps.

Moi, je pense que, si on était capables, un, d'avoir une définition, dans laquelle on se rallierait tous, unanime, ça serait l'idéal. Moi, je pense qu'on devrait chercher quelque chose dans lequel on pourrait retrouver «soins» et «intervention» dans la même phrase, là. Puis peut-être que la ministre peut... ou son équipe pourrait nous faire une suggestion par rapport à ça, et on va collaborer.

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

Mme Hivon : Bien, en fait, il y a deux éléments. On le dit, c'est quoi, le soin. On le dit, en quoi il consiste, c'est l'administration par un médecin. Donc, la réalité à laquelle... la différence avec la sédation palliative, je pense qu'elle est assez claire. Dans l'autre, on ne parle pas que c'est par un médecin. Évidemment, on ne parle pas que ça entraîne le décès. Moi, je veux juste comprendre c'est quoi, le problème de parler de soins. Je veux dire, c'est ça, le cœur du projet de loi. C'est un continuum de soins. C'est ça, le principe. C'est à l'article 3, on le dit. Pourquoi il y aurait un problème, rendus à l'article 6?

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est réciproque. Nous autres aussi, on aimerait comprendre pourquoi on ne peut pas mettre un mot comme «intervention», qui est vraiment, je pense... «Administrer», on sait que c'est administrer quelque chose, mais il y a une intervention qui se produit au sens plus général que juste administrer un médicament. Donc, on a un problème de non-compréhension, mais je pense que, comme tout bon groupe, on va devoir s'approprier et voir comment on peut faire pour en arriver à une définition commune qui satisfait tout le monde. Mais je pense qu'on peut retrouver dans la même phrase «un soin» qui est une intervention, qui consiste à administrer... Il y a peut-être quelque chose là, là, qu'on pourrait explorer. Puis une décision qui est unanime est toujours plus agréable, surtout pour ce sujet-là, qu'une décision partagée.

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

Mme Hivon : Je suis tout à fait d'accord avec le député, mais je pense que parfois... Ce n'est pas parce qu'on n'a pas réfléchi, là, mais on dit «consistant en l'administration». Donc, c'est ça, on administre. Et puis, moi, je suis sensible à ce qui est dit par la collègue de Groulx, là, «une intervention»... Puis, je le répète, là, ce n'est pas la même perspective, on est... C'est le geste médical. C'est ça. C'est le geste du médecin qui fait son intervention. Ce n'est pas ça. Ça vient de la demande de la personne. Donc, c'est un soin. On dit c'est quoi, le soin, on dit la conséquence du soin. Donc, moi, je pense qu'on doit rester avec cette définition-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, en éthique, lorsqu'on arrive sur un sujet aussi délicat et complexe... Je pense, ça demanderait que, si on n'est pas capables de trancher ce soir, on pourrait suspendre l'article puis revenir là-dessus à un moment donné. Mais je pense que nous autres mêmes, on doit... c'est nous qui devons refaire une réflexion. Puis, j'insiste, j'aimerais autant qu'on ait une définition unanime. Parce que, juste pour vous dire, dans tout le projet, même si on trouvait que les soins palliatifs, c'est très important, on reconnaît ça, il reste que le grand changement pour la société, ça va être l'aide médicale à mourir, et ça, je pense qu'il faut... Moi, j'aurais proposé qu'on ne prenne pas de décision ce soir, là, puis je pense que ça va nous aider à réfléchir.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, est-ce qu'il y a... Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Je voudrais juste intervenir dans le sens où, quand on parle de «soins», on réfère à la médecine, à un geste médical, alors que, quand on parle d'«une intervention», ce n'est pas nécessairement médical.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, «intervention» n'exclut pas que c'est médical. De toute façon, dans le libellé, c'est nécessairement «fait par un médecin». Ça fait que je pense que ça clarifie que c'est une intervention qui va être faite par un médecin. Mais moi, je proposerais... parce que c'est vraiment important, là, puis entre nous on va devoir peut-être en discuter, puis il faut se laisser un peu de temps pour y penser.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a consentement pour suspendre l'étude de l'amendement à l'article 3 et de suspendre l'article 3?

Mme Hivon : Bien, en fait, M. le Président, je pense qu'on y a réfléchi. Donc, c'est sûr que, là, tout le monde est mal à l'aise. On veut la plus belle unanimité, la plus belle collaboration. Moi, je ne suis pas certaine qu'on va avoir tout le temps la totale unanimité pour les 70 articles. On y travaille très fort. Il n'y a pas une grosse différence, on se comprend, entre votre position, notre position puis la position de la deuxième opposition. Mais je pense aussi qu'à un moment donné il faut trancher. Puis ce n'est pas la fin du monde non plus, là. J'ai été dans l'opposition, on en gagne... Puis moi, je veux dire, on fait plein de modifications, je pense qu'il y a un bon climat d'ouverture, mais, à un moment donné, c'est une question... «soins», ça m'apparaît opportun que ça soit «soins», et c'est cohérent avec l'ensemble du projet de loi.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Orford...

M. Reid : Bien, M. le Président, moi, je...

Le Président (M. Bergman) : ...suspendre.

M. Reid : Oui. Je préférerais effectivement qu'on se donne du temps parce qu'il me semble qu'on arriverait à trancher sur des choses où il n'y a pas beaucoup de distance. Puis je vous avoue que, moi, il y a des choses que je ne comprends pas non plus dans votre position, Mme la ministre. Alors, je préférerais qu'on ait toute la chance de se comprendre un peu mieux. Peut-être qu'on pourra réussir à trouver un terrain d'entente. Sinon, bien, il sera toujours temps de trancher. Je pense que le temps à ce moment-là est quelque chose qui est important. Il y en a eu beaucoup. On compte en années le temps, je pense, qui s'est écoulé depuis le début de toute cette opération. Je pense que ce n'est pas quelques secondes de plus qui vont nuire, bien au contraire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Puis ce n'est vraiment pas une question de faire un gagnant ou un perdant, c'est : nous autres, on aimerait avoir le temps de bien réfléchir. Puis peut-être que la ministre va être étonnée, là, qu'on va finir par se trouver un beau terrain d'entente, que même elle va dire : Ah! il me semble que c'est la bonne voie qu'on a prise. Mais je penserais juste, dans un souci de collaboration, là, qu'on... un moment de réflexion. Ce n'est pas un projet de loi technique, c'est un projet de loi, je pense, qui va changer la société. Et le coeur de ce projet de loi là, c'est l'aide médicale à mourir. Ça fait que je demanderais un peu de compassion de la part de la ministre, plus que de la compréhension. On est rendus au moment de la compassion, là. Ça fait que je pense qu'elle va acquiescer.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre, sur la suspension.

• (17 h 10) •

Mme Hivon : Écoutez, sur la foi de notre bonne entente, je vais acquiescer. Je comprends que peut-être que vous voulez faire des discussions plus approfondies, mais je vous encourage fortement à considérer cette définition qui, je pense, autant pour moi... Puis je comprends que la deuxième opposition... Puis je veux aussi dire qu'on a réfléchi à ça, là. Ce n'est pas quelque chose qui arrive, qui s'est fait sur le coin d'une table. Il y a eu tout un travail qui a été fait par la commission, il y a eu tout un travail d'auditions, il y a tout un travail. Donc, il y en a, des points de vue nouveaux qui sont arrivés avec l'équipe des légistes, avec l'équipe du ministère. Et cette définition-là, ce n'est pas moi qui l'ai élaborée, là, c'est les légistes à partir de ce qui leur apparaissait le mieux. Donc, je pense que c'est une excellente définition. Mais je vais nous donner du temps pour qu'on puisse le considérer jusqu'à la prochaine séance, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste pour le plaisir de dialoguer, M. le Président. Je suis d'accord qu'il y a beaucoup de travail qui s'est fait avant, mais la dernière étape, c'est celle-là, ici. Et moi, j'assume toujours qu'il faut passer cette étape-ci et qu'on doit en faire la discussion malgré tout le travail qui a été fait avant. C'est vraiment comme ça qu'on fait des meilleurs projets de loi. Donc, je comprends l'argument de la ministre. Mais, malheureusement, je ne suis pas très compréhensif par rapport à ça. Mais elle va voir qu'on va réussir à se trouver un petit terrain d'entente.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Orford, sur la suspension.

M. Reid : Un tout petit commentaire aussi. J'ai une admiration presque sans borne pour les légistes du gouvernement du Québec, mais je pense que, s'il suffisait d'avoir le meilleur projet de loi avec nos légistes, bien on n'aurait peut-être pas besoin de faire ce travail de député. Or, à mon avis, le travail de député, c'est une des tâches que nous avons les plus nobles de travailler en fonction de ce que nous avons, de ce que nous représentons. Et, dans ce sens-là, je pense que, même si on a certainement quelque chose qui est excellent et très, très bon, puisque nos légistes au gouvernement du Québec... Et j'ai eu, moi aussi, à d'autres occasions, l'occasion de le voir depuis 10 ans. Je pense que, sur certains cas, ça vaut la peine de se donner un petit peu de temps et qu'entre députés on regarde un petit peu plus les choses telles que... enfin, qu'on essaie de concilier les visions que chacun a autour de la table.

Le Président (M. Bergman) : Alors, je suspends le sous-amendement et l'amendement à l'article 3.

Mme Hivon : J'espère que tout le monde a compris, qui nous écoute, que nous prenons le temps qui est requis pour le faire, et c'est correct de le faire, mais on se comprend qu'on n'est pas dans une opération non plus, depuis le début, de passer les choses très rapidement. Donc, je pense que c'est clair, ça doit être clair pour tout le monde, que nous prenons le temps, et nous le prenons encore. Mais, ceci dit, il faut aussi, à un moment donné, aboutir, et poser les gestes, et convenir de certaines choses et convenir, peut-être parfois, qu'on ne s'entendra pas sur certains éléments. Si on peut s'entendre, tant mieux. Mais aussi il faut convenir de ça, je crois.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, collègues, on procède à l'article 13. Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, on va s'amuser, M. le Président, à l'article 13.

Une voix : ...

Mme Hivon : Non, mais on va avoir un vrai dialogue ouvert comme le député de Jean-Talon aime.

Donc, article 13 : «Tout établissement doit offrir à une personne qui reçoit des soins de fin de vie dans ses installations, et dont la mort est imminente, une chambre qu'elle est seule à occuper.»

Alors...

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

Mme Hivon : ...je vous explique. On comprend qu'il y a le mot «imminent», qui était dans la version originale du projet de loi. Donc, c'est pour ça que je pense qu'on va avoir une bonne discussion. La volonté, avec l'article 13, c'est de venir prévoir. C'est des demandes qui nous avaient été faites, dont quelqu'un qui avait même déposé une pétition à l'Assemblée nationale, qui est venu lors des auditions de la commission spéciale pour nous dire à quel point cela avait été très difficile, dans les tout derniers moments de vie de sa conjointe, de devoir partager une chambre, donc, en soins palliatifs. C'est M. Ferenczi, c'est ça...

Une voix : ...

Mme Hivon : ...de l'Estrie et... ou du Centre-du-Québec, enfin. Et donc il a fait toute une démarche. Puis évidemment d'autres personnes sont venues nous parler de cette situation-là.

Donc, le but du projet de loi, c'est vraiment... de l'article 13, c'est vraiment de venir dire, quand la mort est imminente, dans le sens où on pensait... que je pensais, que les légistes... que nous pensions qu'«imminent» devait être entendu, c'est-à-dire qui est très proche de survenir... C'est pour ça que je regardais tantôt mon dictionnaire. Je ne sais pas si vous pouvez me le... je le fais tomber. Donc, c'était l'objectif, de dire que, donc, quand cette mort-là est vraiment sur le point d'arriver, pour des raisons de dignité et d'intimité, on puisse s'assurer que la personne puisse être dans une chambre qu'elle est seule à occuper. J'ai déjà expliqué la nuance : «chambre qu'elle est seule à occuper» n'est pas nécessairement une chambre privée parce que ça pourrait être une chambre double où, par exemple, on déplace quelqu'un, ce qui donne plus de flexibilité. Pour ce qui est de l'organisation des choses, l'AQESSS est favorable. Ils nous ont dit que, pour eux, ce n'était pas quelque chose qui était difficile dans l'application. D'ailleurs, on sait que plus ça va, et plus il ne va y avoir que des chambres seules, là. C'est une volonté qui était là du temps de l'ancien ministre, qui est encore là.

Donc, je dirais que l'embûche, l'élément, là, au-delà du fond, on peut en discuter évidemment, mais c'est de savoir si nous pouvons conserver l'expression «dont la mort est imminente» après qu'on nous ait fait des représentations comme quoi une certaine jurisprudence dans les cas de santé mentale était venue dire qu'«imminent», ce n'était pas si imminent. Et donc nous réfléchissons à d'autres formulations que je pourrai vous soumettre si vous le souhaitez. Mais on peut peut-être faire cette discussion-là. Et, si, du côté de l'opposition, on pense qu'«imminent» demeure la bonne expression, on pourrait aussi, évidemment, vivre avec ça, en expliquant ce qu'on entend. Mais je pense qu'il faut... En tout cas, je suis intéressée à vous entendre sur la question.

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

Mme Vallée : Chose certaine, je pense que le terme «imminent»... je comprends la problématique devant laquelle on est placés, mais en même temps je ne sais pas si on trouvera meilleure expression, d'autant plus qu'on sait maintenant que «phase terminale» n'est pas nécessairement «terminale». Et donc est-ce qu'on avait une idée de ce qu'on entendait? C'est-à-dire, est-ce qu'il y avait une durée, est-ce qu'on parlait de jours, d'heures? À ce moment-là, on pourra le prévoir. C'est encore difficile de l'inclure. Mais, quelqu'un pour qui le pronostic de vie est de moins de cinq jours, de moins de trois jours, est-ce qu'on pourrait le prévoir ainsi, et dans la mesure où tout ça est possible, évidemment? Parce qu'il y a toujours des distinctions. Parce que l'imminence peut effectivement être définie de façon élastique.

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

Mme Hivon : Peut-être juste dire que moi, là, je trouvais qu'«imminent», ça tranchait, là, ça voulait vraiment dire : Vous pouvez être aux soins palliatifs pendant quatre, six semaines, hein? Donc, l'idée, ce n'est pas de créer cette obligation-là de dire : La personne, finalement, elle va être dans une chambre qu'elle est seule à occuper pendant toute sa durée aux soins palliatifs, qui peut se prolonger pendant plusieurs semaines. C'était vraiment de dire : Quand la mort est imminente, dans notre esprit, c'était effectivement une question de jours; d'heures, c'est court, dans le sens où les dernières... vous ne vous mettez pas à transférer quelqu'un ou à organiser en termes d'heures. L'idée, c'est que les derniers moments où vraiment on est, je dirais, dans une situation plus difficile, agonie, derniers moments, famille, les proches avec la personne... qu'on puisse, donc, bénéficier d'une chambre qu'on est seul à occuper.

Donc, «imminent» je peux vous dire... Mais, en même temps, c'est tout le temps notre même problème. On a la définition du dictionnaire, qui est : «Qui va se produire dans très peu de temps.» Moi, je trouve ça très bon parce que je pense que ça dit ce que ça veut dire. Mais ce qu'on a réalisé, c'est qu'effectivement il y a des définitions plus juridiques de jurisprudence. C'est sûr que c'est dans un cadre donné, là, c'est dans le cadre d'une réalité de danger imminent, immédiat de personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Mais je vous le soumetts, là, par souci de transparence, là. Je veux qu'on fasse la discussion. Si on en vient à l'idée qu'«imminent» reste une bonne définition, reste un bon terme, moi, évidemment, je suis à l'aise avec ça, mais je veux que ça soit clairement dit ici, ce qu'on entend par la notion d'«imminent».

• (17 h 20) •

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Ça dépend de ce qu'on recherche. Mais autant la définition légale consacrée par les soins en santé mentale, pour moi, ne veut pas dire «imminent», mais là ils ont été obligés de l'élargir parce qu'il y a une question de risque. Moi, je me souviens, un risque imminent, là, il fallait que tu veuilles te suicider maintenant, là. Si c'était hier, ce n'était pas bon. Ça fait que, ça, je pense que ça a été élargi. Par contre, pour la population, «imminent», c'est vraiment «sur le point de se faire».

Je ne suis pas certain que c'est ça qu'on veut pour nos gens qui vont avoir des soins palliatifs. Moi, de ce que je vois, là, puis je vais vous avouer que c'est à l'oeil comme ça, il faut qu'on parle en termes de... pas de semaines, mais en termes de quelques jours. Puis je pense que, la marge, là, les dernières 48 ou 72 heures, la personne devrait être en mesure d'être seule dans sa chambre, parce que ce n'est pas juste les trois, quatre dernières heures ou au moment qu'elle va mourir qu'il faut qu'elle soit toute seule. Moi, je pense qu'il y a une notion de 48 à 72 heures. Puis on comprend que, si la personne devient avec un semi-coma, bien elle devrait être transférée plus tôt. Il y a une question de jugement de l'établissement. Comme dit la ministre, comme des fois au Québec on a de plus en plus de chambres privées... ou ça n'a pas besoin d'être une chambre privée, ça peut être une chambre double dans laquelle la famille peut aller... moi, je vous dirais, la notion d'«imminent», là, je ramènerais ça plus à une notion : dans les dernières 48, 72 heures, la famille devrait être capable de vivre les derniers moments avec quelqu'un.

Là, les gens vont vous dire : On n'est pas capables de prévoir les 48, 72 heures. Mais moi, j'irais avec un terme, style «dont la mort est prévisible dans les 48 ou 72 heures qui suivent». Je vois que, la ministre, apparemment que c'est les mots qu'elle voulait, mais elle voulait que ce soit nous autres qui les disent, puis c'est correct.

M. Reid : C'est une des définitions.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est correct, là. Là, vous savez, il faut faire attention, ça commence à rentrer dans notre tête, on va avoir des problèmes. Mais elle sait mon objectif maintenant. On ne l'aura pas ce soir, mais on va l'avoir...

Mme Hivon : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mais moi, je pense qu'il faut se trouver un terme, là, pour «dans les 48, 72 heures». Ça pourrait être «prévisible dans les quelques jours». Mais, je vous le dis tout de suite, les établissements, quand on va leur dire ça, il y en a qui vont interpréter ça comme étant «dans la semaine», ce qui est, pour un établissement, avoir un lit qui pourrait être pris par une famille. Parce qu'il faut comprendre que ça peut se faire au détriment d'autres personnes, entre autres des cas urgents, des gens qui sortent des soins intensifs, des cas d'infection. Et, juste pour vous dire, juste les isolements dus à des cas d'infection... Il y avait, aujourd'hui, un article sur le Clostridium difficile, là. Bien, quand quelqu'un a le Clostridium difficile, il va être isolé. Ça prend beaucoup de chambres privées, ça aussi, là, ou des chambres... Ça fait qu'il faudrait juste... Moi, j'aurais cherché quelque chose pour accompagner, style «dont la mort est prévisible», puis il faudrait trouver quelque chose comme «quelques jours», là, puis ça pourrait être assez large, quant à moi.

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

Mme Hivon : Alors, nous avons réfléchi. On utilise «décès», là. C'est juste pour être cohérents. Dans le projet de loi, on utilise «décès». On pourrait dire «et dont le décès est prévisible dans les prochains jours». «Prochains», ça limite à «quelques», donc. Mais je vois la députée de Groulx, là. Donc, elle va avoir des commentaires à faire. C'est sûr que je pense qu'il y a une complexité. On sait tous notre objectif, on sait tous ce qu'on veut, c'est de l'écrire correctement. Je dois vous dire que toute l'équipe s'est cassé la tête beaucoup avec celle-là. De mettre, par exemple, «72 heures», ça fait très mécanique. Donc, on ne pense pas que c'est la solution la plus souhaitable. Donc, «quelques jours», «dans les prochains jours», ça nous apparaissait... Je peux vous soumettre tout ce à quoi on a réfléchi, là. Mais ça peut être «pour la période qui précède de peu son décès». Mais, tu sais, tu es tout le temps avec un flou. «Qui précède immédiatement son décès», on trouvait que c'était trop court. Ça fait que moi aussi, je trouvais que «dans les prochains jours», ça pouvait dire ce que ça a à dire. Mais, bon, il y a toujours un élément de... Puis moi, je pense qu'on n'a pas le choix. Ici comme à l'article 26, mais on va y revenir, c'est sûr qu'on est dans un horizon, et on ne peut pas être dans le détail, détail, là.

Le Président (M. Bergman) : J'ai Mme la députée de Groulx, la députée de Gatineau, M. le député d'Orford. Alors, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Merci. Ma crainte, quand on parle de temps ou qu'on veut évaluer un... Bon. Si on veut nommer un 48, 72 heures, ma crainte, c'est qu'on n'est pas capables de... bon, de dire en combien de temps un patient peut décéder, et là il faut penser à tous ceux qui vont décéder avant ce qu'on avait prévu et qu'eux vont lire le texte de loi, vont dire : Bien, j'avais le droit... elle avait le droit d'être dans un lit privé pendant ses dernières heures, ses dernières 72 heures, puis on n'a pas eu droit à ça, alors que c'est dans le projet de loi. Il faut le voir dans cette situation-là, qui peut amener finalement des gens parce que... pas parce qu'on n'a pas... C'est parce qu'on n'a pas prévu que la mort allait arriver dans les 72 prochaines heures, là, ça peut arriver plus tôt que prévu. Ça peut arriver plus tard, mais ça peut arriver aussi plus tôt. Alors, si on a créé une attente auprès de la population, auprès des gens, de ces patients-là qui sont décédés avant ce qu'on avait prévu, mais eux peuvent revenir puis dire : Mais c'est écrit dans la loi, elle aurait

dû être seule dans sa chambre. Alors, imaginez tout ce que ça implique au niveau de la gestion des hôpitaux. Il faut penser à ça aussi, là, à ce niveau-là.

Alors, moi, je pense que de donner, de définir des heures, des journées, bien, pour ce qui a trait à un décès qui arriverait précipitamment, à qui on n'aurait pas pu donner... pas parce qu'on n'a pas voulu, mais parce qu'on n'a pas prévu au bon moment le décès, et Dieu sait que ça arrive de façon régulière... Alors, je pense que ça serait d'aller dans un terrain assez glissant que de nommer ou de donner des heures, des jours.

Moi, je dirais, dans le monde médical, ce qu'on utilise tout le temps... Puis je sais que tout le monde n'est pas d'accord, mais, quand on parle de mort imminente, ce n'est pas plus clair non plus. Mais, dans le monde médical, on parle de «phase terminale». Mais, si on ajoute «phase terminale de sa maladie»... parce que la phase terminale souvent est associée au cancer, mais elle est aussi dans les cas d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance pulmonaire, on arrive à une phase terminale. Or, si on disait «phase terminale de sa maladie», peut-être que, là, on est plus large. Sincèrement, moi, je pense qu'une chose que je n'ai pas la définition exacte, là... je suis vraiment en réflexion, tout comme vous, mais, s'il y a une chose, je pense, qu'on doit éviter, c'est de donner soit un temps, des jours ou des heures, parce que, malheureusement, souvent ça arrive que le décès survienne plus tôt qu'on avait pu prévoir.

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

Mme Vallée : Je pensais : Est-ce qu'il ne serait pas, à ce moment-là, une bonne idée de prévoir que cette chambre-là sera offerte systématiquement à quelqu'un qui a présenté une demande d'aide médicale à mourir, à quelqu'un qui sera placé sous sédation palliative continue? Dans le contexte, à tout le moins, s'assurer... Parce que, là, ça peut être difficile. Je comprends que parfois, là, identifier le moment du décès, ce n'est pas toujours évident, mais, à tout le moins, on devrait peut-être préciser dans l'article qu'une personne qui a formulé une demande d'aide médicale à mourir aura accès à cette chambre privée là, le prévoir spécifiquement... bien, pas chambre privée, mais chambre qu'il sera seul ou qu'elle sera seule à occuper. Même chose pour quelqu'un qui sera placé sous sédation palliative continue, parce qu'on comprend que la sédation palliative continue n'est pas nécessairement un état qui sera maintenu pendant six mois.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Orford.

M. Reid : Oui. M. le Président, cet article-là porte presque un nom, le nom de M. Ferenczi, et ça vaudrait peut-être la peine en quelques instants de rappeler un petit peu qu'est-ce que c'était, le témoignage extrêmement émouvant de M. Ferenczi et qui soulignait, parce que c'était son épouse qu'il avait accompagnée, et qui soulignait que le fait de devoir cohabiter avec une autre personne qui est dans un état semblable cause deux problèmes. Le premier problème, c'est celui de devoir vivre, avec l'autre personne qui est dans la même chambre, la fin de sa vie, avec toutes les émotions, les confidences de la famille, etc., alors, sachant que ton tour s'en vient dans quelques jours, quelques semaines. Et donc, là, ça, c'est un élément, disons, qui a été retenu d'ailleurs dans le rapport.

L'autre élément, c'est que, si tu sais que tu n'es pas seul, à deux dans un couple, là, comment veux-tu te sentir à l'aise pour rappeler des détails, parfois des détails très privés de ta vie, des expériences? Et tu es à quelques heures de la mort, et donc il y a une impossibilité de quelque chose qui pourtant est tellement naturel et qui est tellement un besoin. Et, vous avez vu, j'en suis encore ému. Et il me semble que, quand on parle de quelques jours, on répond à cette question-là des deux côtés, autrement dit, quelques jours de possibilité de pouvoir avoir cette confidentialité, cette... Et, d'autre part, il me semble qu'effectivement l'intervention de... la dernière intervention qui a été faite, l'aide médicale à mourir, ça serait effectivement un cas intéressant parce que ça veut dire que... est-ce que tu peux, avant d'en arriver là, avoir aussi quelques heures? Donc, préciser peut-être un peu plus. Parce que, là, on sait qu'est-ce qui va arriver et probablement à quel moment. Mais, au niveau de la sédation palliative continue, bien c'est quelque chose qui est totalement différent de la demande de M. Ferenczi parce que, là, tu n'es pas conscient en fait de ce qui se passe. Donc, c'est peut-être une... ça se pose moins comme question à ce moment-là.

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

• (17 h 30) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bon, un, c'est un sujet qui est très humain, très important, puis, même si on veut... Ça, là, sur le principe que tout le monde devrait avoir les soins équivalents, là, indépendamment de leur maladie, la fin de vie, là, c'est une situation particulière au même titre qu'un accouchement est une situation particulière. Donc, il faut déjà dire qu'il faut traiter ça comme une exception par rapport au principe de hiérarchisation.

Deuxièmement, on ne pourra pas tout prévoir les cas de figure, puis je vais vous donner un exemple. Quelqu'un qui arrive en ambulance à l'urgence puis qui décède trois heures après, tu sais, c'est irréaliste de penser qu'on va lui trouver une chambre en haut. Puis donc ça, je vous dirais que l'exception... Si la personne n'était pas satisfaite, il peut y avoir des explications qui vont être données. Ce qui est inacceptable, c'est quand quelqu'un arrive à l'urgence et est gardé 72 heures en sachant qu'elle va décéder, la personne, dans les 72 heures et que tout le monde dit : Il n'y a pas de lit dans l'hôpital, puis on ne peut pas rien faire. C'est ça, les cas qui ne sont pas acceptables.

L'autre élément, moi, je pense qu'il y a trois choses. La première chose, c'est certain, puis je pense qu'il faudrait le mettre dans la loi, même si ça a l'air évident, là, l'aide médicale à mourir, là, ça se fait dans une chambre dans laquelle la personne est seule. Il n'y a pas de famille autour, là, pas d'autre famille que la sienne. Deuxièmement, moi, j'irais jusqu'à dire : La sédation palliative continue, pour le temps que ça dure, je ne pense pas qu'on puisse avoir une sédation palliative continue avec d'autres personnes, parce que les gens savent qu'en pratique c'est une personne qui est inconsciente, qui va décéder, et la famille vit des moments extrêmement émouvants.

La troisième chose, puis je comprends l'argument de ma collègue de Groulx, là, on ne pourra pas tout prévoir, mais je pense que, si on est capable d'offrir quelques jours aux gens pour vivre ce moment très intime qu'est la fin de vie, on devrait le prévoir dans la loi. Je vais vous donner une théorie, là : si on ne le met pas, les gens vont trouver, des fois, des façons de passer à côté parce qu'il y a toujours d'autres urgences dans un établissement. Mais, dans un autre côté, comme législateurs, si on pense que c'est si important, qu'on le mette, puis qu'ils s'organisent. Moi, je vais vous le dire, l'AQESSS, ils étaient d'accord avec ça. Et puis moi, je pense que c'est un moment tellement important. Puis on défend le patient, là, on défend les gens, et tous, dans nos familles, on va être appelés à vivre ça un jour ou l'autre. Bien, c'est certain que, dans un hôpital, vous savez, tel cas... l'urgence, tu vas avoir le cas également de l'infection et tu vas avoir également le cas des gens qui sont en fin de vie. Mais moi, je le mettrais comme contrainte. Et, si on ne le met pas... en le mettant comme contrainte, ils vont être obligés de trouver des solutions. C'est un peu radical, mais je pense que pour le bien des gens on doit faire ça.

Plus j'y pense, là, je pense que je me rallierais, là, à l'idée, là, «prévisible dans les prochains jours». Puis ça, à ce moment-là, ça nous donne une marge de manoeuvre puis, au niveau de l'établissement également, ça donne une marge de manoeuvre. Et on sait qu'il y a des gens qui ne sont pas prévus de décéder, qui vont décéder rapidement, mais il y en a d'autres parfois que ça va durer un peu plus longtemps. Mais le gros bon sens nous demanderait peut-être d'aller vers la notion de «prochains jours», parce qu'«imminent», «dans les quelques heures qui suivent», là, ça ne fait pas des belles morts.

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

Mme Hivon : Oui. Première des choses, pour répondre à la députée de Groulx, évidemment «phase terminale», compte tenu des définitions qui existent, qui peut aller jusqu'à deux ans, je pense qu'on serait un peu... on serait dans le trouble. Donc, il y aurait des gens très heureux, mais je pense qu'il y aurait des administrateurs d'hôpitaux un peu moins heureux.

Pour ce qui est de la question des poursuites, ce que je me dis, c'est qu'en fait, évidemment, plutôt que ça soit «tout établissement doit offrir à une personne», ça pourrait être «doit offrir à une personne qui le demande». Donc, je fais juste la nuance, là, dans le sens que ce n'est pas une obligation. Il faut que vous le demandiez à partir du moment où vous savez votre... je lance ça, là, vous savez ou votre proche sait que votre mort est imminente, dans le sens où on le comprend, donc qu'elle devrait survenir dans les prochains jours. On doit donc vous offrir cette chambre. Donc, peut-être que c'est une manière de répondre à cette préoccupation-là. Évidemment, c'est basé sur un... Je me demande, là... ça, il faudrait le regarder, mais je me demande vraiment si a posteriori quelqu'un aurait une... je dirais, une base de contestation pour dire : Mon épouse est morte dans les 24 heures, mais on pensait qu'elle en avait pour deux semaines. Il y a eu une erreur, elle aurait dû... Donc, je comprends, mais je me demande, dans le réalisme des choses, si c'est quelque chose qui est possible. Mais on va y réfléchir. Mais ce que je dis, c'est qu'en tout cas il pourrait y avoir cette balise-là que la personne le demande si... on se comprend, là, si c'est une... Il faut que vous le demandiez. Donc, ça vient mettre une balise.

Pour ce qui est de la question de l'aide médicale à mourir puis la sédation palliative, je veux juste vous soumettre quelque chose, là, pour moi, ils sont dans la même catégorie, c'est-à-dire qu'ils reçoivent des soins de fin de vie, ce sont des soins de fin de vie, et on aurait le même critère. C'est-à-dire que, si, votre demande de l'aide médicale à mourir, vous la faites, je ne sais pas... c'est deux semaines avant que ça se produise, ça serait... en tout cas, vous entamez le processus ou je ne sais trop, là, puis vous la répétez, tout ça... En fait, il faudrait juste s'assurer en toute équité encore une fois que quelqu'un n'amorcerait pas un processus, vous me suivez, de demande d'aide médicale à mourir en se disant : Bien là, je vais avoir ma chambre. C'est surréaliste un peu, là, mais il faut juste être conscient... on ne veut surtout pas être dans des effets pervers, là, de : Ah! je vais commencer le processus, je ne suis pas obligé de toute façon d'aller jusqu'au bout, puis ils vont me donner ma chambre que je vais être seul à occuper. Moi, en tout cas, par prudence, je resterais pour cet aspect-là... je pense que «soins de fin de vie», ça les comprend. On aurait notre critère de temps qui fait en sorte qu'importe c'est quoi, des soins palliatifs réguliers, une sédation, l'aide médicale à mourir, tu aurais droit à ta chambre que tu es seul à occuper quand le critère temporel auquel on va venir serait rempli. Donc, pour ça, je n'irais pas trop dans le détail, je resterais avec la notion de soins de fin de vie.

Puis moi, je suis d'accord avec la députée de Groulx, dans le sens que je pense que l'idéal, c'est toujours d'avoir un terme. Si on le trouvait, le mot parfait, je pense que ce serait ça. Et on pensait qu'on l'avait avec «imminent», mais est-ce que c'est vu comme trop court ou trop long? Je ne le sais pas, là. Je sens qu'il y a peut-être des réserves du côté du député de Jean-Talon. Mais c'est sûr qu'à partir du moment où tu es dans la prévisibilité ça rend les choses plus complexes. C'est pour ça qu'une autre possibilité, c'était aussi «pour la période précédant de peu son décès», là. Donc, c'est une autre possibilité.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...«imminent» en médecine, là, la personne, elle va faire son arrêt dans quelques minutes, là, il y a vraiment cette notion d'imminence. À part d'«immédiat», l'étape avant, c'est «imminent», ça fait que ce ne sera pas un terme... ce n'est pas un terme même sur plusieurs heures. Ça fait que moi, je suis un petit peu réticent. Je suis hésitant également à ce que les gens le demandent parce que vous allez avoir deux phénomènes pervers. Le premier, c'est que, dès qu'ils vont entrer... hein, les gens se parlent entre eux autres, là, dès qu'ils vont rentrer, ils vont le demander, et là ça va mettre une pression sur l'établissement, dire : Bien, ça veut dire quoi, en termes de... Puis «une semaine», ça va être trop long pour ces gens-là.

Le deuxième phénomène pervers, c'est que, si les gens ne connaissent pas le système, il y a des établissements qui... puis c'est fait comme ça, il y a des établissements qui, pour eux autres, s'ils ne l'ont pas demandé... il serait justifié

de ne pas le donner. Ça fait que moi, j'aime mieux la formulation comme elle est là, vivre avec. Et moi, je pense, c'est juste la question du temps. Je dirais plus «dont le décès est prévisible dans les prochains jours», prochains jours étant deux jours, trois jours, quatre jours, mais plus que 24 heures. Je comprends la restriction, mais là on va être obligés de vivre avec un compromis, là.

Mme Hivon : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Pas entre nous; avec le temps. Avec le temps. Je tiens à le dire, c'est avec le temps.

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

Mme Hivon : Bien, écoutez, je ne sais pas si, la proposition, on pourrait y revenir en tout début. Moi, je voudrais juste qu'on vérifie la question du risque que ça peut créer. Je pense que c'est quand même une préoccupation importante, du risque que ça peut créer. Donc, on peut y revenir en tout début de séance ce soir, puisqu'on se revoit à 19 h 30, et poursuivre avec un prochain article.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau, suivie du député de Jean-Talon.

Mme Vallée : Avant de poursuivre avec un prochain article, simplement pour pouvoir faire l'ensemble de la discussion, on a parlé beaucoup du critère temporel, mais il y a un aspect qui avait été soulevé par la Protectrice du citoyen, c'est-à-dire de s'assurer que cette chambre-là soit mise à la disposition du patient sans frais. Et donc Mme Saint-Germain nous avait recommandé d'ajouter dans le texte les mots «sans frais» entre «tout établissement doit offrir» et «à une personne», c'est-à-dire «tout établissement doit offrir sans frais à une personne qui reçoit [les] soins de fin de vie dans ses installations», donc que ce critère-là... que cette offre-là ne soit pas assujettie à des frais additionnels. Je pense que ce serait surtout dans une situation où peut-être les seuls emplacements disponibles, les seules chambres disponibles seraient des chambres privées qui habituellement font l'objet d'une facturation supplémentaire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Seulement qu'un commentaire : Je suis content que la ministre a la même stratégie que nous, c'est-à-dire d'épouser le temps pour prendre des meilleures décisions.

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

Mme Hivon : ...

Le Président (M. Bergman) : Il y a une expression en anglais : «What's good for the goose is good for the gander.» Mme la ministre.

• (17 h 40) •

Mme Hivon : Mais on l'a fait plusieurs fois pour d'autres articles et, pour l'article 3, on l'a fait pour plusieurs jours. Donc, on s'est quand même donné déjà beaucoup de temps. L'article, écoutez, oui, la difficulté... O.K. Tel que l'article est écrit en ce moment, vous n'auriez pas de frais à payer parce que c'est une obligation d'établissement de vous offrir la chambre. Donc, vous n'auriez pas de frais supplémentaires à payer.

C'est une nuance importante parce que, si vous, en entrant aux soins palliatifs ou en entrant à l'hôpital, comme c'est le cas actuellement, vous avez fait une demande expresse d'être dans une chambre privée parce que vous avez des assurances, parce que vous voulez payer, bien là, évidemment, vous payez. Vous l'avez demandé en sachant très bien qu'il y aurait des frais, donc ça va aller jusqu'au bout du processus. Donc, évidemment, c'est le cas à l'heure actuelle, ça serait le cas. Ce qui est souhaitable, et c'est ce qui va de soi avec ce qui est écrit là, c'est qu'évidemment, si vous étiez dans une chambre double, une chambre quadruple et qu'on vous transfère, tel que c'est maintenant prévu, on ne vous chargera pas parce qu'on ne facturera pas le fait que vous êtes maintenant soit dans une chambre privée ou dans une chambre que vous êtes seul à occuper. Donc, c'est pour ça que, la notion de «sans frais» comme telle, de l'écrire, ça causerait tout un casse-tête aux administrateurs d'établissement parce qu'il faudrait qu'ils viennent changer tout ce qui est... En tout cas, il y aurait une rupture dans le fait que la personne a demandé, en toute connaissance de cause, une chambre privée en la payant, et tout ça, et donc c'est pour ça qu'on a fait les vérifications, au ministère. Et on nous dit que, comme c'est libellé, là, il n'y aurait pas de frais, donc, pour la personne, c'est un droit, si elle était une personne qui était dans une chambre double, elle n'avait pas fait cette demande-là d'être dans une chambre privée. Et donc ça serait sans frais.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, on va en profiter, on va essayer de corriger une grande injustice du système de santé.

Une des premières causes de plainte dans les établissements de santé, vous pouvez le vérifier, c'est la tarification des chambres simples. Et il y a beaucoup d'injustice par rapport à ça. Moi, je considère que, si quelqu'un rentre à l'hôpital, veut avoir une chambre privée, il y a deux façons : soit qu'il a des assurances ou il la paie lui-même, la personne va la

payer elle-même. Quand on arrive en fin de vie, pour moi, c'est comme si, dans ce cas-ci, il rentrerait aux soins intensifs. Aux soins intensifs, ce sont toutes des chambres privées, ce qui ne veut pas dire qu'on devrait charger une chambre privée à quelqu'un qui est aux soins intensifs. En tout cas, à ma connaissance, c'est ça, on ne paie pas une chambre aux soins intensifs. Moi, je trouve qu'il y a une iniquité parce que la personne rentre à l'hôpital, décide de payer de sa poche ou il y a une assurance — moi, je ne ferais pas de différence — et cette personne-là, parce qu'elle, elle a pris la décision d'être seule dans une chambre, aurait à payer en fin de vie, alors que tous les autres ne paient pas en fin de vie.

Et, la question que c'est compliqué au niveau administratif, ça se fait déjà comme ça dans les établissements actuellement, c'est-à-dire que les gens contestent, puis ils arrivent à la fin, puis souvent ils ont gain de cause en disant : Regardez, le médecin a prescrit la chambre médicale parce qu'on n'avait pas le choix, c'était une phase terminale, et il y a des mécanismes de contestation qui se font. C'est surtout pour les gens qui paient de leur propre poche, là, parce que c'est quand même des montants d'une centaine de dollars par jour. Moi personnellement, dans un souci d'équité, on est dans une situation où on devrait faire comme règle, tout simplement... c'est qu'à partir du moment que la mort est prévisible dans quelques jours, transférer dans une chambre qu'elle est seule, il n'y a pas de frais qui s'assument. Puis il y a assez de gens dans les hôpitaux qui font la comptabilité que, pour moi, ça ne sera pas un problème. Moi, en tout cas, j'aurais tendance à défendre le droit du patient à la gratuité dans ce cas-là, comme ça a été recommandé.

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

Mme Hivon : En fait, je veux juste soulever : C'est très complexe. Vous avez les personnes qui sont en CHSLD. Les personnes en CHSLD, c'est leur chez-soi. Ils paient. Ils ont une contribution. Donc, évidemment, en ce moment, ils paient jusqu'à la fin de leur vie, là. On ne vient pas dire : Dans les derniers jours, vous ne payez plus. Ils paient ce qu'ils ont à payer. On me dit qu'aux soins intensifs c'est la même réalité à partir du jour un où vous entrez, si vous faites la demande.

Je comprends le point du collègue, mais je pense aussi qu'il y a une question de cohérence aussi. Donc, vous ne mourez pas en recevant des soins de fin de vie, et donc vous payez jusqu'au bout votre chambre. Vous mourez aux soins intensifs, vous payez jusqu'au bout votre chambre. Donc, c'est sûr qu'il y a quelque chose de difficile. Ce qu'on pourrait... On pourrait mettre «sans frais»... Dans la politique sur les soins palliatifs, ça dit «sans frais additionnels». Donc, il n'y a pas de... Donc, ça dit ce que ça a à dire. On ne viendra pas facturer quelqu'un parce qu'on lui offre une chambre en fin de vie. Mais il ne faut pas venir, je dirais, tout désorganiser les CHSLD. Il y a cette réalité-là aussi, là. Je vous la soumets parce que chez nous on a eu une bonne discussion par rapport à ça, là.

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

Mme Vallée : Mais, c'est ça, en fait mon intervention... je vous avais fait part de mon intervention avant l'intervention de mon collègue, mais c'était ça, c'était : À partir du moment où on transfère sans frais quelqu'un, en chambre, seul, comment on peut demander à quelqu'un qui a fait le choix d'être en chambre de payer... bien, comment on peut lui demander de payer pour cette dernière portion là, alors que quelqu'un d'autre ne paierait pas pour avoir cette même intimité là? Et ça revient à toute la question de la hiérarchisation des soins. Donc, certains auront accès... Parce qu'ils sont entrés par une porte, ils ont accès à une chambre qu'ils sont seuls à occuper, pas une chambre privée, là, on s'entend de la distinction, donc, chambre qu'ils sont seuls à occuper, et ça, ça serait sans frais, alors que quelqu'un de mieux nanti devrait payer sa chambre jusqu'au bout. En tout cas, là, ça crée une certaine inéquité. Je sais que ce n'est pas l'intention de créer une iniquité, au contraire, mais force est de constater qu'elle est là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Peut-être que les légistes vont pouvoir répondre à ma question... ou la ministre. En CHSLD, à ma connaissance, la personne, lorsqu'elle rentre, ce n'est pas en fonction que c'est en chambre privée ou en chambre double, c'est en fonction de ses revenus, O.K., et c'est indépendamment de savoir si c'est une chambre privée ou une chambre double.

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

Mme Hivon : C'est les deux éléments qui sont tenus en compte pour la facturation : sa capacité de payer et le type de chambre qu'elle occupe.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, moi, je vais vous avouer, c'est fondamental, là, je trouve que, quand quelqu'un rentre et puis que la loi dit que cette personne-là peut avoir une chambre, à partir du moment que la loi le dit, c'est comme un... je veux dire, une prescription médicale, là, quant à moi, la personne devrait l'avoir gratuitement. Puis surtout qu'on sait que ça va être seulement quelques jours.

L'argument que c'est compliqué, là, laissez-moi vous dire, il y a des choses bien plus compliquées que ça dans un hôpital, surtout que, quand ils vont avoir à gérer les plaintes, parce qu'il y en a beaucoup, de plaintes, par rapport à ça... puis, à la fin, l'hôpital souvent renonce à ses frais parce qu'ils voient que ça n'a pas de bon sens. Moi, j'aimerais mieux donner le droit aux gens d'avoir une chambre gratuite les quelques jours qu'il leur reste à vivre. Et puis, pour ce qu'il

s'agit de l'hôpital, ils s'organiseront pour le faire, le calcul. En passant, c'est très facile dans un hôpital, ils ont tous les systèmes comptables pour le faire. Mme chose pour le CHSLD. Souvent, hein, les gens ne feront pas vraiment la différence, mais deux, trois derniers jours... ils feront un petit calcul. Je pense, c'est un principe de : on veut respecter la fin de vie, il y a un montant qui y est associé. Moi, c'est surtout la personne qui paie de sa poche 100 \$ par jour. Ça va coûter 400 \$, 500 \$ pour quelque chose que tout le monde a, en pratique, gratuitement.

Le Président (M. Bergman) : Une question que j'ai : Pourquoi pas au même taux que vous occupez juste avant le commencement de ces dernières trois, quatre journées? Pourquoi pas au même taux que vous avez payé dans les jours avant le commencement de ces dernières trois, quatre journées?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parce que, théoriquement, les gens, ils n'ont pas à assumer leurs frais de chambre, sauf s'ils font la demande d'avoir une chambre privée ou semi-privée.

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

• (17 h 50) •

Mme Hivon : Il faut qu'on y réfléchisse, M. le Président, parce qu'il y a une sous-question d'équité. Je comprends ce que le député nous dit, là, mais il y a une sous-question aussi. Si vous êtes aux soins intensifs, vous continuez à payer. En tout cas, on va revenir après le souper, là. Mais je pense aussi qu'il faut voir ça comme une évolution importante.

La demande qui nous a été faite... la protectrice, là, ça fait des années effectivement qu'elle parle, et ce n'est pas tant sur ce fait-là, c'est sur le fait de la confusion et du fait que les gens... on n'explique pas toujours c'est quoi, la réalité, quand on dit aux gens : O.K., vous voulez une chambre privée, voici ce que ça va impliquer, vous allez payer, et tout ça, là. Donc, il y a des gens qui ont des mauvaises surprises.

Ce qui nous a été demandé, nous, c'est vraiment que cette possibilité-là matérielle, organisationnelle existe, et c'est ça qu'on vient consacrer, c'est ça qui est le plus important. Je comprends votre argument d'équité, là, je l'ai, moi aussi, mais, en même temps, je ne veux pas qu'on passe... Des fois, c'est ça, le mieux est l'ennemi du bien, là. Donc, je veux juste voir la faisabilité. Parce qu'on a d'autres circonstances où, là, ça serait la même... les soins intensifs, des gens qui meurent, qui ne sont pas en train officiellement, selon l'établissement, de recevoir des soins de fin de vie. Donc, il ne faut pas qu'il y ait... il faut évaluer les effets pervers de tout ça. Moi, je pense qu'on avait quelque chose qui est quand même très solide, du fait... Créer cette obligation-là, c'est quand même quelque chose, là, c'est un pas énorme. Donc, ça ne s'est pas fait à ce jour. Là, on parle des soins de fin de vie, on le fait. Et, dans la majorité des cas, c'est ce qu'on me dit, le médecin va prescrire une chambre privée pour les gens qui sont en fin de vie, là. Donc, à partir de ce moment-là, la personne effectivement ne paie pas.

Une voix : ...

Mme Hivon : Hein?

Une voix : ...

Mme Hivon : En fait, si c'est sous ordonnance du médecin, on l'a vérifié, nous, on nous a dit que non. Donc, on peut retourner voir ça, là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, la notion que j'ai, là — c'est pour ça que je vous dis : Les règles ne sont peut-être pas appliquées de la même façon — généralement, si tu as demandé une assurance... tu as une assurance puis tu as demandé une chambre simple, même quand tu fais la prescription médicale, ça n'annule pas le paiement, à ma connaissance. Si c'est ça, ça doit être vrai. Si votre règle est «pour les soins intensifs, il continue à payer», sous prescription médicale il va continuer à payer.

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

Mme Hivon : Si tu as fait la demande.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est ça.

Mme Hivon : Oui, oui.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est ça.

Mme Hivon : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'on suspend cet article pour le moment?

Mme Hivon : On peut le suspendre, mais on a l'autre défi du temporel, là. Donc, on va évaluer les deux puis on va rediscuter de ça tout à l'heure.

Le Président (M. Bergman) : Alors, collègues, on suspend l'article 13.

Mme Hivon : Je fais juste vous dire qu'on le... pardon, ça, on ne peut pas, là. Donc, si jamais... En tout cas, on va le regarder, là, mais moi, je pense que la base était bonne.

Le Président (M. Bergman) : Alors, Mme la ministre, l'article 14.

Mme Hivon : 14. Nous avons un amendement, je crois.

Le Président (M. Bergman) : ...l'amendement pour l'article 14. Je suspends pour quelques instants.

Mme Hivon : L'amendement avait été soumis aux oppositions, à mon souvenir. Oui?

Le Président (M. Bergman) : Je suspends pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 17 h 53)

(Reprise à 17 h 54)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, Mme la ministre, l'amendement à l'article 14, s'il vous plaît.

Mme Hivon : Oui. Alors : Modifier l'article 14 du projet de loi par le remplacement du premier alinéa par le suivant : «Les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie qu'elles offrent dans leurs locaux.»

Donc, le but de l'article 14 est simplement de clarifier par rapport au libellé actuel qui n'était pas optimal, là, qui disait : «Les soins de fin de vie peuvent être offerts dans les locaux des maisons de soins palliatifs.» Donc, il n'y avait pas d'obligation de tous les offrir, mais là on vient l'établir plus clairement en disant que «les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie qu'elles offrent dans leurs locaux».

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

Mme Vallée : Je pense que ça correspond aux préoccupations qui nous ont été faites dans le cadre des consultations, et ça vient aussi répondre à certaines interrogations, là, qui avaient été soulevées lors de l'étude de différents articles. Donc, l'amendement, tel que proposé, me convient.

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

Une voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté.

Mme Vallée : Excusez-moi. Excusez.

Le Président (M. Bergman) : On est maintenant sur l'article, alors...

Mme Vallée : Tout simplement pour confirmer. Je comprends que les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie. Donc, de sorte que ce soit clair, il n'y a pas d'obligation qui sera imposée aux maisons de soins palliatifs d'offrir un soin de fin de vie particulier où on ne pourrait pas... Cet article-là vise vraiment à consacrer le droit, pour les maisons de soins palliatifs et pour leurs conseils d'administration finalement, de déterminer les soins sans pression aucune provenant de l'extérieur et s'assurer aussi qu'il n'y aura pas de discrimination au niveau du financement des maisons de soins palliatifs face... Par exemple, si une maison de soins palliatifs devait avoir une ouverture ultérieurement sur, par exemple, l'administration de l'aide médicale à mourir, on va simplement s'assurer qu'il n'y aura pas de discrimination, que les maisons de soins palliatifs auront toujours cette décision-là, seront toujours maîtres des soins qu'elles offriront à l'intérieur des murs de leurs établissements.

Le Président (M. Bergman) : Madame...

Mme Vallée : De leurs maisons, plutôt.

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

Mme Hivon : Effectivement, M. le Président, elles ont le loisir de déterminer les soins qu'elles offrent ou qu'elles n'offrent pas, et le financement n'a rien à voir avec ça. Nous venons de rehausser le financement par lit. Et, bien que certains s'inquiétaient, c'est tout le contraire, on croit dans les maisons de soins palliatifs, je le réitère, et, donc, elles ont toute leur latitude pour déterminer les soins qu'elles vont offrir. Mais, comme on va le voir quand on va lire l'article au complet, elles vont devoir renseigner les gens par ailleurs sur les soins qu'elles offrent ou non dans leurs maisons.

Le Président (M. Bergman) : Alors, est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 14 tel qu'amendé?

Mme Hivon : Là, on était sur l'amendement. Donc, l'amendement est-il...

Le Président (M. Bergman) : L'amendement a été adopté.

Mme Hivon : ...

Le Président (M. Bergman) : Alors, on est sur l'article 14 tel qu'amendé, car l'amendement a été adopté.

Mme Hivon : Alors, l'article 14 maintenant se lira, au premier alinéa :

«Les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie qu'elles offrent dans leurs locaux.

«Toute maison de soins palliatifs doit, avant de recevoir une personne, lui indiquer les soins de fin de vie qu'elle offre.»

Évidemment, cette précision-là est pour que les gens qui décident, donc, d'aller, en fin de vie, dans une maison de soins palliatifs sachent s'ils pourront recevoir éventuellement l'aide médicale à mourir dans l'établissement, et donc il n'y aura pas de surprise à cet égard-là.

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

Mme Vallée : ...

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

Mme Vallée : En fait, je ne sais pas si c'est à cet article-là ou on pourra le traiter dans un autre article, mais j'imagine qu'il y aura lieu de prévoir aussi des ententes ou un processus dans l'éventualité où un patient qui choisit d'être hébergé dans une maison de soins palliatifs en vienne, à un certain moment donné, à faire une demande d'aide médicale à mourir. Donc, j'imagine qu'il pourra y avoir, dans le respect... tout en respectant les soins offerts dans la maison, il pourra y avoir une entente prise avec l'établissement afin de permettre à cette personne-là, même si elle est dans une maison de soins palliatifs, de pouvoir avoir accès à ces soins-là, parce que, bien, l'évolution de la maladie peut faire en sorte qu'à un certain moment donné il y ait cette demande-là qui soit formulée. Alors, on respecte l'autonomie des maisons de soins palliatifs, et j'imagine qu'on pourra prévoir une espèce de canal de passage si une personne devait formuler cette demande-là. Probablement qu'elles seront, compte tenu de l'esprit...

Le Président (M. Bergman) : Je m'excuse. Compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30 ce soir.

(Suspension de la séance à 18 heures)

(Reprise à 19 h 33)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux. Je rappelle que 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.

Avant la suspension de nos travaux, cet après-midi, nous avons adopté un amendement à l'article 14 et nous avons commencé la discussion sur l'article 14 tel qu'amendé. Mme la députée de Gatineau, la parole, c'est à vous.

Mme Vallée : Oui. Alors, sur l'article 14, donc, une question m'est venue à l'esprit pendant la pause, suite aux échanges que nous avons eus.

Nous avons, au deuxième alinéa, l'obligation pour les maisons de soins palliatifs d'indiquer les soins de fin de vie qu'elles offrent. Alors, est-ce qu'il y a une façon dont cette information doit être donnée? Est-ce qu'on doit donner l'information? Est-ce que la maison de soins palliatifs est tenue d'avoir une présentation? Est-ce que ça se fait, bon, de vive voix? Est-ce que ça se fait par, par exemple... Je ne sais pas si les gens, les patients qui reçoivent ces soins-là contractent... s'il y a un contrat qui intervient, auquel cas le contrat devra faire état des différents soins qui sont offerts par la maison de soins palliatifs. Est-ce que c'est par le biais d'un document d'information qui doit être à la vue?

De quelle façon les maisons de soins palliatifs doivent-elles répondre à cette obligation statutaire qui est d'indiquer la gamme des soins de fin de vie offerte à l'intérieur de leurs murs?

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

Mme Hivon : Il n'y a pas de manière qui est prévue, donc, dans la loi. Ça relève de l'autonomie, donc, des maisons de soins palliatifs comme pour plusieurs éléments. Donc, c'est les maisons qui vont le faire de la manière qui leur apparaît appropriée.

Mais, ceci dit, en général, le fonctionnement d'une maison de soins palliatifs, avant qu'une personne soit admise, elle rencontre généralement une infirmière qui va faire l'évaluation, en quelque sorte, voir si elle est en fin de vie, quel est le pronostic, si elle sait, bon, la raison d'être de la maison de soins palliatifs, faire un peu l'exercice avec elle. Donc, on peut s'imaginer que c'est à ce moment-là, lors de cette discussion-là, que l'information pourrait être donnée à la personne.

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

Mme Vallée : Je me posais la question parce que, puisqu'il s'agit d'une disposition statutaire et, en cas de, je ne sais pas... S'il devait y avoir soit un conflit ou un enjeu... je dirais, plutôt, un enjeu qui soit soulevé en lien avec cet article-là, de quelle façon on peut s'assurer de ne pas être devant une situation de : Bien oui, on vous a indiqué que, par exemple, à la famille? Je prends, par exemple, une maison de soins palliatifs qui, de façon très claire, dit : Nous, pour le moment, n'offrons pas l'aspect aide médicale à mourir. La famille est présente. Et, dans la suite des choses, le patient dit... bien, exprime l'intention ou manifeste le désir de pouvoir se prévaloir de l'aide médicale à mourir, ce qui entraînera peut-être, je ne sais pas, là, on le verra un peu plus tard, mais peut-être un déplacement du patient ou qui entraînera peut-être des échanges avec un établissement. Et là la famille dit : Oui, mais on ne le savait pas.

Alors, comment est-ce qu'on peut s'assurer que cette obligation-là... Bon, l'obligation, elle est là, je comprends, mais en même temps... C'est parce qu'il faut toujours prévoir l'exception qui risque de survenir et tout simplement s'assurer que cette obligation-là... Est-ce que la maison de soins palliatifs le fait, peut le faire verbalement? Auquel cas, bon, parfait. Si on accepte que ça se fasse lors de l'évaluation qui est faite par l'infirmière, parfait. Est-ce qu'on devrait le préciser, et là, à ce moment-là, ça ne posera pas de problématique, ou est-ce qu'on doit le faire par une entente signée avec le patient et/ou la famille — je ne sais pas, peut-être que c'est un formalisme qui est trop lourd compte tenu du contexte — mais tout simplement afin de permettre à tout le monde de savoir de quoi il est question, et puis qu'on l'encadre correctement, et de prévenir les difficultés d'interprétation?

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

Mme Hivon : Oui. Alors, je référerai ma collègue à l'article 16. L'article 16 vient dire qu'une maison de soins palliatifs doit se doter d'un code d'éthique et adopter une politique portant sur les soins de fin de vie, et ces documents doivent être diffusés auprès du personnel, des professionnels, des personnes en fin de vie et de leurs proches. Donc, normalement, dans la politique, on retrouverait les soins qui vont être offerts par la maison. Donc, on peut s'imaginer que, lors de cette discussion-là, on remettrait la documentation ou on la rendrait disponible et donc que ça serait aussi présent via cet élément-là.

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

Mme Vallée : Donc, je comprends qu'à l'intérieur évidemment de la politique on établirait ce qui est offert, ce qui n'est pas offert, et peut-être que cette politique-là peut être facilement diffusée dans un petit feuillet d'information qui est remis avec les autres informations concernant la maison.

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

Mme Hivon : C'est ce qu'on prévoit, M. le Président, à l'article 16, «doivent être diffusés». Donc, on laisse la maison choisir le moyen, le moment. Mais, compte tenu de l'obligation de l'article 14 d'indiquer à la personne avant, donc, de la recevoir quels soins de fin de vie elle offre, on peut s'imaginer que ce serait le moment tout désigné aussi pour faire part de la politique de la maison, les règles. J'imagine de toute façon que ça se passe comme ça en général quand on admet une personne puis qu'on fait la première discussion.

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

• (19 h 40) •

Mme Vallée : Et j'imagine également que... je ne sais pas, j'imagine que certaines maisons disposent de sites Web et que les politiques et la philosophie de la maison sont également disponibles en ligne. Donc, ça pourrait être une façon également de publier les soins offerts.

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

Mme Hivon : Évidemment, ce serait libre à eux de le faire ou non. Ils n'ont pas en général des sites Internet aussi sophistiqués que les établissements publics, mais ils ont des sites Internet. Ce sont des organismes communautaires. Donc, compte tenu de leur autonomie, ils fonctionnent comme ils le souhaitent. Mais, pour en avoir parcouru plusieurs, il y a quand même beaucoup d'informations sur la plupart de ces sites-là, et les maisons pourraient décider de les mettre, là, de les rendre disponibles en totalité ou dans leurs grandes lignes, effectivement.

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

Mme Vallée : Dans le fond, l'information, on n'a pas besoin de... Le détail de l'information, ce n'est pas le détail qu'on retrouverait dans le protocole clinique d'un établissement, là, c'est vraiment...

Une voix : ...

Mme Vallée : Je retiens. Et donc ce serait vraiment de façon plus générale, c'est-à-dire : la maison offre les soins palliatifs traditionnels, la maison offre la sédation palliative continue, la maison offre ou n'offre pas l'aide médicale à mourir. C'est ce qui est visé par cet article-là. Ce n'est pas le détail de l'administration des différents soins.

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

Mme Hivon : Effectivement, M. le Président, c'est la politique globale et non pas le programme clinique de soins.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Justement, si quelqu'un entre dans la maison de soins palliatifs, il est entendu au départ qu'il n'y avait pas l'aide médicale à mourir, parce que ça va être ça, l'enjeu, en cours de route, la famille, à un moment donné, aimerait... la famille ou le patient aimerait avoir accès à l'aide médicale à mourir, il n'y a pas d'obligation pour la maison de trouver quelqu'un, à ce moment-là, ils vont pouvoir référer au... on déterminera en temps et lieu le responsable du CSSS chargé de trouver la place où il pourrait avoir l'aide médicale à mourir.

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

Mme Hivon : En fait, l'établissement comme tel n'aurait pas d'obligation... l'établissement... La maison. La maison l'a bien indiqué, puis ça a été clair. La personne qui serait là pourrait effectivement changer d'idée, penser que jamais elle ne l'aurait demandé... souhaite le demander. Donc là, on serait devant une situation où on offrirait à la personne de sortir de la maison de soins palliatifs évidemment si elle a encore la force et les capacités de le faire. Et donc la maison de soins palliatifs a une entente, hein, avec l'établissement. Donc, dans l'entente, on pourrait prévoir que, dans ces cas-là, évidemment on va référer à l'établissement qui, lui, de toute façon, doit avoir prévu cela dans son offre de soins. Donc, la personne, même dans ces situations-là, ne devrait pas tomber entre deux chaises, sauf qu'il va de soi que pour elle c'est plus complexe. Elle peut être dans un état de plus grande difficulté pour être déplacée, et tout ça.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, juste pour aller jusqu'au bout du raisonnement. Si quelqu'un, par contre, l'exigeait... Je vais attendre un peu, M. le Président.

Une voix : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Si quelqu'un l'exigeait, nous sommes d'accord que, compte tenu que l'entente au départ était que ce n'était pas disponible, il n'y a aucune obligation de l'établissement de l'offrir.

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

Mme Hivon : En fait, il n'y aurait pas d'obligation de la maison de l'offrir dans ses murs parce qu'elle a la liberté, en fonction de la loi, donc, de l'offrir ou non.

Ceci dit, la personne, elle, compte tenu de l'article 26, a son droit. Ce n'est pas parce qu'elle se retrouve dans un endroit qu'elle abdique son droit, mais évidemment il est plus difficile à appliquer parce qu'elle a fait le choix d'aller, en fin de vie, dans une maison de soins palliatifs en toute connaissance de cause, en sachant que ce soin-là n'était pas offert dans les murs de la maison de soins palliatifs. Donc, je dirais que, là, il y a une responsabilité aussi, qui revient à la personne, de dire : J'ai fait ce choix-là, je change d'idée, je maintiens mon droit, mais je ne pourrai pas le voir s'exercer ici. Donc, elle va devoir faire une démarche, mais la maison de soins palliatifs, j'imagine, pourra aussi l'aider. Et le médecin, de manière générale, garde son obligation générale de bien accompagner le patient, et tout ça, et de référer au besoin, donc son obligation déontologique, là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Parce que de toute façon, si le médecin, lui, a fait par choix, mettons, une objection de conscience, qu'il ne pratiquait pas l'aide médicale à mourir, lui, à ce moment-là, il a comme une protection en disant, bien, que ça ne faisait pas partie de l'entente qu'il avait avec son patient. C'est votre interprétation également.

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

Mme Hivon : Il va avoir une entente avec son patient?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Lorsque le patient est rentré à la maison de soins palliatifs, le médecin qui pratique à la maison de soins palliatifs, lui, par choix, décide de ne pas faire l'aide médicale à mourir, on sait que ça ne peut pas s'appliquer à l'intérieur des locaux, mais il n'a pas d'obligation parce que, dans la loi, ça crée quand même un droit pour le patient. Mais, à ce moment-là, le médecin n'aura pas besoin de faire l'acte. Mais, en plus de ça, si je comprends bien le mécanisme, ce n'est pas lui qui est responsable de trouver quelqu'un ou un endroit pour avoir l'aide médicale à mourir, mais il va pouvoir référer à la personne responsable du CSSS.

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

Mme Hivon : Alors, on revient au cas de figure de notre chemin que vous aimez beaucoup. Si on est avec un médecin qui, par exemple, exerce à l'établissement et que c'est à ce titre-là qu'il est dans la maison de soins palliatifs, évidemment, lui, il va pouvoir soumettre... si lui a une objection de conscience et il ne fait pas l'aide médicale à mourir, il va pouvoir soumettre via le mécanisme de l'établissement... ce qui serait la logique, sinon il va s'en référer au Collège des médecins pour dire que... parce qu'il serait un médecin en cabinet privé de professionnel... Pas au collège. Il ne se référera pas au collège, excusez-moi, non.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...je ne suivais plus. Selon moi, quel que soit...

Mme Hivon : Il va se référer, pas pour son objection de conscience, vous avez raison, pour son...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mais, quel que soit le lien avec l'établissement, il devra référer au même endroit, à l'établissement.

Mme Hivon : Effectivement.

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

Mme Vallée : Un peu dans le même ordre d'idées mais avec une situation différente : le médecin rattaché à un établissement, qui se rend dans une maison de soins palliatifs qui n'offre pas l'aide médicale à mourir et qui est placé devant un patient qui lui manifeste son désir de recevoir l'aide médicale à mourir. Est-ce que le médecin pourrait lui administrer à l'intérieur des murs de la maison... ou est-ce qu'il devrait nécessairement prendre les arrangements afin de permettre au patient de recevoir l'aide médicale à mourir mais à l'extérieur de la maison afin de respecter les politiques de la maison?

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

Mme Hivon : La seconde réponse est la bonne, parce qu'en fait ça deviendrait caduc. Je veux dire, le droit de la maison de soins palliatifs de choisir ce qu'elle offre ou non deviendrait caduc si, parce que vous avez un professionnel qui est prêt à l'offrir, vous devriez céder le pas à cette réalité-là. Donc, bel et bien, c'est un droit que la maison de soins palliatifs a. Donc, son droit c'est de dire que, dans les murs de la maison, on ne pratique pas, par exemple, tel soin. Donc, c'est clair que, dans les murs de la maison, il n'y en aurait pas, et donc la personne pourrait se retourner vers un médecin qui peut-être, lui, le ferait ailleurs, mais surtout il y aurait un corridor qui l'amènerait, si son état évidemment le permet, dans un établissement.

Le Président (M. Bergman) : Si je peux demander une question : Pourquoi est-ce que vous faites, Mme la ministre, une distinction entre un hôpital et une maison de soins palliatifs? Vous dites qu'une maison de soins palliatifs n'est pas sous l'obligation d'offrir les soins de fin de vie, mais tout hôpital public au Québec doit l'offrir. Vous faites une distinction entre un type d'établissement et un autre établissement. Pourquoi?

• (19 h 50) •

Mme Hivon : Parce que les établissements publics évidemment sont financés par les fonds publics, sont tous assujettis à énormément d'obligations, de lois, un cadre très clair. Et donc c'est un service public qu'ils doivent offrir aux citoyens, alors que les maisons de soins palliatifs ne sont pas des établissements au sens de la loi, ce sont des organismes communautaires qui ont une autonomie, que nous souhaitons préserver, qui se dotent de leurs règles et de leur approche et, donc, qui fonctionnent par entente mais qui conservent, comme un organisme communautaire en santé et services sociaux, qui conservent leur autonomie.

Donc, c'est pour ça qu'on a fait le choix. On sait qu'il y en a qui auraient aimé que les maisons de soins palliatifs soient assujetties à l'ensemble... je dirais, aux mêmes obligations que les établissements et donc qu'elles doivent offrir l'ensemble des soins de fin de vie, mais c'est un choix qu'on a fait pour respecter l'autonomie et parce qu'on sait que ce n'est pas toutes les maisons de soins palliatifs qui souhaitent offrir l'ensemble des soins de fin de vie.

Le Président (M. Bergman) : Les droits de qui priment? Les maisons de soins palliatifs ou le patient? Disons, dans une maison de soins palliatifs où il n'y a pas les soins de fin de vie, mais où le patient désire demander à son médecin, qui n'est pas attaché à cette maison, pour venir à la maison de soins palliatifs pour lui rendre l'aide médicale à mourir; vous dites que ça ne serait pas possible?

Mme Hivon : En fait, ce serait... Dans un cas comme celui-là, effectivement, la loi prévoit que la maison a le droit d'offrir ou de ne pas offrir. Donc, elle a tout à fait le droit de refuser que ce soit offert dans ses murs, mais la personne garde son droit. Je répète, elle garde son droit. Elle garde son droit. Elle pourrait peut-être dire : Je vais retourner à la maison, et il va y avoir un médecin qui pratique en cabinet privé de professionnel qui va pouvoir venir à la maison, ou dire : Je vais aller dans l'établissement pour recevoir ce soin parce qu'ici ce n'est pas possible.

Dans le très pratico-pratique, on peut imaginer que, si une situation comme ça se produit... ça risque d'arriver, ça peut aussi faire en sorte que la maison de soins palliatifs se questionne sur ce cas-là précis. Mais ça, c'est la liberté de la maison de soins palliatifs de décider si, oui ou non, elle fait une exception, si elle garde sa politique intacte. Et, si c'est le cas et qu'elle choisit que, non, il n'y a pas d'exception, la politique est telle que nous ne ferons pas ce soin ici, bien ce sera à la personne de voir à ce que son droit puisse s'exercer autrement. Quand on parle d'équilibre dans le projet de loi, je pense que c'est un exemple d'équilibre.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires sur l'article 14 tel qu'amendé?

Mme Vallée : Je pense que ça correspond aux commentaires.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce que l'article 14, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté.

Mme Hivon : ...revenir à l'article 13?

Le Président (M. Bergman) : L'article 13.

Mme Hivon : Oui, M. le Président. Alors, pour ce qui est de l'élément temporel, nous aurions peut-être une formulation qui rejoint ce qui a été avancé mais qui ne fait pas intervenir la question de... je dirais, de la même manière, du pronostic. En tout cas, c'est formulé différemment. Donc, bref, je dois déposer l'amendement, je crois, à l'article 13. Je dois déposer l'amendement?

Le Président (M. Bergman) : Oui, s'il vous plaît.

Mme Hivon : Ça ne sera pas long.

Le Président (M. Bergman) : Je suspends pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 19 h 54)

(Reprise à 20 h 8)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, j'ai reçu un amendement pour l'article 13 du projet de loi, qui est remplacé par le suivant. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, il serait remplacé par le suivant :

«13. Pour la période précédant de quelques jours le décès d'une personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit lui offrir une chambre qu'elle est seule à occuper.»

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Bien, je pense que c'est important. Vu qu'on va être enregistrés puis que les gens pourraient nous réécouter dans le futur, il faudrait qu'on définisse... Sans définir, il faudrait dire peut-être l'ordre de grandeur de que veut dire «quelques jours».

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

Mme Hivon : Alors, «quelques jours» veut dire, selon notre compréhension ici... Parce qu'on se rappelle que nous faisons un changement parce qu'on prévoyait à l'origine «imminent». Donc, il fallait que le décès soit «imminent», mais ça semblait être une notion qui pourrait être difficile à interpréter soit parce que... On nous dit que, dans le milieu médical, «imminent», c'est vraiment à très, très, très brève échéance. Donc, ça pourrait avoir été interprété comme quelques heures uniquement, et ce n'est pas ce qui est visé. Par ailleurs, pour d'autres interprétations, «imminent», c'est une période qui peut être plus longue. Donc, on a décidé de modifier pour parler plus précisément de «quelques jours». Évidemment, c'est laissé à l'appréciation du médecin, mais «quelques jours», ce qu'on entend ici, c'est de l'ordre de trois, quatre jours

pour permettre à la personne en toute, toute fin de vie, pas pour toute la période évidemment où elle reçoit des soins de fin de vie mais quand elle est rendue aux derniers jours de sa vie, qu'elle puisse bénéficier d'une chambre qu'elle est seule à occuper.

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

• (20 h 10) •

Mme Vallée : Simplement, encore une fois, puisque nous sommes sous enregistrement, et dans une option ou une volonté de bien clarifier les choses, évidemment cette particularité de la loi, ce droit qui est accordé aux personnes qui reçoivent des soins de fin de vie, il est destiné aux personnes, bon, je comprends, qui reçoivent des soins de fin de vie.

Je pose la question parce que notre collègue, tout à l'heure, a soulevé un élément qui est quand même important. Quelqu'un arrive à l'urgence, un patient arrive à l'urgence, un patient qui n'a pas eu de diagnostic d'un état de santé x ou y et qui arrive, est dans un état tel que ses jours sont comptés. Est-ce que cette personne-là, bien qu'elle ne reçoive pas de soins palliatifs, bien qu'elle n'ait pas eu de diagnostic de maladie qui sera avec un pronostic «réservé» — je pense, qui est le terme, j'apprends — est-ce que cette personne-là pourrait néanmoins bénéficier de ce droit qui est accordé par l'article 13? Je pose la question justement parce qu'il faut clarifier les choses pour ne pas que les familles apprennent... s'il devait survenir un décès, une famille prend connaissance de ce droit-là qui est consacré par l'article 13... puisqu'une famille pourrait dire : Bien, on n'a pas eu droit à ça, notre frère, notre père, notre soeur était à l'urgence ou était dans une chambre en compagnie d'autres personnes. Parce qu'il risque de survenir des décès dans d'autres contextes que le contexte des soins palliatifs. Et là je comprends que l'objectif, ce n'est pas nécessairement de donner une chambre à toute personne qui est en fin de vie. Est-ce que c'est seulement les personnes qui reçoivent des soins?

On la trace où, la ligne? Parce que sinon toute personne dont la mort est appréhendée dans un avenir très rapproché pourrait peut-être dire : Je m'accroche à ça, et on demande une chambre que je serai seule... sans être privée, une chambre que je serai seule à occuper.

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

Mme Hivon : En fait, à partir du moment où la... Le critère, c'est que la personne, oui, reçoit des soins de fin de vie. Le cas qu'on voit le plus, c'est la personne qui soit est dans une unité de soins palliatifs ou est ailleurs dans un établissement parce que ce n'est pas l'apanage des unités de soins palliatifs que de donner des soins palliatifs. Donc, elle reçoit des soins palliatifs, des soins de fin de vie et elle est dans une chambre double, elle est dans une chambre quadruple, et on se dit : Ce n'est pas, je dirais, dans le respect de sa dignité de faire en sorte que, jusqu'à la toute fin de sa vie, elle doive partager son intimité. Donc, cette personne-là, on s'assure qu'elle puisse, dans la période de quelques jours précédant son décès, occuper une chambre seule. Si une personne est n'importe où dans un établissement puis reçoit des soins de fin de vie, c'est la même règle. Ce n'est pas déterminé par le fait que vous soyez à tel étage, dans telle section.

Donc, vous allez pouvoir avoir ce droit-là, qu'importe. Ce n'est pas le fait d'être dans l'unité de soins palliatifs, c'est le fait de recevoir des soins de fin de vie parce que vous êtes en fin de vie.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je pense que ce serait intéressant pour les gens qui nous écoutent peut-être d'y aller avec quelques exemples pratiques en passant de ce qu'il y a de plus aigu à ce qu'il y a de plus chronique.

Si on a quelqu'un qui arrive à l'urgence, un cas de mort cérébrale, et la personne est en fin de vie, malgré le fait que ce ne soit pas quelque chose de chronique sur le long terme, la personne est en fin de vie, est admise à l'hôpital, et puis on s'attend que le décès va avoir lieu peut-être dans les prochaines heures ou parfois les deux, trois prochains jours, puis on assume, là, que ce n'est pas un cas pour transplantation d'organe et puis que toutes les démarches ont été faites, cette personne-là, malgré le fait que ce soit un accident qui est arrivé très récemment, pourrait également avoir le droit aux soins de fin de vie sous le principe que nous avons émis tantôt. Et, à ce moment-là, cette personne-là, selon la règle que nous nous donnons, elle aurait le droit à une chambre pour être seule. Est-ce que c'est correct, ce que j'ai dit, Mme la ministre?

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

Mme Hivon : Si elle reçoit des soins de fin de vie. C'est ça, l'élément. Parce qu'il y a des cas où il n'y aura pas de soins de fin de vie. On se comprend que la personne va arriver, va être dans le coma. Donc, elle n'aura pas de soins de fin de vie, là.

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

Mme Hivon : Elle ne sera pas en état de parler ou d'échanger.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...qu'on voit, c'est la personne qui arrive un AVC massif, avec une perte de conscience complète, puis, lorsqu'on fait la TACO ou le «CT scan» — selon l'endroit où vous demeurez au Québec, là, c'est le même appareil, mais ils ne l'appellent de la même façon — à ce moment-là, on voit qu'il y a une évidence que cette personne va probablement décéder dans les prochains jours. Elle également, elle aurait droit aux soins de fin de vie avec sa chambre seule?

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

Mme Hivon : En fait, on s'imagine que ça devrait déjà être pas mal le cas, donc, que ces personnes-là sont dans des chambres qu'elles sont seules à occuper. Mais, à partir du moment où on est dans une situation de quelques jours du décès de la personne et qu'elle reçoit des soins de fin de vie, la personne, tout à fait, a le droit d'avoir une chambre qu'elle est seule à occuper.

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

Mme Vallée : Je reviens encore avec ma question de hiérarchisation des droits parce que, suite à la réponse de la ministre, je me demande si on n'est pas encore en train de donner une priorité à des gens qui sont dans un processus de soins de fin de vie versus quelqu'un qui, en raison d'un accident x ou y, va également mourir. Et je ne crois pas que ça soit l'intention, parce que le processus ou la mort n'est pas moins importante pour la famille, et il n'y a pas moins d'échanges. Même si la personne n'est peut-être pas consciente, il y a quand même un processus. Ça fait qu'alors ma préoccupation... Je comprends très bien le pourquoi on a voulu introduire l'article 13, mais par contre il faut penser à ce que l'article 13 pourra éventuellement vouloir dire en fait de demandes et d'exigences de la part des familles, de la part de certains patients, et comment on va baliser tout ça, d'une part. Et, de deux, est-ce qu'on est... pratico-pratique, est-ce qu'on est capable, dans la réalité de nos établissements, d'offrir cette possibilité-là? Puis je reviens. Il y a un commentaire qui nous avait été fait, entre autres, par... je crois que c'était l'Association médicale du Québec qui disait : Bien, la finalité est louable, mais est-ce qu'on n'aura pas certaines difficultés d'application de cet article-là? Est-ce qu'on n'aura pas, que ce soit une question de ressources... Est-ce que nous avons, dans nos établissements, les ressources afin d'être en mesure d'offrir? Parce qu'à partir du moment où on a ce droit-là, qui est consacré à l'intérieur de la loi, on doit s'assurer que nous serons en mesure d'y donner suite.

Je comprends pour les gens qui sont en fin de vie, qui sont à l'intérieur d'un processus déjà amorcé, mais on a des gens aussi qui feront face à la mort dans un processus peut-être qui arrive de façon imprévue, de façon accidentelle, et leur mort n'est pas moins importante que la mort de quelqu'un qui est dans un processus depuis un certain nombre d'années. Donc, il faut voir comment on va être en mesure de dire : Oui, vous y avez droit, non, vous n'y avez pas droit.

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

Mme Hivon : Alors, en fait, moi, je pense, c'est une très grande avancée, et on l'a travaillé. Avant de le mettre dans le projet de loi, on l'avait travaillé avec l'AQESSS, là, parce qu'on ne voulait pas venir créer quelque chose...

Une voix : ...

Mme Hivon : ... — l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux — qui ne serait pas applicable, et on nous a donné toutes les garanties que les établissements étaient capables de le faire. Est-ce que ça va demander de la souplesse, de revoir certaines manières de faire? Certainement, mais je pense qu'on est rendus là, je pense que c'est important. Je pense qu'il y a des situations en ce moment qui se vivent, qui sont inacceptables d'un point de vue de respect de la personne et de sa dignité. Je pense que les établissements sont les premiers à le reconnaître.

Donc, est-ce que ça va commander des nouvelles manières de faire, plus de souplesse? Assurément. Mais moi, je suis très confiante parce qu'on a l'accord de l'Association québécoise des établissements, qui est la première concernée, qui a évalué ça, qui nous l'a écrit, qui nous l'a dit. Et j'ai posé spécifiquement la question. Et donc moi, je pense que c'est une bonne avancée... très bonne avancée.

• (20 h 20) •

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

Mme Vallée : Je comprends que vous avez fait le travail en concertation avec l'AQESSS. Est-ce qu'il y a eu des demandes? Est-ce qu'on vous a manifesté des demandes financières additionnelles?

C'est-à-dire, est-ce qu'en incluant ce droit-là, en consacrant ce droit-là, on aura des demandes provenant d'établissements en disant : Bien, oui, on souhaite, on veut l'offrir, c'est important, mais il nous manque de lits, il nous manque d'espace? C'est parce que j'essaie de voir, parce que, bien souvent, il arrive parfois qu'on a des demandes comme ça qui sont manifestées, puis on ne pense pas toujours à l'impact financier de ces engagements-là. Et donc, si le nombre de lits que nous disposons et le nombre de chambres, parce que ce n'est pas tant le nombre de lits que le nombre de chambres... Parce que, physiquement, l'objectif, ce n'est pas une chambre privée, mais c'est d'avoir un endroit, une chambre, donc pas un garde-robe ou pas un coin fermé par des paravents, là. On comprend que c'est vraiment une chambre. Donc, il faut s'assurer qu'il y a suffisamment d'espace. Je comprends qu'il n'y aura pas un boom, là, tout à coup, mais je pense qu'on est quand même capables de mesurer un petit peu ce que ça peut représenter. Et je comprends très bien que de terminer ses jours, que ce soit sur une civière ou que ce soit dans une chambre à deux ou quatre, ce n'est vraiment pas l'idéal, là. Ça, là-dessus, ce n'est pas ce qui me préoccupe, mais c'est de m'assurer qu'on a correctement évalué ce que ça va représenter le jour où la loi sera en vigueur. Une fois qu'on va la redescendre sur le terrain, sur les étages, est-ce qu'on a ce qu'il faut pour être capable de répondre aux demandes qui sont formulées, aux obligations qui sont formulées?

Et quelle réponse aura-t-on pour ceux et celles qui ne sont pas nécessairement visés par l'article 13, ceux et celles dont la vie sera sur le point de se terminer mais qui ne seront pas dans un processus de soins de fin de vie? Comment

peut-on refuser à une famille, à ce moment-là, de pouvoir passer la dernière journée, le dernier jour et demi avec un de leurs membres qui est sur le point de s'éteindre mais qui n'était pas dans un processus de soins de fin de vie? Je pense, il faut savoir répondre à ces questions.

Mme Hivon : Oui. Premièrement, est-ce qu'on nous a fait des demandes d'ajout financier? Non. Et je veux redire que c'est vraiment la tendance, d'aller... Évidemment, ce n'est pas du jour au lendemain, là, mais, dans les rénovations, les agrandissements, les nouvelles installations, on s'en va vers des chambres simples parce que c'est beaucoup plus efficace pour toutes les infections, et tout ça, là, donc... entre autres, en plus du bien de la personne. Donc, on s'en va vers ça. Donc, plus ça va aller, je pense, moins le défi va être grand. On a quelqu'un qui travaille avec nous, qui travaille dans une unité de soins palliatifs où il y a quatre chambres simples, quatre chambres doubles, et ils le font déjà quand la personne... Ils le font par leur gestion de lits. Évidemment, ça demande un effort, là, ça demande un effort supplémentaire, mais, en général, moi, je pense que... nous pensons que les médecins vont être très heureux parce qu'ils vont moins se battre avec l'administration pour être capables de permettre aux gens qui sont en toute fin de vie, dans leurs derniers jours, de pouvoir être dans une chambre qu'ils sont seuls à occuper.

Pour ce qui est de l'ampleur des gens que ça va toucher, en fait, ça va toucher toute personne qui a des soins de fin de vie. Et on me dit, là — on vient de vérifier — que, par exemple, une personne qui a fait un AVC massif, puis elle va être touchée par ça... Donc, en gros, les gens vont être touchés. Évidemment, si vous arrivez à l'urgence, vous venez de faire un accident d'auto puis vous décédez dans les heures, là vous n'êtes pas dans un processus de soins de fin de vie. On n'est pas dans la même réalité. Il y a des gens qui, oui, vont continuer à mourir à l'urgence, là, ça, c'est sûr, mais... ou aux soins intensifs, évidemment, mais, aux soins intensifs, vous allez être dans une chambre seule. Donc, on ne vient pas éliminer la réalité de l'urgence, mais, pour les gens qui sont dans un processus, même s'il est court, oui, ça va être un droit qui va exister pour eux.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Vous allez trouver ça étrange, probablement que l'endroit que ça va être le plus difficile à appliquer, ça va être dans les CHSLD, parce qu'habituellement toutes les chambres sont prises, et, s'il y a des gens qui sont deux dans leur chambre et puis que soudainement ils deviennent en fin de vie, parce que ça peut arriver comme ça à un certain âge, et les deux, trois derniers jours, là, ils sont vraiment dans la phase où est-ce qu'ils vont mourir, les rechanger d'endroit, parce qu'il n'y a pas d'endroit de disponible, à moins qu'il y ait une chambre pour les gens qui sont mourants, ça va peut-être être là le plus difficile à gérer parce que ça va être difficile de déplacer quelqu'un qui est déjà dans sa chambre. Mais, rendus là, je pense qu'ils vont trouver la mécanique pour le faire.

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

Mme Hivon : Oui. Puis effectivement... mais on a discuté aussi de cette réalité-là, puis il y a quand même une différence, dans le sens qu'il y a beaucoup de gens qui sont dans des chambres doubles en CHSLD, mais c'est leur milieu de vie. Ce n'est pas la même... Ils ne le demanderont pas tous systématiquement. On voit que beaucoup de gens souhaitent rester dans leur univers. Ils ont comme leur coloc, en quelque sorte. Ce n'est pas la même réalité que quand vous arrivez dans un milieu hospitalier qui vous est étranger. Je ne dis pas que tout est rose et parfait en CHSLD, mais ça devient votre milieu de vie. Donc, ce n'est pas la même réalité, le même inconfort de partager avec un étranger, parce que la personne dans un CHSLD avec qui vous partagez devient de moins en moins un étranger. Vous êtes habitué de côtoyer la famille, puis tout ça. Ça ne veut pas dire que ce droit-là n'existe pas. Il va exister, mais il risque d'être exercé moins systématiquement.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Bien, d'ailleurs, quand la ministre parlait, je l'ai relu pour... parce que ça ne devient pas une obligation si on offre à la personne...

Une voix : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est ça. Puis, comme de fait, dans les CHSLD, parfois les gens acceptent plus, quoique, pour l'autre personne qui est dans la même chambre, de voir son ou sa colocataire décéder, ce n'est pas non plus un moment joyeux. Mais ça peut... si les gens l'acceptent.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires à l'article 13 tel qu'amendé? Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Non. Je n'ai pas de commentaire.

Le Président (M. Bergman) : J'ai pensé... Vous avez fait comme ça.

Mme Daneault : Ah, j'avais... Non, non. Merci.

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

Mme Vallée : Oui. Tout à l'heure, hors micro, on nous a dit que le sans frais, la question du sans frais méritait certaines explications, puisqu'il s'agissait quand même d'une recommandation de la Protectrice du citoyen.

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

Mme Hivon : Oui. Alors, M. le Président, la recommandation de la Protectrice du citoyen, je pense qu'elle était double. Je pense d'ailleurs qu'elle a traité du cas de M. Ferenczi, qui a frappé à plusieurs portes et, donc, qui est sans doute très heureux — j'espère qu'il nous écoute — de voir qu'on donne suite à sa pétition et à ce qu'il nous a fait comme représentation. La Protectrice du citoyen nous signalait l'importance qu'une personne en toute fin de vie puisse être seule dans une chambre. Et par ailleurs elle soulevait de nouveau — elle l'a soulevée plusieurs fois — la question générale des frais associés, donc, aux chambres dans les établissements. Donc, on règle une partie de ce qu'elle nous demande.

Pour la question du sans frais, je reviens. En fait, on estime qu'autant ce serait formidable de tout régler ça, autant on estime que ce n'est pas ici le bon forum, avec ce projet de loi spécifique sur les soins de fin de vie, de venir régler l'entière de cette question-là qui est très complexe. Parce que, là, on a fait toutes nos vérifications, mais vous êtes aux soins intensifs, vous devez être envoyé en isolement une fois, deux fois pendant votre séjour. La règle actuelle, comment c'est appliqué : si, au jour un de votre admission, vous avez dit que vous vouliez une chambre privée, dans la majorité des cas, parce que vous avez une assurance, vous allez toujours payer votre chambre privée. Qu'importent les parties de séjour que vous allez faire, où vous devez être seul, il n'y a pas de modifications qui se font en cours de route. Donc, si on venait le faire pour les soins de fin de vie, bien, en fait, le problème resterait entier, et on créerait une sous-catégorie d'iniquités pour les personnes qui vont en isolement, pour les personnes qui sont aux soins intensifs ou pour toute autre raison, je vous dirais, où c'est prescrit médicalement, mais où on y va avec la trajectoire du début.

Donc, c'est pour cette raison-là qu'on ne vient pas mettre «sans frais». Mais, si par ailleurs l'opposition souhaitait qu'on soit très clairs... ça va de soi comment c'est écrit là, mais qu'on soit très, très clairs pour ce qui est de dire que ce que ça veut dire, ce droit-là, c'est que vous n'aurez jamais de frais supplémentaires, parce que, si vous êtes dans une chambre double et qu'en toute fin de vie on vous envoie dans une chambre simple vous ne paierez pas les frais de la chambre simple, ça, on pourrait l'inscrire. On ne pense pas que c'est nécessaire de l'inscrire. Mais, si, pour l'opposition, c'était quelque chose qu'elle souhaiterait, on pourrait l'inscrire.

• (20 h 30) •

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. En sachant qu'on sait qu'il n'y aura pas de frais supplémentaires, de le mettre dans la loi, les gens pourraient se poser des questions. Je ne sais pas, je trouve que ça alourdirait plus que ça aiderait, là.

Mme Hivon : Quand on le sait...

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

Mme Hivon : ...on peut le dire : Il n'y aura pas de frais supplémentaires à partir du moment où c'est créé évidemment comme droit, obligation de l'établissement, droit de la personne. Il n'y a pas de frais supplémentaires.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. D'ailleurs, de le rajouter, ce serait plus difficile à expliquer que de ne pas le mettre.

Mme Hivon : Et c'est pour ça qu'on ne l'a pas mis.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parfait.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il a d'autres commentaires à l'article 13 tel qu'amendé? Mme la députée de...

Mme Vallée : La personne qui a fait le choix d'être en chambre privée, elle va quand même continuer de payer malgré ce droit-là. Donc, il n'y aura pas, pour ce moment des quelques jours de sa fin de vie, un arrêt de facturation fait.

Le Président (M. Bergman) : Mme la ministre

Mme Hivon : J'ai fait tout un cheminement personnellement par rapport à ça, je dois vous dire. Et ça peut paraître dur, ce n'est pas le monde idéal. Il y a un comité qui travaille... on a beaucoup de comités, hein, donc, il y a un comité qui travaille sur toute cette question-là aussi parce que ce que soulève la Protectrice du citoyen de manière générale pour la facturation, c'est très pertinent. Il y a toutes sortes de complexités, de trajectoires qui font que ce n'est pas simple. Mais en fait, si on venait le prévoir là, quelqu'un qui finirait sa vie... en tout cas, tout autre contexte où, comme je vous l'ai expliqué, là... soins intensifs, chambre d'isolement, on créerait une nouvelle forme d'iniquité. Donc, comme j'ai dit tout à l'heure, je pense qu'on fait un grand pas. Je pense que c'est un pas très, très significatif pour le respect de la

personne et de sa dignité. Et parfois, malheureusement, le mieux est l'ennemi du bien, puis je pense qu'on est dans une situation comme celle-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Merci, M. le Président. Surtout qu'il y a une iniquité, tout dépendant de l'endroit où est-ce que vous êtes admis. Un exemple : le CHUM, quand il va être fini de construire, ça va être seulement des chambres simples. Maintenant, on va avoir également... au niveau du CUSM, à Montréal, ça va être la même chose. Ça fait que, théoriquement, ces gens-là, en entrant, n'ont pas besoin de dire... ils ne paieront jamais, tandis que, si vous allez au Maisonneuve-Rosemont ou si vous allez à Sacré-Coeur ou au St. Mary's, à ce moment-là, ces gens-là vont devoir payer. Ça fait qu'en termes d'équité c'est... En plus de ça, il va y avoir des belles chambres neuves, luxueuses, grandes, et l'autre va être en chambre semi-privée puis il va devoir payer. Il va falloir faire une sérieuse réflexion : Qu'est-ce que ça veut dire en termes d'équité?

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

Mme Hivon : C'est pour ça qu'il faut réfléchir globalement à cette question-là qui est très complexe, mais je veux dire que c'est une avancée, hein? Pour les personnes démunies, c'est une avancée, parce que, là, dans l'état actuel des choses, quelqu'un pouvait dire : Je lève la main en toute fin de vie. Je ne l'ai pas demandé pour mes six semaines, mais, en toute fin de vie, je lève la main pour avoir une chambre privée parce que je peux me le payer. Mais la personne démunie, elle, elle ne levait pas main, elle ne pouvait pas se payer quatre ou cinq... ou une semaine. Là, maintenant, elle a un droit. Donc, qu'importe qu'elle était dans une salle, dans une chambre à deux, elle va avoir ce droit-là. Donc, il y a une avancée aussi pour les personnes démunies.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Orford.

M. Reid : Ce qu'il ne faudrait pas négliger non plus, c'est que, même quand tu as moyen de payer, là, jusqu'à maintenant, ils peuvent te dire : Je n'en ai pas. Là, ils ne pourront plus.

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

Mme Hivon : Tout à fait.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...l'avancée, pas seulement que dans le droit, mais dans l'obligation de l'établissement qui va devoir s'arranger. Puis, comme dit mon collègue, c'est qu'il y a des endroits, tout simplement, ils disaient : On n'a pas de possibilité puis on ne peut pas rien faire, tandis que, là, ils vont être obligés de trouver une façon d'offrir cette chambre à la personne qui va décéder.

Donc, moi, je pense aussi que c'est une belle avancée, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : D'autres commentaires à l'amendement à l'article 13? Est-ce que l'amendement à l'article 13 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. Alors, l'article 13 est adopté?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Bergman) : Adopté. Alors, l'article 15. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors... Là, un instant, j'ai quelque chose à mon amendement, qui me parle d'une sous-section.

Une voix : ...

Mme Hivon : Oui, oui, O.K. Il n'y a pas d'amendement à l'article 15. O.K.

Le Président (M. Bergman) : Alors, Mme la ministre. L'article 15.

Mme Hivon : C'est bon. Parfait. Donc, l'article 15 :

«Une maison de soins palliatifs et un établissement doivent notamment prévoir dans l'entente conclue en vertu de l'article 108.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux la nature des services fournis par l'établissement dans les locaux de la maison de même que les mécanismes de surveillance permettant à l'établissement, ou à l'un de ses conseils ou comités déterminé dans l'entente, de s'assurer de la qualité des soins fournis dans ces locaux.

«Sur demande de l'établissement, la maison de soins palliatifs lui communique tout renseignement nécessaire à l'application de l'entente. Les modalités de communication de ces renseignements sont prévues à l'entente.»

Donc, cet article prévoit que l'entente qui est conclue entre un établissement et une maison de soins palliatifs doit inclure certains éléments obligatoires, comme la nature des services fournis par l'établissement et les mécanismes... en fait, la nature des services fournis par la maison, pas l'établissement, et les mécanismes de surveillance de la qualité des soins fournis dans les locaux de cette maison de soins palliatifs. Et aussi on prévoit, là, bien sûr les modalités de communication des renseignements.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce que vous avez des commentaires à l'article 15? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Seulement qu'une clarification. Ça, ça n'existe pas actuellement dans la loi. C'est vraiment quelque chose de complètement nouveau. L'article 108.3 existe, mais toutes les... Parce que, là, ça devient que la pratique médicale également dans la maison de soins palliatifs va être un peu sous la dépendance des comités, CMDP, CI. Est-ce que c'est ça que ça veut dire?

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

Mme Hivon : En fait, ce n'est pas un changement énorme parce que toute maison de soins palliatifs est déjà régie par une entente avec l'établissement, et on a des modalités d'encadrement. Donc, c'est des modalités d'encadrement qui s'appliquent pour guider, donc, les ententes qui sont... Il y a eu une entente entre l'ensemble des maisons de soins palliatifs et les établissements pour dire : Voici le canevas, les modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs.

Donc, c'est sur cette base-là que les ententes sont faites. C'est en vertu de l'article 108.3 de la LSSSS et c'est en vertu des modalités d'encadrement qui ont été élaborées. Je pourrai y revenir si vous souhaitez plus de détails. Donc, ça, déjà ça prévoit toute cette relation-là entre l'établissement et la maison de soins palliatifs. Mais ce qu'on fait... C'est qu'il n'y a rien qui, un, prévoyait les termes «maison de soins palliatifs». C'était comme, du fait que, dans la LSSSS, on prévoit qu'un organisme peut être en entente... un organisme communautaire peut être en entente avec un établissement, que ça s'est développé sans jamais être davantage formalisé. Donc là, on vient le reconnaître formellement dans la loi. Je pense que ça aussi, c'est une avancée. On vient reconnaître la réalité des maisons de soins palliatifs pas comme simple organisme communautaire, comme n'importe quel organisme communautaire, mais comme vraiment une réalité propre.

Donc, essentiellement, on vient consacrer ça et on va plus loin, je dirais, en disant qu'on doit s'assurer de la qualité des soins fournis.

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

• (20 h 40) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Je vais juste poser quelques questions pointues à la ministre, là, pour bien comprendre ses... Un, est-ce que c'est seulement les services fournis par l'établissement dans les maisons de soins palliatifs qui sont assujettis aux comités? Puis je vais donner deux exemples... bien, je vais donner un exemple : l'infirmière, si elle est fournie par le CLSC pour aller à la maison des soins palliatifs, ça, ça ferait partie de l'entente. Je comprends que, l'infirmière qui est payée par l'établissement, malgré le fait qu'elle donne des services dans la maison de soins palliatifs, ça serait sa surveillance. Dans la même maison des soins palliatifs, si on avait des préposés, qui sont payés par la maison de soins palliatifs, sans lien d'emploi avec l'établissement, à ce moment-là est-ce qu'ils sont soumis aux mécanismes d'évaluation de la qualité de la part de l'établissement de santé?

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

Des voix : ...

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

Mme Hivon : Alors, on me dit que ça serait visé parce qu'on est vraiment dans le cadre de l'ensemble des soins et services qui sont fournis dans la maison.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Question pointue, complémentaire : Un médecin qui pratique dans la maison de soins palliatifs, qui n'a pas de lien avec l'hôpital — on va commencer par une facile, là — qui n'a pas de lien avec l'hôpital, il y a une entente entre l'établissement et la maison de soins palliatifs... est-ce que le médecin serait soumis à l'évaluation par un comité de l'acte du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, soit de l'hôpital?

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

Mme Hivon : Règle générale, ce serait, dans ce cas-là, le Collège des médecins, l'ordre professionnel qui s'occuperait de s'assurer de la qualité de l'acte.

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

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

Mme Hivon : Je dis «règle générale», parce qu'on me dit que, par entente... pourrait aller plus loin, mais on l'imagine mal.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça impliquerait que...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça impliquerait que le médecin...

Mme Hivon : Soit partie à l'entente.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...ait un statut et des privilèges avec l'établissement de santé. C'est parce que je ne vois pas comment le CMDP pourrait avoir un lien d'autorité si le médecin n'a même pas de privilège ou de statut avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

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

Mme Hivon : C'est une lecture adéquate.

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

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Et, par rapport à «infirmière», on comprend que, si c'est payé par l'établissement avec une fourniture de services dans la maison de soins palliatifs, ils sont responsables de la qualité de l'acte de cette personne, mais je comprends difficilement qu'un préposé pourrait être soumis à l'évaluation de son travail par l'établissement de santé.

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

Mme Hivon : Donc, ce qu'on me dit, c'est... Là, j'ai un exemple d'entente sous les yeux. Donc, par exemple, les responsabilités de l'établissement : s'assurer de la qualité des soins et services offerts par le personnel qui est sous sa responsabilité, de l'établissement.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, c'est ce que je voulais entendre. Ça, ça voudrait dire que la préposée qui est payée par la maison de soins palliatifs, elle ne serait pas soumise à l'évaluation de la qualité par l'établissement.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Elle peut y penser, là.

Mme Hivon : En fait, c'est l'entente. Oui. Mais c'est l'entente qui va venir le prévoir.

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

Des voix : ...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. C'est parce que c'est un article très important, parce que ça va jouer au niveau de l'autonomie des maisons de soins palliatifs. La maison de soins palliatifs est un organisme communautaire. Ces gens-là ont été créés justement pour être autonomes. Puis je comprends qu'il peut y avoir une entente de services, mais c'est un peu... ce n'est pas tellement précis.

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

Mme Hivon : On va suspendre, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a consentement?

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, on a fait une communication de pensées : je pensais que c'est ça qu'on devait faire aussi à ce moment-ci.

Le Président (M. Bergman) : On suspend l'article?

Mme Hivon : Pardon?

Le Président (M. Bergman) : On suspend l'article ou voulez-vous suspendre pour quelques instants?

Mme Hivon : Oh! j'aurais suspendu pour quelques instants, mais on peut, puisque...

Le Président (M. Bergman) : Je suspends les travaux pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 20 h 44)

(Reprise à 20 h 57)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, Mme la ministre. Article 15.

Mme Hivon : Oui. Alors, le but de cet article-là, comme je le disais, c'est, dans un premier temps, de consacrer cette réalité-là de l'entente, et en fait ça vient dire ce que l'entente va pouvoir prévoir et donc donner une indication quant à ce que l'entente devrait comprendre. Et, lorsqu'on parle, donc, de l'encadrement, de s'assurer de la qualité des soins qui sont fournis, c'est certain que, pour ce qui est des professionnels, les professionnels continuent, s'ils ne relèvent pas de l'établissement, à relever de leurs ordres professionnels, comme c'est le cas pour... Même un travailleur social qui travaille en établissement, il continue à relever de son ordre professionnel, il ne relève pas du CMDP. Bon. Donc, on est dans cette réalité-là.

Ce qu'on vient ajouter, et Me Lavoie va parfaire ce que je dis, là, mais ce qu'on vient ajouter... Un des buts de l'article 15, c'est que, dans l'entente, on prévoit qu'il y ait une responsabilité pour la qualité générale des services. Exemple, on a prévu a, b, c dans l'entente; il faut s'assurer qu'on a des moyens de voir à ce qu'effectivement a, b, c se réalisent. Le traitement des plaintes, par exemple; comment on gère les plaintes dans la maison de soins palliatifs. Donc, ce qui a été prévu, est-ce que c'est vraiment ce qui est mis en place? Le ratio, par exemple, infirmières-patients, est-ce que c'est conforme à ce qui a été prévu? Donc, c'est ce qui manque à l'heure actuelle, cette espèce d'assurance qu'on est capable de faire un suivi, et c'est ça qui n'était pas présent dans la réalité mais aussi dans les ententes, et c'est un élément de plus qui va devoir être présent.

Pour ce qui est peut-être de la réalité des «mécanismes de surveillance permettant à l'établissement, ou à l'un de ses conseils», là, ça, en fait ça date... C'est là... et probablement que, là, il va falloir le revoir, c'est ce qui fait qu'on a mis le doigt sur quelque chose, parce que c'était lorsque les médecins devaient être rattachés au CMDP. Et là, vu qu'on amène le changement où les médecins qui pratiquent en cabinet privé vont relever du Collège des médecins, on ne sera pas dans la même réalité des mécanismes de surveillance et des comités pour ce qui est de cet aspect-là. Donc, ça, on pourra vous arriver, là... au besoin, on va le regarder, à tête plus reposée... très reposée, à 9 h 30, donc, de ce que ça pourrait vouloir dire, s'il faut apporter un amendement.

Mais, en gros, c'est le sens de l'article. Donc, je ne sais pas si vous avez des questions plus particulières. Sûrement. Auquel cas, Me Lavoie va m'assister aussi, là.

• (21 heures) •

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

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

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

Mme Vallée : Oui. Mais en fait je me questionnais. Peut-être qu'on revient un peu à la même chose.

C'est que l'article 108.3 fait référence à l'article 454. L'article 108.3 mentionne qu'«un établissement peut conclure avec un organisme communautaire qui a reçu une allocation financière en application du deuxième alinéa de [...] 454 une entente en vue d'assurer la prestation de toute ou partie des services de santé ou [...] services sociaux requis par la clientèle de l'organisme». Donc, 108.3 ne crée pas une obligation. 454 ne crée pas non plus d'obligation en ce sens que l'agence «peut» accorder une allocation financière à un organisme communautaire. Alors, dans ces deux articles-là de la loi, on est avec une alternative, un choix, alors que l'article 15 concrétise l'obligation de prévoir, à l'intérieur d'une entente, un certain nombre d'informations.

Mme Hivon : ...

Mme Vallée : Donc, c'est la même... D'accord.

Mme Hivon : Ce que je veux dire, c'est que c'est la bonne...

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

Mme Hivon : ...la députée fait la bonne lecture. L'article 15, il vient consacrer, il vient dire qu'il doit y avoir une entente et il vient dire ce qu'on doit retrouver dans l'entente. Mais moi, je dis que ça vient consacrer parce que, dans les faits, c'est ce qui est déjà le cas. Donc, chaque maison a une entente.

Le ministère s'est doté, en janvier 2012, de modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs qui sont la base de toutes les ententes qui sont conclues. Donc, dans les faits, on est allés plus loin que ce qui était prévu obligatoirement dans la loi, parce que ça s'est développé, et beaucoup, là. En une dizaine d'années, ça a doublé, le nombre de maisons de soins palliatifs. Donc, ça s'est fait, je vous dirais, informellement jusqu'à un certain point, mais formellement avec les mécanismes qui ont été mis en place au fur et à mesure. Là, avec l'article 15, et je pense que c'est une avancée importante, on vient consacrer ça, formaliser la nécessité de l'entente avec les grands éléments de l'entente.

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

Mme Vallée : L'Alliance des maisons de soins palliatifs, bon, évidemment militait pour le retrait de l'article en mentionnant — c'est à la page 9 de leur mémoire — en mentionnant qu'il y a déjà des critères d'accréditation des maisons, il y a déjà des ententes, il y a déjà des encadrements. Et probablement qu'ils faisaient référence, sans la nommer, à la directive, à laquelle vous faites état, du début 2012.

Puisqu'il y a déjà cet encadrement-là, est-ce nécessaire de le consacrer à l'intérieur de la loi?

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

Mme Hivon : Je pense que c'est nécessaire et je pense que c'est d'abord très souhaitable. Et moi, je vous dirais que c'est nécessaire.

C'est nécessaire parce qu'avec la loi on vient vraiment reconnaître les maisons de soins palliatifs. Donc, on vient les reconnaître formellement. À ce jour, il n'y avait aucun instrument législatif qui venait les reconnaître. En venant faire une loi sur les soins de fin de vie, ils sont au coeur quand même de cette réalité-là, ils sont des piliers de l'offre en soins de fin de vie, il faut qu'on les reconnaisse formellement et il faut donc reconnaître comment ils fonctionnent, comment ces maisons-là agissent. Elles agissent par le biais d'ententes, il faut reconnaître ça, c'est la réalité, mais il faut le prévoir expressément. Et en fait ce qu'on vient faire essentiellement, c'est, oui, reprendre ce qui existe et le formaliser. Et moi, je pense que ça donne une sécurité, ça donne une sécurité aux usagers, aux personnes qui vont dans les maisons de soins palliatifs, mais aussi ça consacre les maisons de soins palliatifs. Je sais qu'ils peuvent le voir d'un bout de la lorgnette, mais ça ne sera pas vraiment plus contraignant. On va venir un peu plus loin avec la question de l'inspection... on pourra en discuter, là, mais ça vient consacrer la nécessité d'avoir une entente, ce qui doit être dans l'entente. Ça va un peu plus loin, mais ça dépend de quelles ententes. Il y a des ententes qui allaient déjà très loin.

Donc, oui, on prend en quelque sorte les meilleures pratiques, les meilleurs modèles puis on vient dire : C'est ça qui va devoir être suivi. Donc, je pense que c'est une sécurité. Ces maisons-là de soins palliatifs veulent être reconnues pleinement, veulent être reconnues comme des lieux qui dispensent des soins de grande qualité et qui travaillent très bien. Donc, nous, on en est convaincus. Mais on vient les reconnaître. Ça donne une sécurité puis ça donne aussi, je dirais, leurs lettres de noblesse aux maisons de soins palliatifs en faisant leur entrée dans la loi formellement.

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

Mme Vallée : Comme on a cette obligation de prévoir une entente, est-ce que ça vient également concrétiser ou consacrer le financement? Parce que, là, le financement rattaché à une entente qui provient d'une agence, en vertu de 454, il n'est pas... il est discrétionnaire. 454 prévoit que «l'agence peut [...] accorder une allocation financière à un organisme communautaire afin de lui permettre d'obtenir auprès d'un établissement, par entente conclue [...] — blablabla — tout ou partie des services de santé ou des services sociaux requis par la clientèle de l'organisme ou d'offrir certains de ces services».

Donc, est-ce qu'en obligeant la signature d'une entente, on consacre le financement qui sera accordé à la maison de soins palliatifs? Donc, pas d'entente, pas de financement; pas d'entente, pas d'obligation.

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

Mme Hivon : Oui. Je trouve que c'est une très bonne question. Donc, dans les faits, il y a la norme, là. Donc, on vient de rehausser la norme du montant, par exemple, là, 68 000 \$ par lit. Donc, c'est ce qui est octroyé, donc, par entente avec chaque établissement, à la maison. C'est l'article 454 qui est l'assise pour l'allocation financière qui est donnée. Je comprends de la question de la députée... c'est qu'elle dit : C'est écrit «l'agence peut» et non pas «l'agence doit» à l'article 454. Donc, comment consacrer cet élément-là dans la réalité actuelle? Je vais laisser la parole à Me Lavoie.

Le Président (M. Bergman) : Me Lavoie.

Mme Lavoie (Patricia) : Oui. Bien, dans...

Le Président (M. Bergman) : Pour fins d'enregistrement, on a besoin de votre nom, votre titre.

Mme Lavoie (Patricia) : Bien. Alors, Patricia Lavoie, avocate au ministère de la Santé et Services sociaux.

Alors, dans tous les cas où on... dans la Loi sur les services de santé et services sociaux, où on prévoit une possibilité... en fait, on vient accorder le pouvoir de l'agence ou du ministre d'accorder des subventions ou des allocations financières. Nulle part on ne dit : Il doit le faire. On vient prévoir la possibilité de le faire. Alors, le reste, c'est basé sur les différents crédits qui sont alloués au ministère et aux agences par la suite, l'autre... ça descend jusqu'aux maisons de soins palliatifs. Alors, on ne dit pas... on n'est pas obligés de les financer, mais on le fait sur une base qui est décidée, là, par les orientations ministérielles.

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

Mme Vallée : C'est parce que je comprends... Actuellement, en vertu de la loi, lorsqu'on dit, à 108.3, qu'il peut y avoir... un établissement peut avoir une entente avec l'organisme, on comprend que ça se fait bien souvent suite à l'application de 454, c'est-à-dire que l'agence accorde un financement à un organisme communautaire qui, en l'occurrence, est une maison de soins palliatifs. Suite à ce financement-là, une entente intervient avec l'établissement, avec l'agence sur la prestation des services qui sont offerts par la maison de soins palliatifs. Actuellement, ça se fait, on... bon, le «peut» est utilisé. Là, on introduit par l'article 15 une obligation d'avoir cette entente-là, mais cette obligation-là n'est pas nécessairement assujettie quant à l'autre partie de l'obligation, de financer, l'obligation de financement.

Je comprends la question de la disponibilité des crédits, et tout ça, mais est-ce que, théoriquement, on pourrait dire : Bien, vous avez une obligation de dispenser des soins conformément à la politique, conformément aux orientations, mais ça se fera sans budget parce que, bon, on n'a pas d'obligation de le faire? Vous avez l'obligation de vous conformer à certaines normes, mais il n'y a pas nécessairement de financement qui suivra. Donc, je pense que c'est ce qu'on souhaite éviter, là.

• (21 h 10) •

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

Mme Hivon : Oui. En fait, il y a deux éléments, dans le sens où il y a des critères qui doivent être... puis pas juste pour les maisons de soins palliatifs, mais pour d'autres ressources communautaires. On donne l'exemple d'une ressource en toxicomanie, par exemple. Indépendamment qu'il y ait financement ou non, il y a des critères de certification, il y a des critères qui viennent encadrer la prestation de soins et de services dans ces organismes-là, qui sont des organismes communautaires, parce que c'est la bonne marche, puis il faut s'assurer de ça correctement, en lien avec les organismes communautaires qui donnent des services. Par ailleurs, il y a du financement puis là il y a différents modèles. Si on regarde, par exemple, des organismes communautaires en toxicomanie, ça peut être le PSOC qui les finance en grande partie. Ça peut ne même pas être de l'argent qui vient du ministère. Donc, il y a différents modèles. C'est le propre des organismes communautaires. Il y a une partie qui vient de la communauté, évidemment. Donc, c'est deux choses qui sont séparées.

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

Mme Vallée : Je comprends que les sommes peuvent venir de différents budgets, mais il y a une distinction.

C'est que la loi actuelle, là, est en train de créer... crée un droit pour les gens d'avoir accès aux soins palliatifs, d'avoir la possibilité aussi d'avoir accès à ces soins-là en maison de soins palliatifs. On n'est pas dans un... Il commence à y avoir une certaine distinction avec l'organisme communautaire qui sera financé par le PSOC, qui sera financé selon certaines missions, suivant certains programmes, à travers les budgets de l'agence. Là, on est vraiment en train de consacrer le droit aux soins palliatifs et donc, à partir de ce moment-là, on doit s'assurer que les organismes communautaires qui offrent ces soins palliatifs vont pouvoir recevoir le financement adéquat afin de répondre positivement à l'obligation que nous avons créée à l'intérieur de la loi. Et là la Loi sur les services de santé et services sociaux maintient que le tout est discrétionnaire. Et puis l'autre élément, c'est que le PSOC actuellement, d'une région à une autre, n'est pas nécessairement réparti de la même façon, selon les mêmes critères. Si on se dit : Bon, certaines maisons de soins palliatifs reçoivent du PSOC, ça va. Mais, d'une région à l'autre, comme on peut voir aussi au niveau des banques alimentaires puis au niveau d'autres organismes, chaque région, chaque agence a déterminé un petit peu la façon dont le PSOC serait distribué sur son territoire, a un certain nombre de critères.

Mais là on ne peut pas se permettre, compte tenu des obligations qu'on a créées à l'intérieur... et notamment à l'article 5, on ne peut pas se permettre d'avoir ces différences-là de soutien d'une région à l'autre, ces différences-là de financement d'une région à l'autre. Si on consacre le droit aux soins palliatifs, on doit assurer que les organismes qui offrent ces services-là vont pouvoir compter sur un financement et qu'ils ne seront pas laissés à la discrétion de l'application de mesures.

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

Mme Hivon : Oui. Je comprends. Je vais laisser Me Lavoie vous apporter certains éclaircissements, puis on reviendra, au besoin.

Le Président (M. Bergman) : Me Lavoie.

Mme Lavoie (Patricia) : Alors, si on revient à notre définition de maison de soins palliatifs dans notre loi, c'est un organisme communautaire qui est titulaire d'un agrément et qui a conclu une entente, en vertu de l'article 108.3, pour offrir tout ou partie des soins requis aux personnes en fin de vie.

Alors, l'article 108.3, qu'est-ce qu'il permet? Il permet à un organisme communautaire d'aller chercher des services... tout ou partie des services offerts à sa clientèle de l'établissement. Parce que, pour offrir des services... Un organisme communautaire ne pourrait pas de lui-même offrir l'ensemble des services de santé et services sociaux, parce que la loi dit que, pour offrir des services de santé et services sociaux, tu dois détenir un permis. Alors, un organisme communautaire ne peut pas le faire, une maison de soins palliatifs ne peut pas le faire. L'entente est donc nécessaire pour recevoir... parce que, par définition, les maisons qui... les personnes qui reçoivent des soins palliatifs ont besoin de soins de santé. Donc, c'est absolument nécessaire d'avoir l'article... de conclure une entente avec un établissement pour pouvoir offrir ces soins-là à la clientèle de la maison de soins palliatifs. Alors, la nécessité de l'entente est plus à ce niveau-là, comme Michel Sarrazin qui, lui, est un établissement, a un permis, peut fonctionner de lui-même sans avoir recours à aucun autre établissement, il a un permis délivré par le ministre. Toutes les autres maisons de soins palliatifs doivent aller chercher tout ou partie des services auprès d'un établissement.

Alors, la base de l'entente, la nécessité de l'entente est là. Par après, on a l'allocation financière, qu'on dit : Une agence... C'est un peu quand ils ont... L'article 454 et suivants ont permis de mettre les bases de à qui on peut donner des allocations financières. On ne peut pas les donner à n'importe quel organisme communautaire, on doit les donner à ceux qui ont conclu une entente en vertu de 108.3. Alors, c'est le pouvoir de financer. Une agence qui financerait un organisme communautaire, une maison de soins palliatifs, par exemple, pour dire quelque chose, mais là elle ne serait pas une maison de soins palliatifs au sens de notre loi... Mais, un organisme communautaire qui donnerait des soins palliatifs sans avoir d'entente avec un établissement, l'agence ne pourrait pas le financer, alors, parce que les critères disent que tu dois avoir conclu une entente en vertu de l'article 108.3. Et pour ça, bien, tu dois avoir aussi l'agrément, là, qui... Alors, ce n'est pas un automatisme. Mais, à partir du moment où l'ensemble des maisons de soins palliatifs qui ont conclu une entente reçoivent ce financement-là, c'est... Même si on ne dit pas «doivent le recevoir», je vous dirais qu'il y a quand même une attente raisonnable des maisons de soins palliatifs qui rencontreraient l'ensemble des modalités d'agrément, qui auraient conclu une entente pour recevoir ce financement-là. Mais c'est quand même l'agence qui déciderait si elle accorde ou non l'allocation financière, en bout de piste, là.

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

Une voix : ...

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

Mme Hivon : Je veux amener un élément à la réflexion, parce que moi non plus, je ne suis pas une experte légiste de toutes les lois et mécaniques en matière de santé et services sociaux et d'entente. Ça fait que je comprends la question de la députée qui se dit : Oui, mais comment on va le prévoir expressément? Pourquoi on ne crée pas une obligation de donner les fonds? Donc, il faudrait voir si, en le créant là, il y a un problème. Parce qu'ailleurs ça marche toujours par allocation de l'agence, là. Il y a ça. Ça... entre l'agence... Ce n'est pas l'établissement, c'est entre l'agence et la maison. Et c'est donc par allocation, comme c'est le cas pour d'autres situations.

Donc, je ne suis pas certaine qu'on pourrait venir déroger en mettant un «doivent» par rapport à l'article qui est là, mais, je pense, c'est ça, le sens de la question de la députée. Donc, je le comprends bien, mais je réfléchis tout haut : une maison de soins palliatifs qui se créerait sans être en entente avec un... qui dirait : Bon, ils m'ont dit non, l'agence a dit : On n'a pas besoin, mais nous, on estime, dans la communauté, qu'on a besoin d'une maison, on le fait quand même, on a des gens qui sont prêts à venir offrir les services, et tout ça... bien, évidemment, il ne faudrait pas venir prévoir quelque chose qui fait en sorte qu'on serait obligé de venir financer une maison qui s'est développée en marge, je vous dirais, de la nécessité des besoins, en marge d'une entente. Donc, il ne faudrait pas venir faire en sorte qu'il y a cet automatisme-là. Donc, je réfléchis juste à cette réalité-là. Évidemment, il faut une entente, mais...

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

Mme Hivon : Ils ne pourraient pas...

• (21 h 20) •

Mme Vallée : Dans le contexte que vous décrivez... ou que la ministre décrit, je m'excuse, M. le Président, une maison de soins palliatifs qui ouvre ses portes et qui serait soutenue par les mécènes de la communauté, qui recevrait des services de professionnels de différentes équipes serait-elle tenue de se conformer à l'article 15? Une maison qui serait vraiment indépendante, financée par la communauté et qui offrirait des services de soins palliatifs...

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

Mme Hivon : En fait, c'est ça, c'est une question théorique parce que dans les faits elle ne pourrait pas offrir... elle n'aurait pas de permis. Donc, elle ne pourrait pas offrir de soins et de services. Donc, ma question à moi aussi est théorique.

Mme Vallée : O.K.

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

Mme Hivon : Non, mais...

Le Président (M. Bergman) : M. le député...

M. Bolduc (Jean-Talon) : On est là pour émettre des idées.

Mme Hivon : Oui, oui, pour avancer.

Mme Vallée : Puis le permis de maison... Pouvez-vous me rappeler en vertu de quel article de la loi le permis est émis? Parce que je vois que 457... On me réfère à 457. On parle d'agrément, mais on ne mentionne pas qu'il s'agisse nécessairement de...

Mme Hivon : Elle n'a pas de permis.

Mme Vallée : ...de maison de soins palliatifs. C'est : «La personne qui sollicite un agrément doit transmettre...» Donc, en vertu de quel article les maisons de soins palliatifs sont-elles tenues d'avoir cette autorisation de...

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

Mme Hivon : Ils n'ont pas de permis, ils ont une entente. S'ils n'avaient pas d'entente, ils devraient avoir un permis, comme Michel Sarrazin. Michel Sarrazin a un permis d'exploiter un établissement — vous me suivez? — ce qui fait en sorte qu'ils ont un statut différent de toutes les autres maisons de soins palliatifs qui, elles, fonctionnent sur la base d'une entente, donc n'ont pas de permis. Mais, dans notre cas hypothétique, une maison qui se créerait devrait obtenir un permis pour pouvoir évoluer. Vous me suivez? Et évidemment, dans les faits, si ce n'était pas une action concertée, le ministère ne délivrerait pas de permis. Donc, elle n'aurait pas d'existence, cette maison-là. Il lui faut une entente pour vivre, selon le mode actuel, ou un permis d'établissement.

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

Mme Vallée : Donc, un permis d'établissement, en vertu de l'article...

Mme Hivon : En vertu de l'article 437.

Mme Vallée : D'accord.

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

Mme Vallée : 437. Donc, la maison de soins palliatifs serait assimilée à...

Mme Hivon : Un centre hospitalier.

Mme Vallée : ...un centre hospitalier? Ah oui?

Mme Hivon : ...

Mme Vallée : Ou centre médical spécialisé? Parce que 437 dit : «Nul ne peut exercer des activités propres à la mission d'un centre local de services communautaires, d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de réadaptation, ni exploiter un centre médical spécialisé s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre.» Donc, les soins palliatifs seraient des activités propres aux activités d'un centre hospitalier.

Mme Hivon : M. le Président?

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

Mme Hivon : C'est ça. Le seul cas qui existe, c'est le cas de Michel Sarrazin, qui a été la première. On n'était pas dans le même modèle qu'actuellement. Et il s'est vu délivrer un permis de centre hospitalier, et il a son propre CMDP, et il a son propre fonctionnement.

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

Mme Vallée : Mais il n'y a rien qui empêcherait par contre un organisme communautaire de faire cette demande-là. Là, actuellement, je comprends qu'au Québec tout ce que nous avons, c'est La Maison Michel Sarrazin. Les autres sont

des organismes communautaires qui ont des ententes en vertu de 108.3 puis de 454. Mais, une maison financée, comme on le disait tout à l'heure, par des mécènes, il n'y aurait pas d'empêchement de faire une demande de permis.

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

Mme Hivon : Bien, c'est le ministre qui... le ou la ministre qui délivre. Dans les faits, je dois vous dire que ça serait très, très surprenant qu'on crée un autre modèle comme ça parce qu'il y a un choix qui a été fait pour différentes raisons et qui fait le bonheur de tous, y compris des maisons qui gardent leur autonomie, qui gardent leurs liens avec la communauté en étant organismes communautaires, et qui donne une flexibilité, donc, de ne pas avoir un permis x, y, z de centre hospitalier. Donc, ça serait très hypothétique.

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

Mme Vallée : Donc, dans les faits, il serait très, très hypothétique de pouvoir se soustraire à l'article 15.

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

Mme Hivon : Effectivement, M. le Président. Une belle conclusion.

Des voix : Ha, ha, ha!

Mme Hivon : C'est impossible, à l'heure actuelle, c'est impossible. Et — nous étions dans des questions théoriques — pour s'en soustraire, il faudrait que quelqu'un soit... c'est ça, soit en marge de la loi, n'aurait ni permis ni entente. Donc...

Mme Vallée : Est-ce que l'article 15 va s'appliquer à La Maison Michel Sarrazin?

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

Mme Hivon : Non, car Michel-Sarrazin ne fonctionne pas par entente.

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

Mme Vallée : D'accord.

Mme Hivon : Ils ont tous leurs mécanismes de surveillance, ils ont leur CMDP... de contrôle, c'est vraiment un miniétablissement, là.

Mme Vallée : ...pour venir pallier au...

Mme Hivon : Oui.

Mme Vallée : Parfait.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Première question : Une maison de soins palliatifs et un établissement doivent notamment prévoir, à Montréal, une maison de soins palliatifs; avec quel établissement qu'ils vont s'entendre?

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

Mme Hivon : En gros, celui qu'ils veulent... mais le CSSS, on peut s'imaginer, qui est le plus près de leur territoire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Je pose la question parce que, quand vous êtes dans des régions où il y a des CSSS, avec un hôpital, un CLSC, des CHSLD, à ce moment-là... ou des hôpitaux comme dans le secteur de Gatineau, ça devient facile, on fait l'entente avec le CSSS. Mais, si vous êtes à Montréal, si vous avez une maison de soins palliatifs, est-ce que vous faites votre entente avec le CSSS Lucille-Teasdale ou avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont? Là, je pense qu'il y aurait une vérification à faire, mais, à ma connaissance, ça devrait toujours être avec le CSSS et pratiquement jamais avec l'hôpital. C'est parce qu'à ce moment-là pourquoi je dis ça? C'est quand on dit «et un établissement»... je ne sais pas si la ministre serait prête à aller jusqu'à dire : Avec le CSSS du territoire où est la maison de soins palliatifs, parce que, théoriquement, c'est avec eux autres qu'ils devraient faire affaire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parce qu'«un établissement», c'est trop vague.

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

Mme Hivon : En fait, 108.3 de la LSSSS... On est toujours aussi dans ces eaux-là, hein, donc de ne pas venir briser l'équilibre de la LSSSS, là. 108.3 parle vraiment d'«un établissement peut conclure avec un organisme communautaire». Donc, est-ce que nous, on pourrait venir à être plus précis? Mais, dans les faits, c'est sûr que c'est avec un CSSS, là. Je ne vois pas...

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

Mme Hivon : Dans les modalités d'encadrement, c'est prévu que c'est avec le CSSS.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est parce que moi, je pense...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est parce que, quand on le lit, ça devient vague. Mais moi, je me dis, un CSSS, c'est un établissement, donc de marquer «le CSSS» dans la présente loi va répondre à l'exigence de 108.3, sauf qu'on est plus spécifiques. Et l'organisation des services, généralement, au Québec, c'est beaucoup dans la région de Montréal que c'est un peu différent, et la région de Québec, parce que c'est là qu'on a des hôpitaux universitaires, entre autres. C'est vrai aussi avec la région universitaire de l'Estrie. Ce serait plus intéressant de dire immédiatement que c'est avec le CSSS du territoire, puis je ne verrais pas tellement une maison de soins palliatifs faire affaire avec un CSSS à l'extérieur de son territoire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ce serait une réflexion à faire.

Mme Hivon : C'est la logique, effectivement, mais je veux juste qu'on soit prudents parce que nous avons déjà 29 maisons de soins palliatifs qui ont déjà des ententes. Et donc il ne faudrait pas venir modifier l'ordre qui existe déjà. C'est-à-dire qu'il faudrait s'assurer que c'est déjà conforme à la réalité, déjà que nos maisons de soins palliatifs nous ont dit d'être bien conscientes de leur réalité de comment elles ont développé leur fonctionnement, et tout. Donc, il faudrait voir si, dans tous les cas, c'est bien la situation à l'heure actuelle, là.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon, il vous reste une minute.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, M. le Président, je pense que ça vaudrait la peine de vérifier parce que, si on était capables d'avoir cette entente-là plus spécifique... le CSSS, ça établirait aussi des règles pour les autres nouvelles maisons de soins palliatifs. Et je ne vois pas... Et la logique, ce serait vraiment qu'elle fasse affaire avec le CSSS.

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

Mme Hivon : Bien, il y a la logique, mais je ne veux pas... D'entrée de jeu, on va y réfléchir, là, mais il faut quand même garder une flexibilité parce que ça pourrait arriver que... En tout cas, ils vont chercher l'entente avec, je dirais, le lieu où ils ont besoin d'être en relation pour leurs soins et leurs services. Donc, est-ce qu'il faut absolument empêcher que ça puisse être avec un hôpital x? Je ne suis pas certaine, là.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé.
Collègues, la commission ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 21 h 30)