



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 3 décembre 2013 — Vol. 43 N° 68

Étude détaillée du projet de loi n° 52 — Loi
concernant les soins de fin de vie (8)

**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 3 décembre 2013 — Vol. 43 N° 68

Table des matières

Étude détaillée (suite)

1

Intervenants

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

Mme Véronique Hivon
Mme Stéphanie Vallée
M. Yves Bolduc
M. Pierre Reid
Mme Hélène Daneault

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

* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le mardi 3 décembre 2013 — Vol. 43 N° 68

**Étude détaillée du projet de loi n° 52 — Loi
concernant les soins de fin de vie (8)**

(Quinze heures trente et une minutes)

La Présidente (Mme Proulx) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

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, Mme la Présidente. M. Reid (Orford) remplace Mme Blais (Saint-Henri—Sainte-Anne).

Étude détaillée (suite)

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Lors de l'ajournement de nos travaux, hier, nous discussions de l'amendement à l'article 26. Je vous rappelle que nous avons suspendu l'étude des articles 3 et 8.1. Mme la ministre, la parole est à vous.

Mme Hivon : Oui. Bien, ça va, Mme la Présidente. Je suis prête à poursuivre la discussion sur l'article 26, s'il reste des questions du côté de l'opposition.

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

Mme Vallée : Alors, merci, Mme la ministre... Mme la Présidente. Je ne me souviens pas... je sais que nous avons soulevé la question du professionnel de la santé et services sociaux, à savoir si c'était le professionnel qui était reconnu en vertu du Code des professions, parce que c'était un interrogatoire de l'ordre des travailleurs sociaux, donc il n'y avait pas... on avait maintenu, je crois, la désignation professionnelle de la santé ou des services sociaux, là, il n'y avait pas lieu de faire de précisions, je crois, hein? Je veux juste m'assurer parce que j'avais une petite note, là.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. C'est ce dont on avait discuté. Donc, c'est un membre d'un ordre professionnel, et on avait convenu que c'était bien ça qui était souhaité dans le cadre du projet de loi.

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

Mme Vallée : Et à la question : Est-ce que ce document-là, le formulaire n'a pas besoin d'être contresigné par un témoin outre le professionnel de la santé? Donc, c'est vraiment... c'est la personne qui formule la demande d'aide médicale à mourir qui... et le formulaire est signé par le médecin ou le professionnel qui reçoit cette demande-là. Il n'y a pas à avoir de témoin, comme un acte sous seing privé.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Non. Non, Mme la Présidente, parce qu'en fait c'est en présence de la personne, la personne est apte, elle est capable de s'exprimer, de montrer évidemment qu'elle demande... et c'est d'ailleurs un geste actif, donc elle demande l'aide médicale à mourir. Mais on s'assure quand même de la présence d'un professionnel de la santé qui va contresigner pour s'assurer que la personne a bel et bien fait la demande elle-même. C'est vraiment de la prudence, Mme la Présidente, parce qu'évidemment on comprend que tout le processus qui s'ensuit va faire en sorte qu'il y ait des entretiens avec la personne et tout ça. Donc, on se rendrait facilement compte que la personne n'a pas fait la demande elle-même, mais disons que c'est une mesure de plus pour montrer tout l'encadrement qui est prévu.

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

Mme Vallée : Là, je ne sais pas si on doit... je ne sais pas si c'est le moment de l'aborder ou si ce sera davantage à 28, le délai formulé entre la demande et le processus, la mise en place du processus, l'administration de la médication ou de la substance. Je sais que, dans certaines législations, on a cette notion-là, donc peut-être que ce sera davantage un élément à considérer quand nous allons regarder l'article 28, parce que je ne pense pas qu'on souhaite... comme une condition

comme telle. Les conditions de 26, c'est vraiment les conditions qui sont intrinsèques à la personne, et, dans 28, on ira vraiment voir le processus rattaché à la demande d'aide médicale à mourir et puis le processus médical. O.K.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est bien ça, Mme la Présidente.

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

Mme Vallée : Moi, Mme la Présidente, ça fait le tour pas mal de la question du projet d'amendement. Je sais qu'il était question de faire une petite modification, de changer le «aux» pour le «à toutes». Je ne sais pas si ça a été... Parce qu'on avait fait la discussion en se disant : On ne dépose pas l'amendement, on ne fait pas de correction pour, après ça, redéposer, puis recorriger, puis redéposer, puis corriger, là. On avait fait la discussion sur le projet d'amendement. Je ne sais pas comment on souhaite procéder.

Mme Hivon : ...on peut suspendre, puis on va retirer l'amendement, puis déposer la version de l'amendement avec «à toutes les conditions» plutôt que «aux conditions suivantes».

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

(Suspension de la séance à 15 h 36)

(Reprise à 15 h 42)

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, la commission va reprendre ses travaux. Mme la ministre, vous avez proposé de retirer l'amendement à l'article 26. Y a-t-il consentement pour le retrait de l'amendement?

Mme Hivon : Oui.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre, allez-y avec le nouvel amendement.

Mme Hivon : En fait, c'est vraiment le même amendement, simplement que «aux conditions suivantes» est remplacé par «toutes les conditions suivantes». Donc, c'est l'objectif du dépôt du nouvel amendement.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il des interventions sur l'amendement? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, Mme la Présidente. C'est parce qu'hier on avait, à l'avant-dernière ligne, «s'il n'est pas le médecin traitant»...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ce n'est pas le bon amendement que vous avez.

M. Bolduc (Jean-Talon) : On va resuspendre quelques minutes.

Mme Hivon : Mais ce n'est pas... Non, mais on peut faire la discussion sur «médecin traitant», là, c'est juste la question de «toutes les conditions suivantes». Donc, c'est juste ça qui est modifié. Vous allez avoir une nouvelle version de l'amendement, mais on peut la faire la discussion sur «médecin traitant» pendant ce temps-là. Alors...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. La question d'hier, c'était : S'il n'est pas le médecin traitant de la personne... Donc, que signifie «médecin traitant»? C'est bel et bien le bon terme qui se retrouve dans l'article. Le médecin traitant, c'est vraiment autant dans le sens commun que dans le sens qu'on souhaite lui donner, le médecin qui, donc, s'occupe de la personne au moment où la demande est faite. Donc, c'est la personne... c'est le médecin qui est en relation, compte tenu de la situation de la personne, à ce moment-là. Ce n'est pas son médecin de famille. Par exemple, si elle est dans une unité de soins palliatifs, si elle est dans... par exemple, avec son oncologue et que c'est son oncologue qui est son médecin traitant, mais le médecin de famille peut aussi... dans certains cas, il peut cumuler les deux titres et être aussi son médecin traitant. Mais c'est vraiment... et on a vérifié avec plusieurs médecins, et c'est autant l'expression consacrée que ce qui confirme la réalité, parce que c'est la personne... donc, c'est le médecin qui a pris en charge la personne, le patient pour la situation dans laquelle la personne est.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Seulement une question par curiosité. Est-ce que la notion de «médecin traitant» est définie à quelque part dans une loi, un règlement ou je ne sais trop quoi?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, ce n'est pas une réalité définie, mais c'est une réalité présente dans plusieurs lois dans notre corpus législatif, là, notamment, je pense, dans les lois relatives à la CSST, donc le médecin traitant étant la personne qui va fournir les renseignements, ou tout ça. Donc, c'est une réalité qui est déjà présente, et on me dit que c'est le terme consacré aussi dans la pratique. Donc, les médecins devraient bien comprendre ce dont il s'agit.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis est-ce que c'est possible qu'il y ait plusieurs médecins traitants, compte tenu que, dans un dossier, il peut y avoir plusieurs médecins qui interviennent?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ce n'est pas impossible d'avoir deux médecins cotraitants, mais c'est vraiment l'exception, parce que la réalité, généralement... Par exemple, si on prend le cas d'une personne qui serait en soins palliatifs, le médecin qui s'occupait de la personne avant, exemple l'oncologue, lorsqu'il fait le transfert, par exemple, pour déplacer la personne dans une unité de soins palliatifs, va céder en quelque sorte la prise en charge, et c'est le médecin de l'unité de soins palliatifs qui va assumer la prise en charge.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est correct, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'amendement déposé à l'article 26? S'il n'y a pas... Mme la députée de Gatineau?

Mme Vallée : En fait, non, il n'y a pas d'amendement, mais je comprends qu'il y aura un petit changement parce qu'il y a...

Mme Hivon : Nos légistes travaillent tellement vite que, dès que je soulève une question ou une idée, ils préparent un amendement potentiel. Alors, on va juste revenir, parce qu'effectivement ils avaient préparé un amendement potentiel avec un autre mot.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. On va les...

Mme Hivon : On peut le modifier à la main, effectivement.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non, mais on va les aider à relaxer plus, là. Mais moi, j'aimerais avoir quand même le texte final pour pouvoir l'adopter. C'est parce que c'est quand même un article important puis... O.K. Puis on n'est pas à quelques minutes près.

Mme Hivon : Bien, on pourrait faire le texte final juste en modifiant le mot. Mais il sort à l'instant, donc nous allons l'avoir.

La Présidente (Mme Proulx) : Donc, c'est un nouvel amendement?

Mme Hivon : Oui. Bien, c'est ce que le député de Jean-Talon semble souhaiter, donc on va...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Mme la Présidente...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. C'est mon côté sérieux et perfectionniste qui demande à ce que j'aie toujours le texte devant moi, puis, je pense, les gens se sont rendu compte, c'est qu'il faut que ce soit très ordonné.

La Présidente (Mme Proulx) : On va suspendre quelques instants.

(Suspension de la séance à 15 h 47)

(Reprise à 15 h 48)

La Présidente (Mme Proulx) : Nous allons reprendre nos travaux. Alors, Mme la ministre, si vous voulez faire la lecture du texte final de l'amendement proposé à l'article 26.

Mme Hivon : D'accord. Alors, je lis, pour une dernière fois, le dernier amendement qui est déposé. Donc, l'amendement vise à remplacer l'article 26 du projet de loi par le suivant :

«26. Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :

«1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

«2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;

«3° elle est en fin de vie;

«4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;

«5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

«6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

«La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

«Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci.»

La Présidente (Mme Proulx) : Merci, Mme la ministre. Y a-t-il d'autres interventions? S'il n'y a pas d'autre intervention, nous pouvons procéder à la mise aux voix de l'amendement proposé à l'article 26. L'amendement est-il adopté?

Des voix : Adopté.

• (15 h 50) •

La Présidente (Mme Proulx) : L'amendement proposé est adopté. Nous allons maintenant reprendre l'étude de l'article 26. L'article 26, s'il n'y a pas d'autre intervention... Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Je veux simplement, sur l'article 26... Et là j'explique. Compte tenu de la multiplicité de points de vue exprimés par les membres de notre équipe, je vais tout simplement enregistrer une voix sur division du projet de loi. Mais ça, c'est pour respecter l'ensemble un petit peu du vote qui a été exprimé sur le principe. Alors, c'est tout simplement ça, et ça ne change rien au travail et au sérieux qui est fait sur l'article.

La Présidente (Mme Proulx) : Alors, l'article 26 est adopté à la majorité. D'accord?

Une voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Nous allons poursuivre maintenant avec l'étude de l'article 27. Mme la ministre. Oui, Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Nous avons un amendement qui introduit un nouvel article, donc un 26.1, qui est en photocopie en ce moment et qui doit être remplacé... Il y avait eu une coquille dans la version qui avait été remise à l'opposition et donc petite différence. Et donc la nouvelle version, qui est en train d'être imprimée, va être remise à nos collègues.

La Présidente (Mme Proulx) : Nous allons suspendre quelques instants.

(Suspension de la séance à 15 h 51)

(Reprise à 15 h 53)

La Présidente (Mme Proulx) : Nous allons reprendre nos travaux. Alors, Mme la ministre, la parole est à vous.

Mme Hivon : Oui. Alors, l'amendement qui est présenté vise à insérer, après l'article 26 du projet de loi, l'article suivant :

«26.1. Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 26 en raison d'une incapacité physique, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.»

Alors, Mme la Présidente, c'est un article nouveau, qui vise, en fait, à reprendre une idée qui était, dans l'ancienne version, intégrée à l'article 26 du projet de loi. Mais on a jugé, avec le recul puis à la lumière de certains commentaires, qu'il serait plus clair d'avoir à 26 l'ensemble des conditions de base et de venir prévoir, dans un article subséquent qui vise spécifiquement les personnes qui auraient une incapacité physique, donc pour signer le formulaire, que c'est un tiers qui peut le faire à leur place. Donc, voilà le sens de l'amendement.

Je tiens à dire d'entrée de jeu que cet article ne serait pas essentiel. Parce qu'il n'est pas obligatoire. On le dépose. On le propose parce qu'on pense que la question peut se poser, évidemment, en fin de vie, parce qu'une personne peut

avoir une incapacité physique, mais aussi parce qu'une personne peut avoir une très grande faiblesse et que ça puisse être difficile pour elle de signer le formulaire. Mais on pense davantage à une personne qui a une incapacité physique évidemment.

Dans la vie de tous les jours, dans le milieu hospitalier, évidemment, on est face à des personnes qui ont des incapacités, et la pratique qui est tout à fait reconnue comme, je dirais, pour les actes qui se posent au quotidien pour les personnes qui n'ont pas la capacité physique de signer, c'est que ça peut être un tiers qui le fasse à leur place. On a la personne en face de nous, donc on peut voir, donc, que c'est elle et c'est l'expression de sa volonté. Donc, on vient prévoir simplement, encore une fois, pour avoir la ceinture et les bretelles. Donc, c'est le sens de l'amendement qui vise à introduire ce nouvel article.

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

Mme Vallée : Alors, une question : Est-ce que ce tiers-là devrait avoir été préalablement désigné par la personne? Qui est ce tiers qui peut signer pour la personne? Est-ce que c'est son mandataire? Est-ce que c'est quelqu'un qui pourrait être désigné dans le cadre des directives en fin de vie? Est-ce que c'est quelqu'un qui pourrait être désigné dans le cadre de mandat pour inaptitude? Je comprends aussi qu'il y a certaines personnes qui, toute leur vie, vivent avec une incapacité les empêchant de signer un formulaire. Donc, ces personnes-là, parfois, doivent, j'imagine, avoir désigné des gens pour signer en leur place des documents officiels, des chèques, des trucs comme ça. Donc, je me demandais comment on encadrerait la désignation du tiers.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, c'est la personne qui est désignée, à ce moment-là, pour cet acte-là, par la personne qui a une incapacité physique. Ce n'est pas quelque chose qu'on prévoirait dans les directives médicales anticipées, parce que la personne, elle est apte, donc elle n'est pas dans une situation d'inaptitude. Donc, elle est tout à fait apte, c'est simplement qu'elle a une incapacité physique de faire ce petit geste très technique, parce qu'évidemment elle formule sa demande... Dans le prochain article, on va voir qu'on va évaluer si elle remplit à toutes les conditions, donc c'est vraiment pour le geste, je dirais, de nature très technique qu'on vient le prévoir, et c'est la personne qui est désignée à ce moment-là pour ce geste-là, donc, par la personne qui est en fin de vie.

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

Mme Vallée : Mais ce tiers-là pourrait être n'importe qui, finalement.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Le tiers pourrait être toute personne qui est désignée par la personne qui est en fin de vie et qui fait la demande, sauf qu'on a prévu expressément que ça ne peut pas être une personne qui est membre de l'équipe de soins responsable et que ça ne peut pas être un mineur, bien sûr, ou un majeur inapte. On peut imaginer très bien que, si on commence à faire une énumération... En fin de vie, vous pouvez être avec une personne qui vous est proche et qui est la personne, donc, qui vous accompagne dans ces moments où vous avez de très grandes décisions à prendre et que vous faites cette demande, et c'est cette personne-là que vous pouvez vouloir désigner. Donc, on laisse la latitude à la personne d'avoir recours à la personne qui lui est proche.

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

Mme Vallée : Est-ce qu'il y a un formalisme particulier pour encadrer cet acte-là? Est-ce qu'il y aurait la signature d'un témoin qui serait requise dans le cas où ce n'est pas la personne elle-même qui signe son formulaire?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : La règle de base demeure. Donc, dans tous les cas, il va y avoir une autre personne, donc un professionnel de la santé qui va être présent. Ça n'enlève pas du tout cette exigence-là, qui est formelle, à 26 et qui est là pour tous les cas. Et donc on a une autre personne qui va venir, mais qui est là, en fait, pour être le prolongement de la personne qui, compte tenu d'une incapacité, ne peut pas signer.

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

Mme Vallée : Je cherche mon article amendé. À ce moment-là, est-ce qu'il ne serait pas opportun de le prévoir? Quand même, je... à moins... je sais que ça serait redondant, là, mais quand même prévoir que le formulaire est aussi contresigné... ce formulaire-là est signé par un tiers et est aussi contresigné.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

• (16 heures) •

Mme Hivon : On l'a justement mis dans un autre article pour que ce soit bien clair que 26, c'est vraiment le cadre et que toutes les conditions qui sont à 26, qu'importe la situation, doivent être remplies. Mais il y a une seule petite

spécificité lorsqu'une personne est dans un état d'incapacité physique simplement pour signer, et, dans ce cas-là, on vient prévoir 26.1. Mais effectivement ce serait redondant parce qu'on prévoit tout le reste du mécanisme. Donc, est-ce qu'on va répéter que ça doit être libre et éclairé et tout ça? Non. Donc, c'est la même chose pour ce qui est de l'exigence d'avoir un professionnel de la santé présent lors de la signature du formulaire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, moi, je ne vais seulement que faire une remarque pour dire que, même si la ministre dit que ce n'est pas nécessaire, j'apprécie énormément qu'on apporte cette clarification parce que, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, souvent, les juristes savent que ce n'est pas nécessaire, mais, pour la personne qui n'est pas habituée de travailler avec les lois, ou de lire les lois, ou de les interpréter, le fait d'avoir des clarifications comme ça, même si parfois ce ne serait pas nécessaire, je pense que ça permet à tous de mieux comprendre la loi. Donc, moi, j'apprécie qu'on fasse cette clarification.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'amendement introduisant un nouvel article? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Là où je suis un petit peu embêtée, comme à chaque fois où il est question de demander à un tiers de signer, c'est comment s'assurer de prévenir les cas de pression induite de la part, peu importe, là, que ce soient des membres de la famille, que ce soit d'amis ou de gens qui accompagnent, c'est toujours là qu'il est difficile... Puis en même temps je comprends très bien la difficulté que pourraient rencontrer un certain nombre de personnes en fin de vie qui, justement, comme le disait la ministre, n'ont pas la force de signer le document ou n'ont pas la capacité de le signer, on a... mais, quand même, la signature atteste aussi, d'une certaine façon, de la compréhension du document.

Est-ce qu'il y aurait la possibilité peut-être de faire la lecture à voix haute du document? Parce que, si la personne n'est pas habilitée à le signer, est-ce qu'elle est habilitée à le lire pour vraiment comprendre : Voici la demande que je formule? Donc, est-ce qu'on pourrait, au même titre qu'on le fait parfois dans les actes notariés... On s'entend, le notaire doit lire l'acte notarié aux personnes qui contractent cet acte. Est-ce qu'il y aurait lieu, dans le cas de 26.1, de simplement s'assurer qu'après avoir fait lecture du formulaire, bon, le formulaire est signé par un tiers, mais à tout le moins s'assurer de la compréhension de la personne? S'il s'agit d'une personne qui est aveugle, bien, assurément, cette personne-là — puis je comprends que ça peut être lourd d'avoir des formulaires en braille — donc, s'assurer que la lecture du formulaire soit faite, et le tiers appose sa signature après avoir lu le formulaire?

Même chose pour une personne en fin de vie qui aurait probablement des problèmes de vision, des difficultés. Bien, on en fait la lecture et on s'assure : Bon, c'est toujours ça, M. Untel, c'est ce que vous souhaitez? Alors, je vais apposer ma signature en votre nom. Juste l'accompagner d'un petit formalisme qui n'a pas besoin d'être lourd, mais pour s'assurer que la personne qui formule la demande comprend bien de quoi il s'agit parce que, bon, il ne s'agit pas de l'administration d'un médicament puis qui est sans conséquence, c'est quand même... L'aide médicale à mourir, comme je le disais, a une finalité qui est propre, qui est spécifique, et je sais... On me dira : Bien, quand il s'agit d'un arrêt de traitement, la finalité peut aussi être spécifique. J'en suis consciente. J'aurais comme réflexe de vous dire que, même pour les cas d'arrêt de traitement ou les cas de sédation, il serait, à mon avis, opportun de prendre les deux, trois minutes nécessaires pour faire la lecture du document et s'assurer que la personne a bel et bien compris. Puis, dans 98 % des cas, ce sera le cas, là, les gens auront bel et bien compris, mais tout simplement pour assurer une véritable compréhension, parce qu'ici il n'est pas question de signer en notre qualité de mandataire, je comprends, puisque la personne est apte, alors c'est vraiment parce que la personne a une incapacité physique. Donc, peut-être que c'est tout simple de faire la lecture du document. Puis je ne pense pas que le formulaire... De ce que j'ai compris, de ce que j'ai pu comprendre de nos échanges, c'est un formulaire qui sera quand même relativement simple, là, il n'y aura pas des tonnes et des tonnes de paragraphes. Donc, je soulève la question, je ne sais pas ce qu'en pensent la ministre et son équipe.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Je comprends ce qui anime la députée, mais ce n'est pas parce que quelqu'un a une incapacité physique — par exemple un handicap physique qui fait qu'il ne peut pas se servir de ses mains pour signer — qu'il a un problème de compréhension de ce qui est dans le formulaire. Donc, moi, je trouve qu'il y aurait un risque de stigmatiser les personnes qui ont une incapacité physique en disant : Pour vous, parce que vous avez une incapacité physique puis que c'est un tiers, en fait, qui va être votre prolongement, là soudainement, on va s'assurer que vous comprenez vraiment bien. Dans le fond, ce n'est pas... je comprends la préoccupation, mais ce n'est pas lié à l'incapacité physique de la personne. Donc, de ce point de vue là, je ne pense pas que soit requis, puis je ne pense pas non plus que ça serait opportun de venir prévoir ça.

Je veux juste rassurer la députée qu'évidemment à 28 nous allons voir que le médecin doit s'assurer de toutes les conditions et il doit s'assurer du consentement libre et éclairé, de l'absence de pression. Il doit s'assurer que la personne, évidemment, a bien compris, qu'elle comprend les alternatives, donc que ce consentement est à la fois libre, parce qu'il n'y a pas de pression, et à la fois éclairé, parce qu'elle a bien compris le sens, donc, du soin qui était là et les alternatives qui auraient pu être présentes.

Parce que l'autre élément, c'est que ce n'est pas parce que c'est une personne qui fait le geste technique pour vous qu'il y a plus de risques de pressions. Les pressions, ça peut être vous qui signez, là, si on veut analyser ça, mais que ça

fait une semaine qu'on vous parle, qu'on vous parle, qu'on vous parle, qu'on vous dit : Signe, signe, signe — là, si on veut pousser ce cas-là imaginaire au bout de l'exercice — alors qu'une personne pourrait décider qu'aujourd'hui c'est le jour, après en avoir discuté, où elle veut signer sa demande, mais elle n'a pas la capacité physique. Donc, il n'y a pas plus de risques de pressions parce que ce n'est pas elle qui le signe.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres commentaires ou interventions sur l'amendement introduisant le nouvel article? S'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons procéder à la mise aux voix. L'amendement introduisant un nouvel article 26.1 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Adopté. Merci. Nous allons poursuivre avec l'étude de l'article 27. Mme la ministre, l'article 27.

Mme Hivon : Oui, Mme la Présidente. On va commencer l'article 27. Je veux juste porter à l'attention de l'opposition que, compte tenu que nous avons acquiescé à la demande de l'opposition d'introduire la référence à un formulaire à l'article 25, nous allons avoir un article miroir, un 25.1, pour prévoir qu'en cas d'incapacité physique pour la sédation palliative continue... Donc, on va finaliser l'amendement puis on pourra vous le soumettre. Puis, pendant ce temps-là, on va pouvoir traiter de 27, si ça vous va, parce que c'est vraiment miroir, là, donc il n'y aurait pas de grand débat.

Donc, l'article 27, je crois que nous avons un amendement. Nous avons tellement été à l'écoute, Mme la Présidente, pendant ces auditions et à l'égard de ce que l'opposition nous a dit. Donc, je dépose un amendement. Je crois que les copies sont prêtes. Donc, ça avait déjà été distribué à l'opposition, alors je vais faire la lecture de l'amendement à l'article 27. Donc, l'amendement se lit comme suit : Modifier l'article 27 du projet de loi par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.»

Le sens de l'amendement, Mme la Présidente, c'est que certaines personnes sont venues nous dire que c'était très bien parce que, dans l'article du projet de loi, on prévoyait, évidemment, qu'en tout temps et par tout moyen la personne pouvait retirer sa demande, mais ils nous ont dit : Qu'en serait-il si la personne ne veut pas la retirer, comme tel, mais veut la reporter? Donc, de dire : On avait prévu, par exemple, que de l'administration de l'aide médicale à mourir se fasse aujourd'hui, je souhaiterais attendre demain, exemple, parce que ma fille va venir ou... Bon, on peut imaginer, là, les raisons qui sont propres à la personne. Donc, on a trouvé que c'était un commentaire qui était très pertinent, qui, dans le fond, allait un peu de soi avec le fait, peut-être, de retirer, mais on ne voulait pas, évidemment, faire en sorte que la personne doive refaire le processus de redéposer une nouvelle demande, d'où le sens de l'amendement qui est proposé.

• (16 h 10) •

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il des commentaires à l'amendement déposé? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Oui, Mme la Présidente. Alors, l'AQESSS avait recommandé de bonifier l'article, et je vais lire... Ce que l'AQESSS nous avait proposé était à l'effet qu'une personne pouvait, par tout moyen, révoquer sa demande d'aide médicale à mourir, et que cette révocation devait être consignée au moyen du formulaire prescrit par le ministre, et qu'il devait être aussi daté et signé par la personne.

Donc, dans le fond, on souhaitait le consigner à l'intérieur d'un formulaire qui, par la suite, serait conservé dans le dossier de l'usager pour usage ultérieur, là. Donc, ils voulaient qu'il puisse y avoir une trace d'une demande. Et puis d'ailleurs je crois que nous avons également inclus certains amendements dans lesquels on demande à ce que les établissements puissent faire état des demandes d'aide médicale à mourir administrées et celles qui n'ont pas été administrées et les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été administrées.

Donc, j'imagine que cette recommandation de l'AQESSS pourrait également permettre aux établissements de donner suite à cet amendement. Je ne sais pas ce qu'en pensait la ministre ou si... J'imagine... La ministre hoche la tête, là, j'imagine qu'on y a déjà songé.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je suis tout à fait d'accord avec cette remarque de l'AQESSS. On va voir, à l'article 31, qu'on va apporter un amendement. 31, c'est l'article qui porte sur ce qui doit être consigné dans le dossier. Donc, on va prévoir que, si une demande est révoquée, est retirée, on va devoir le consigner dans le dossier pour qu'il y ait une très grande sécurité puis une très grande transparence à cet égard-là.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'amendement? M. le député de Jean-Talon.

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

La Présidente (Mme Proulx) : Non?

Mme Hivon : Est-ce que vous préféreriez que je lise l'article? Ah! bien non! Il faut disposer de l'amendement, hein? Je déborde d'enthousiasme, Mme la Présidente. J'étais prête à lire l'article tel qu'amendé.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Peut-être que la ministre pense qu'on va trop vite. Puis on va prendre... On peut la rassurer.

Mme Hivon : J'ai beaucoup d'inquiétudes, mais pas celle-là, Mme la Présidente. Je ne m'inquiète pas d'un rythme trop rapide.

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

Mme Vallée : Simplement, pour le report de l'administration de l'aide médicale à mourir, est-ce que la date, c'est laissé à la discrétion du patient ou c'est laissé... Ça peut être laissé à la discrétion de l'équipe médicale? Je comprends qu'on puisse demander de le reporter pour permettre que tous les proches puissent être rassemblés, aussi pour se donner un petit... un temps supplémentaire de réflexion, parce que, parfois, ça peut être... Ouf! C'est gros! Mais est-ce qu'il y a une suite à donner à ce report-là? C'est reporté quand, qui détermine, puis...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est vraiment la personne, donc, qui détermine. Ce qu'on peut imaginer très bien, c'est que la personne va peut-être dire : Je veux qu'on reporte à demain, compte tenu de circonstances personnelles, d'un proche qui doit venir me voir, qui n'a pas pu venir me voir pour x raisons. Et on pense aussi qu'une personne pourrait dire : Je souhaite la reporter de quelques jours aussi. Donc, c'est vraiment le libre choix de la personne.

Et bien sûr on peut s'imaginer que, si elle a répondu à l'ensemble des critères, sa situation ne fera pas en sorte qu'elle pourrait soudainement, parce qu'elle la reporte de quelques jours, ne plus répondre aux critères, là, s'il y a une préoccupation à cet égard-là. Parce que la personne, évidemment, compte tenu de tout ce qu'on a vu à 26, elle est dans un état tel qu'il n'y a aucune perspective d'amélioration, ce qui fait en sorte que c'est certain que, même si c'est reporté dans le temps de quelques jours, elle va toujours répondre aux critères.

La Présidente (Mme Proulx) : C'est bon? Alors, s'il n'y a pas d'autre intervention sur l'amendement de l'article 27, nous allons procéder à la mise aux voix. Est-ce que l'amendement proposé est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Adopté. Mme la ministre, voulez-vous faire la lecture de l'article 27 tel qu'amendé?

Mme Hivon : Oui, Mme la Présidente. Donc, 27 se lit comme suit : «Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

«Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.»

La Présidente (Mme Proulx) : S'il n'y a pas d'autre intervention, nous pouvons procéder à la mise aux voix. L'article 27, tel qu'amendé, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci.

Mme Hivon : Donc, nous pourrions aller, Mme la Présidente, à l'amendement à l'article 25... 25.1 visant... l'amendement visant à introduire un nouvel article après 25, donc, qui est numéroté 25.1.

La Présidente (Mme Proulx) : Oui. Est-ce que les copies ont été distribuées? Alors, Mme la ministre, vous pouvez en faire la lecture.

Mme Hivon : Oui. Alors, l'article 25.1, l'amendement se lit comme suit : Insérer, après l'article 25 du projet de loi, l'article suivant :

«25.1. Lorsque la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 25 en raison d'une incapacité physique, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.»

Donc, le sens de l'article 25.1 est tout simplement la disposition miroir à l'article 26.1 que nous venons d'adopter et qui est rendue nécessaire compte tenu de la demande de l'opposition, à laquelle nous avons acquiescé, de prévoir dorénavant que la demande va se faire par le biais d'un formulaire.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il des interventions sur l'amendement introduisant l'article 25.1? Nous pouvons procéder à la mise aux voix. L'amendement introduisant l'article 25.1 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Nous pouvons poursuivre l'étude du projet de loi avec l'article 28. Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, je vais faire la lecture de l'article 28 :

«28. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit :

«1° être d'avis que la personne satisfait aux conditions prévues à l'article 26, notamment :

«a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;

«b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;

«c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;

«d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;

«e) en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite;

«2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaite contacter;

«3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

«Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il prend connaissance du dossier de la personne et examine celle-ci. Il rend son avis par écrit.»

• (16 h 20) •

Alors, Mme la présidente, c'est un autre article important, bien sûr, du projet de loi. Donc, cet article-là prévoit l'ensemble des obligations du médecin lorsqu'il apprécie si une demande... si une personne qui fait une demande d'aide médicale à mourir remplit l'ensemble des conditions prévues à l'article 26 et peut donc l'obtenir. Donc, dans son évaluation, évidemment, il va devoir porter une attention particulière au caractère libre et éclairé de la demande — on en a parlé souvent — libre voulant dire «exempt de toute pression extérieure» — on le prévoit nommément, noir sur blanc — et éclairé prévoit bien sûr que la personne comprend le sens du soin qu'elle demande. Il va aussi devoir s'assurer que la demande est répétée, donc, qu'elle est réitérée, en menant des entretiens avec la personne à des moments différents. Ce que ça veut dire, c'est qu'il va devoir s'entretenir plus d'une fois avec la personne de cette demande-là pour s'assurer de la persistance de la volonté de la personne d'obtenir une aide médicale à mourir.

Je pourrai expliquer davantage la mécanique et le délai raisonnable compte tenu de l'état, mais je peux, d'entrée de jeu, dire qu'évidemment un délai raisonnable pour une personne pour qui il reste quelques jours à vivre, qui est en phase très, très, très avancée, par exemple, d'un cancer et pour qui le pronostic peut être d'une semaine, on pourra s'assurer de la persistance de sa demande par des entretiens qui peuvent être espacés de 24 heures ou de 48 heures, ce qui n'est pas la même réalité d'une personne pour qui il y aurait encore des semaines ou des mois devant elle parce qu'elle est victime d'une maladie dégénérative qui la plonge dans un état excessivement difficile. Mais, compte tenu de l'évolution de sa maladie, peut-être que la persistance va être évaluée sur une période un peu plus longue. Donc, c'est pour ça que le choix a été fait, comme c'est le cas dans les pays européens, qu'il n'y ait pas de délai précis parce qu'on estimait que ça pouvait nuire, dans un sens ou dans l'autre, à la personne qui est en fin de vie et qui se qualifie, qui répond, donc, à l'ensemble des critères de 26. Mais on pourra y revenir.

On prévoit aussi, bien sûr, que le médecin va s'entretenir, donc, pour satisfaire aux conditions de 26, donc, pour s'assurer que toutes les conditions sont remplies, comme on en a discuté lors de l'étude de l'article 26. S'il le juge opportun, il va pouvoir, donc, s'enquérir de certains éléments auprès de l'équipe soignante, de l'équipe de la personne.

Et voilà, donc, pour l'essentiel. Le médecin va aussi s'assurer que la personne qui en manifeste le désir et qui a voulu s'entretenir avec des proches a pu le faire. Donc, c'est aussi quelque chose qui va être vérifié. Et bien sûr il y a toute la question de l'obtention d'un deuxième avis, ce qui est une autre balise très importante dans le projet de loi, donc, de s'assurer qu'il y a un deuxième médecin qui en vient aux mêmes conclusions que la personne... que le premier médecin, donc, qui est le médecin de la personne. Alors, voilà pour l'essentiel de l'article 28, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Y a-t-il des interventions? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Mme la Présidente, je pense qu'on va prendre chaque paragraphe, un peu comme nous l'avons fait pour l'article 26. Donc, je suggère qu'on puisse y aller paragraphe par paragraphe afin d'éviter de jouer au ping-pong, là, dans les différents sujets qui sont abordés par l'article 28.

La Présidente (Mme Proulx) : Est-ce que j'ai le consentement?

Mme Hivon : Oui.

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

Mme Vallée : Donc, pour débiter, bien, évidemment... Je ne sais pas s'il y a lieu... et là j'essaie de voir où on pourrait l'inclure... C'est que la Fédération des médecins spécialistes nous avait recommandé qu'il pouvait être opportun, dans certains cas, de faire appel à un psychiatre. Et là c'est pour ça que je l'aborde au début, au niveau du caractère libre et éclairé, de l'analyse du caractère libre et éclairé. Je ne sais pas si c'est à cette étape-ci qu'on devrait l'inclure. Et ça rejoint aussi cette préoccupation-là... certaines préoccupations qui ont été soulevées lors de l'étude de l'article 26. Est-ce qu'il devrait y avoir quelqu'un dans l'évaluation, un spécialiste chargé de s'assurer du bon état de santé mentale de la personne qui exprime cette volonté de recourir à l'aide médicale à mourir pour être vraiment en mesure de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une période creuse du processus de la maladie?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Mme la Présidente, nous pensons que ce ne serait pas une avenue à inclure dans le projet de loi. Le député de Jean-Talon a indiqué hier, évidemment, que, quand le médecin qui doit faire l'évaluation a un doute important quant à l'état psychiatrique, mental de la personne pour évaluer le consentement, il peut requérir à un psychiatre, bien sûr, comme il peut s'enquérir de différents éléments auprès des infirmières, par exemple, sur la question des souffrances, de la persistance des souffrances, bon, tout ça.

On s'est posé la question, mais on n'est pas favorables à cette avenue-là parce qu'à chaque jour il y a des décisions excessivement importantes. Je le dis souvent, mais c'est parce que c'est vrai : L'aide médicale à mourir, c'est très, très important, là... personne ne remet ça en cause ici, ce n'est pas pour rien que c'est encadré comme c'est encadré aux articles 26 et 28, notamment... mais, à chaque jour, il y a des décisions d'arrêt de traitement, il y a des décisions de chirurgies qui comportent des risques très, très importants sur des personnes qui, ne serait-ce que de ça, pourraient être en parfaite santé, ont 12 ans, 20 ans, 25 ans. Donc, il y a des décisions très importantes qui se prennent, et on n'exige pas ce formalisme-là systématiquement d'aller vers le psychiatre.

C'est aussi une manière de confirmer que c'est vraiment le médecin qui est la personne qui évalue le consentement libre et éclairé parce que ça serait une brèche importante dans ce principe-là si, dans une situation donnée, on venait dire que, systématiquement, il doit y avoir l'intervention du psychiatre. D'ailleurs, les psychiatres eux-mêmes — dont deux qu'on a entendus — n'étaient pas favorables à cette inclusion systématique. Et il faut aussi être conscients que les psychiatres ont énormément de travail aussi, et de systématiser ça pourrait être contre-productif, je dirais, soit banaliser les choses ou, au contraire, les rendre d'une beaucoup plus grande complexité pour des cas qui ne requièrent pas cet éclairage-là. Et un médecin, un médecin qui fait son travail avec toute sa conscience, qui est très consciencieux, s'il a un doute quant à l'état mental de la personne, bien sûr, va avoir recours à un psychiatre.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Par contre, ce qui est prévu, là, je ne sais pas, dans les orientations de la ministre... qu'à un moment donné ce soit facile d'avoir une disponibilité pour avoir une consultation en psychiatrie parce qu'il reste que... pas seulement que pour l'aptitude, mais il faut également juger, voir les réelles intentions de la personne. Les cas faciles, je suis d'accord avec elle que ce n'est pas nécessaire, mais il y a quand même des cas plus complexes. Est-ce que ces personnes-là peuvent avoir une priorité pour être évaluées? Est-ce qu'on va faire appel également à des possibilités... Quand on est en région, il n'y a pas toujours des psychiatres de disponibles, donc est-ce qu'on peut penser qu'on pourrait avoir accès d'une autre façon?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : De ce que je comprends, c'est que, dans la réalité, donc, des soins de fin de vie, c'est quand même une référence qui se fait assez souvent, donc, parce qu'il peut y avoir des gens qui vivent des situations excessivement difficiles sur le plan psychique. Déjà, c'est le cas à l'heure actuelle. Et donc, en général, il y a ces références qui se font, bien, parce qu'évidemment on comprend que, quand une personne est en fin de vie et qu'il y a des décisions qui doivent se prendre rapidement, le psychiatre doit pouvoir être disponible rapidement. Et, pour les échanges que j'ai eus à ce sujet-là, ça ne fait pas foi de tout à l'ensemble du Québec et de tout ce qui se fait partout, mais c'est assez fluide comme processus et comme accès.

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

Mme Vallée : Oui. Tout à l'heure, on parlait que l'article était vraiment pour encadrer la question des pressions indues qui auraient pu être portées. Le médecin a cette obligation de vérification, donc j'imagine que, dans le contexte du caractère libre de la demande, il y aura certaines démarches qui seront effectuées. Est-ce qu'il y a quelque chose de particulier ou un processus particulier qui est suivi, qui est déjà mis en place, par exemple, pour l'arrêt de traitement ou d'autres interventions médicales, qui sera mis en place dans le cadre de l'aide médicale à mourir?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

• (16 h 30) •

Mme Hivon : Il n'y a rien de formel, à ce que je sache, qui est prévu expressément, donc, dans le cas d'un arrêt de traitement. Donc, c'est l'obligation générale de toujours s'en assurer, c'est la même chose. Mais, à la lumière de la

littérature, ce qui est compris généralement, quand on fait un examen pour s'assurer qu'il n'y a pas de pression extérieure, c'est donc de vraiment s'assurer de comprendre les motifs de la demande de la personne. Donc, évidemment, en ayant un échange avec elle sur les motifs de sa demande, on est capables de voir si elle dit, par exemple : Je suis un fardeau pour mes proches, je ne veux plus être un fardeau pour mes proches, et donc le médecin est à même d'aller fouiller ça, bien évidemment, poser directement la question à la personne, donc : Avez-vous été l'objet de pressions? Donc, la personne risque quand même d'y répondre, et, bien sûr, on peut évaluer, voir, au besoin, s'il y a eu une évaluation, là, de l'équipe qui voit un peu la dynamique aussi de la personne. Donc, ce sont des éléments qui sont reconnus comme des éléments qui permettent d'évaluer s'il y a présence ou non de pressions extérieures.

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

Mme Vallée : Dans ce contexte-là, j'imagine que le médecin... Dans tout ça, là, tout se fait quand même un petit peu en même temps. Le médecin qui prend ça, bon, regarde, va s'entretenir aussi avec l'équipe. Donc, j'imagine que, dans les échanges avec l'équipe de soins, c'est aussi une possibilité pour le médecin de voir si, dans l'équipe de soins, il y a des gens qui ont constaté, effectivement...

Mme Hivon : ...par exemple, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est très pertinent. Oui, moi, je pense qu'à cet égard-là l'équipe est très importante, parce qu'on pourrait voir que c'est quelqu'un qui nous dit, depuis qu'elle est arrivée, par exemple, qu'elle va se battre jusqu'au bout, jusqu'à son dernier souffle, malgré ses souffrances, malgré ses difficultés, et soudainement il y a une nouvelle personne — cas très hypothétique, mais on les analyse tous — qui arrive dans le décor, un fils revenu de loin, et puis la personne changerait d'avis soudainement. Bien, évidemment, l'équipe qui est plus en lien, les infirmières, pourrait dire : Bien, on a vu quand même un changement important, il faudrait fouiller ça davantage, là.

Je dois vous dire, Mme la Présidente, que je ne crois pas beaucoup à la théorie du complot pour ce type de demande là, parce que je pense que, pour qu'une personne aille jusqu'à demander, avec tout ce que ça requiert de force, quand même, et de volonté — il faut le souligner — en fin de vie, alors que la personne souffre de manière constante... je pense que c'est évidemment le fond de sa volonté, le fond de sa pensée vraiment qui va transpirer. Mais c'est important de ne pas faire comme si c'est impossible et impensable qu'il puisse y avoir des cas où la personne, par exemple, à la suite de remarques ou de discussions qui deviendraient très intenses, puisse évoluer et ne le demande pas nécessairement de manière tout à fait libre. Donc, c'est pour ça qu'on le prévoit.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : L'inquiétude que les gens ont laissé savoir, surtout les gens qui s'opposaient à l'aide médicale à mourir, c'étaient des pressions extérieures, c'est-à-dire des enfants qui vont dire à leurs parents : Bien, je pense qu'on a assez souffert, ce serait-u... on peut-u y penser? Sans dire que c'est des cas qui seraient très fréquents, ça peut arriver, dans certaines familles, qu'il peut y avoir des pressions. Et c'est : Comment on fait pour se protéger de ça? Et c'est pour ça que, si la personne peut décider rapidement, puis on sent qu'il y a un changement dans ses idées ou encore on sent que la famille met des pressions qui sont indues, il faut trouver un mécanisme pour aller chercher la réelle intention de la personne.

Et c'est pour ça qu'il faut avoir cet article-là, puis non seulement il faut l'avoir écrit, il faut avoir également des intervenants qui sont à l'affût d'anomalies qui pourraient laisser suggérer qu'il y a des pressions qui sont inadéquates, et à ce moment-là il y a une évaluation à faire au niveau de la patiente. Et c'est là qu'arrive le processus d'évaluation, peut-être par un autre professionnel, ça peut être une psychologue, un travailleur social ou encore un psychiatre, pour aller chercher l'intention réelle et également faire des interventions au niveau de la famille. Ça, c'est le genre de dérive, puis, si... les gens qui sont des opposés à l'aide médicale à mourir, ils nous ramènent toujours cet argument-là. À la fin, là, nos personnes âgées, là, on va arriver à un moment donné que, peut-être, les gens vont pousser à ce qu'ils décèdent. Puis moi aussi, je ne suis pas en accord avec la théorie du complot, mais il reste que, parfois, on parle même de questions d'héritage. Il faut le dire ici, en commission parlementaire. C'est toujours des risques, sur le nombre de personnes qu'il y a au Québec puis le nombre de personnes qui peuvent en faire la demande, qu'il faut être à l'affût, et nos intervenants, nos professionnels doivent surveiller cela. Cela étant dit, ça serait de l'exception exceptionnelle.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je suis bien d'accord sur ça avec le député de Jean-Talon. On l'a écrit spécifiquement pour ça. Donc, encore une fois, je dirais qu'il y a certains pléonasmes dans notre projet de loi parce qu'un consentement libre et éclairé... «libre», en soi, ça veut dire exempt de toute pression. Si vous allez regarder toute la jurisprudence sur ces notions-là, c'est ça.

Mais on le met noir sur blanc justement pour rassurer les personnes qui auraient pu avoir des craintes par rapport à ça. Donc, je pense que c'était important de l'écrire. Puis, en même temps, je trouve que c'est toujours important aussi de venir recadrer ce projet de loi là dans l'ensemble des choses qui se font déjà au quotidien dans nos hôpitaux, notamment. Et je n'ai pas entendu de gens venir nous dire qu'il y avait des abus de sédation palliative continue, ou d'arrêt de

traitement, ou de pressions hallucinantes et indues pour que des gens en fin de vie ou que des aînés cessent leurs traitements parce que, bon, les proches trouvent que ça devrait arrêter. Je dois vous dire, là, on n'a pas entendu ça ni pendant la commission spéciale ni pendant nos auditions. Parce que moi, j'ai très, très confiance et, je l'ai déjà dit, je suis toujours étonnée de voir certaines personnes issues du corps médical venir nous soulever, agiter des épouvantails. Il faut entendre tous les points de vue, bien entendu, mais ce sont des personnes qui, au quotidien, travaillent avec des personnes vulnérables, sont dans des situations où il y a des arrêts de traitement, où il y a des demandes de cessation de soins, et je pense que, outre l'exception exceptionnelle, là, qui pourrait arriver, parce qu'on ne peut pas dire que la perfection est toujours là, ça va très bien, et les décisions se prennent bien, puis il y a l'équipe qui peut être consultée au besoin.

Donc, moi, je veux juste rassurer les gens aussi qui nous écoutent. Ici, on va beaucoup plus loin, on vient tout encadrer ça d'une manière très serrée, et c'est normal, et il faut le faire, aux articles 26 et 28, mais il faut aussi avoir confiance dans le médecin, il faut avoir confiance dans l'équipe soignante de la personne. Parce que c'est les mêmes équipes puis qui, au quotidien, prennent déjà... entendent des demandes des patients, d'arrêt de traitement, vivent avec des personnes qui sont inaptes et pour lesquelles ces décisions-là doivent être prises, alors qu'ici on parle de personnes aptes, donc qui vont l'exprimer elles-mêmes. Donc, je pense qu'il faut aussi rassurer beaucoup les gens qu'on peut avoir confiance, évidemment, dans les médecins qui sont des professionnels. Et je peux vous dire que les familles, et les proches, et les pairs appliqueraient assez vite s'il y avait cet effritement-là de la confiance à l'égard du corps médical.

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

Mme Vallée : Sur la question du caractère éclairé de la demande, hier, je pense que c'est hier, on avait abordé la question des personnes qui vivaient avec un handicap qui... les personnes qui souffraient de handicap intellectuel, on en a parlé lors des consultations. Est-ce que c'est à cette étape-là que le médecin a peut-être la responsabilité d'expliquer, en termes clairs et adaptés, à la personne à qui il s'adresse, là, en lui expliquant clairement : Voici, est-ce bien ça que vous souhaitez avoir comme soins, voici ce que c'est, voici la finalité, et pour s'assurer de la compréhension de la personne, compte tenu de son état, de l'état de la personne, de l'état de son niveau de compréhension?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Effectivement, Mme la Présidente, c'est à ce stade-ci, donc en s'assurant que la personne comprend bien le sens de la demande, les conséquences, sa réalité aussi. Donc, c'est à ce stade-là que ça doit être fait par le médecin.

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

• (16 h 40) •

Mme Vallée : Les deux éléments, le caractère libre et éclairé de la demande, est-ce que le formulaire fera état de remarques? Est-ce que le médecin aura, dans le formulaire, prescrit des endroits pour être en mesure, par exemple, de noter certains éléments, qu'il s'agisse d'éléments de réponse ou d'observations spécifiques au patient? Est-ce que le médecin pourra, dans le formulaire, préciser ou noter les petits trucs particuliers? Parce qu'on pourrait... je ne sais pas, dans un contexte où on contestait, où une famille devait contester, avant l'administration de l'aide médicale à mourir, une telle... ou la validité d'une telle demande, par exemple, sur la foi que la personne n'a pas exprimé un consentement libre et éclairé, est-ce qu'on peut... Ça, c'est le genre de truc qui pourrait survenir. Il pourrait y avoir, à l'intérieur d'une famille, des enfants qui ne sont pas en accord avec la demande formulée par leur mère ou par leur père, et là ils se disaient : Bien, il n'est pas apte, ou elle a fait l'objet de pressions, ou blablabla.

Donc, est-ce que le formulaire va permettre de consigner certains éléments qui permettront, qu'il s'agisse de la commission ou du tribunal, d'avoir un élément plus personnalisé, qu'il s'agisse d'un commentaire qui est formulé ou d'autres éléments, là?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Alors, à l'article 31, on va le voir tout à l'heure : Doivent être inscrits et versés au dossier de la personne tous les renseignements et les documents en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, qu'elle soit administrée ou non. Donc, la demande, les motifs de la décision du médecin, donc étape par étape, et les motifs de son refus ou de son acceptation. Donc, c'est à 31 qu'on vient le prévoir et... Voilà.

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

Mme Vallée : Donc, je présume, compte tenu de 31, que le formulaire permettra, pour chaque étape, de faire référence à des éléments particuliers.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, il y a le formulaire de demande de la personne. Évidemment, ce n'est pas elle qui peut juger elle-même. Donc, c'est plus ce qu'on va voir à 41, qui est-ce que le médecin va envoyer à la Commission sur les soins de fin de vie, qui est donc son rapport, en quelque sorte, et on va venir prévoir ce qui doit y être inscrit.

Donc, il va avoir en fait deux garde-fous, si vous voulez : il va consigner les principaux éléments, bien sûr, dans le dossier du patient et il va également devoir remplir une déclaration qu'il va envoyer à la Commission sur les

soins de fin de vie, qui va comprendre, donc, l'ensemble des éléments qui doivent être évalués. Et puis, de l'expérience dont j'ai entendu parler, dans les cas de doute, les médecins sont beaucoup plus prudents que l'inverse. Donc, en général, on n'est pas encore comme aux États-Unis, là, mais les médecins qui auraient un doute sur l'aptitude de la personne vont être beaucoup plus prudents. D'ailleurs, les représentants du mouvement des personnes d'abord nous disaient que, des fois, c'était d'une grande complexité. Donc, il faut aussi être conscient de ça, qu'il faut respecter la personne dans toute son autonomie, même si elle peut avoir une déficience, mais qui ne l'empêche pas, donc, de demander des soins. Donc, c'est le jugement médical qui va être là, et ça va être consigné dans les deux mécanismes dont je vous faisais part.

Mme Vallée : Je ne sais pas si mes collègues ont des commentaires sur le caractère libre et éclairé, parce que, pour ma part, j'irais à l'autre...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre ou Mme la députée.

Mme Vallée : ...donc, sur la question... j'en suis maintenant au paragraphe c, on s'assure de... le médecin doit s'assurer de la persistance des souffrances, de la volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir. Je comprends qu'on n'a pas inclus de délai, mais il arrive, dans... il y a, dans certaines législatures... certaines législations, pardon, où on va prévoir qu'il doit y avoir des délais particuliers entre, bon, l'expression de cette volonté-là et l'administration de l'aide médicale à mourir et... ou d'espacer deux demandes, c'est-à-dire qu'il y a des entretiens, le patient manifeste son intérêt à se voir administrer l'aide médicale à mourir, mais il doit y avoir... il s'agit de délais de 48 heures, de jour ou pas.

Alors, ici, on a choisi plutôt de parler de volonté réitérée. On a choisi aussi d'utiliser le terme «des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable». Donc, qu'est-ce qui serait un délai raisonnable au terme de 28c, compte tenu qu'on n'a pas de délai spécifique de prévu?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Alors, excellente question que je me suis posée. Donc, le délai raisonnable, ce n'est pas défini. Bien que ce soit une notion qui existe déjà, ce n'est pas défini dans le Code civil du Québec. C'est un délai, donc, qui doit être entendu dans le sens commun du terme et selon la situation, les circonstances propres à chaque cas. Donc, dans la jurisprudence, c'est vraiment évalué à la lumière de chaque circonstance, ce qu'est un délai raisonnable.

Je l'ai dit rapidement tout à l'heure, la raison pour laquelle on met ça, c'est qu'on pense que c'est difficile, dans des situations de fin de vie, d'arriver avec une norme complètement uniforme, objective pour tout le monde. Et, compte tenu, je dirais, de la maladie, compte tenu de l'état de la personne, la réalité de la répétition de la demande... elle va toujours devoir être répétée, mais, comme je le disais tout à l'heure, si, par exemple, on mettait un délai de 15 jours, mais qu'on a une personne qui est à l'agonie, pour qui chaque heure de ses dernières journées est comme une semaine, ça n'aurait aucun sens, parce que la demande en elle-même, d'aide médicale à mourir pour répondre à des souffrances constantes et inapaisables, deviendrait caduque en elle-même, parce qu'on pourrait dire : Le pronostic de la personne, il est d'environ ça, une semaine ou deux. Donc, c'est pour ça qu'on a fait le choix de ne pas mettre de délai, comme c'est ce qui avait été établi, déterminé aussi après un examen minutieux, là, par la commission spéciale.

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

Mme Vallée : Parce qu'on pourrait se poser la question à ce que des entretiens qui ont lieu à l'intérieur d'une même journée seraient considérés comme étant des entretiens qui ont été tenus à des moments différents. Et est-ce que, donc, suivant ce que la ministre vient de nous expliquer, est-ce que ça pourrait être considéré comme étant un délai raisonnable?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Évidemment, tout ça est évalué dans les circonstances qui sont propres à la situation. Mais, dans la réalité, je dirais, quotidienne de la pratique en fin de vie, en général, le médecin va venir vous voir une fois par jour. Donc, on peut penser que son entretien avec son médecin, évidemment, serait une journée, potentiellement l'autre journée. Je vous dirais que le médecin serait celui qui jugerait, donc, évidemment, de la persistance des souffrances et de la volonté réitérée en s'assurant qu'effectivement la personne l'a réitéré.

Moi, je pense qu'il faut juste être conscient dans quelle situation on est. Donc, on est dans une situation où, pour en venir à ça, il va falloir que la personne réponde à l'ensemble des conditions de 26. Donc, on ne dira pas : Bien, on va se mettre à réfléchir à ça dans tant de jours si... Donc, on va être dans un processus d'évaluation de tout ça. Évidemment, ça veut dire que la situation de la personne, elle est excessivement sérieuse. Et donc c'est ce qui, j'estime, justifie bien qu'on ne vienne pas mettre un délai formel, qui pourrait, dans certains cas, être trop long ou peut-être trop court. Par exemple, si on mettait le 24 heures, il y a peut-être des médecins qui diraient : Oui, mais là c'est quelqu'un pour qui... il a une maladie qui peut encore, je dirais, être là pendant des mois, donc le médecin pourrait dire : Moi, je veux m'assurer de cette persistance-là sur une période un peu plus longue, compte tenu — il y a un médecin qui l'avait déjà bien exprimé — je dirais, de l'expectative qui fait en sorte qu'on est face à une situation où la décision est encore plus, je dirais, importante. Mais, en même temps, si vous mettez un délai trop long puis vous avez une personne qui est en toute fin de vie, qu'il n'en reste que quelques jours, bien, évidemment, vous brimez cette personne-là. Donc, c'est le choix qui a été fait. Et c'est un choix, en fait, je dois dire, qu'on a entendu à peu près pas de commentaires sur cette question-là parce que je pense que les médecins et les juristes sont à même d'apprécier comment cette évaluation-là va pouvoir se faire.

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

• (16 h 50) •

Mme Vallée : J'imagine qu'au même titre qu'on nous en a fait la remarque tout à l'heure, ces entretiens-là devront être consignés au dossier...

Mme Hivon : Tout à fait.

Mme Vallée : ...donc pour permettre une bonne suite des choses. Puis au niveau des entretiens...

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

Mme Vallée : Pardon, Mme la Présidente. Au niveau des entretiens, est-ce qu'on a un nombre d'entretiens? Est-ce que c'est deux, trois, cinq, 10? Je sais qu'on est encore dans le cas d'espèce, que c'est délicat, mais est-ce qu'on pourrait, après, je ne sais pas, trois entretiens, se faire dire que ce n'est pas suffisant? Est-ce que trois entretiens, on nous dit : Bon, bien, ça va, c'est suffisant?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ici, là, c'est vraiment pour évaluer la persistance des souffrances et la volonté réitérée. C'est vraiment dans ce cadre-là.

Des entretiens, ça veut dire au moins deux entretiens. Donc, je pense qu'il va y avoir des situations où la demande d'aide médicale à mourir va tellement arriver tardivement que toute l'équipe... le médecin va avoir vu comment cette personne-là... ça fait des jours et des semaines qu'ils sont en train d'essayer de trouver une manière de soulager cette personne-là, et qu'ils n'y arrivent pas, et que c'est donc excessivement difficile, et donc je vous dirais que l'évaluation de la persistance des souffrances ne prendra pas de multiples entretiens avec la personne pour dire : Vous êtes sûre, vous souffrez toujours? Parce que c'est la situation de la personne déjà depuis des jours. On a tout essayé, il n'y a rien qui fonctionne. Donc, on peut s'imaginer que, dans un cas comme celui-là, on n'aurait pas besoin de huit entretiens pour s'assurer que la personne a des souffrances persistantes et constantes versus une personne qui pourrait être dans une situation où elle a des souffrances excessivement difficiles, mais depuis un laps de temps plus court, et on veut s'assurer, effectivement, que cette personne-là souffre d'une manière constante.

Je trouve toujours ça très difficile quand on parle de cette condition-là, je dois dire, là, d'être obligé d'évaluer la constance de la souffrance, mais ça va de soi. Mais c'est juste qu'il y a une notion aussi, je pense, de bienveillance, de bienfaisance qui fait en sorte qu'on ne regardera pas la personne comme un cobaye pour s'assurer que, là, ça fait assez longtemps qu'elle souffre de manière absolument intolérable pour qu'on puisse accéder à sa demande, mais je pense que ça peut être un élément qui permet de voir un peu la mesure du nombre d'entretiens, compte tenu de la situation de la personne, peut-être de la complexité de l'évaluation de ses souffrances, et est-ce qu'elle est, donc, dans cet état-là depuis longtemps ou moins longtemps. Donc, je pense que ça, ça va jouer pour le nombre d'entretiens, mais évidemment c'est toujours la conscience du médecin. Je veux dire, quand je dis la conscience, je veux dire qu'il agisse de manière consciencieuse pour s'assurer que tout est bien respecté, notamment la question, bien sûr, des souffrances.

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

Mme Vallée : Je comprends que tout est tellement... c'est tellement délicat, et on y va tellement à du cas par cas que c'est difficile de circonscrire et... et qu'on est également en fin de vie, donc, ça aussi, ça va apporter aussi des adaptations qui seront différentes d'une personne à l'autre, compte tenu de l'état de santé de la personne. Donc, trop restreindre ne permettrait pas nécessairement de répondre à toutes les préoccupations.

Maintenant, sur la question de l'équipe de soins, donc le médecin doit s'entretenir avec les membres de l'équipe de soins qui sont en contact régulier avec la personne. On nous avait suggéré le terme «équipe interdisciplinaire». Je pense que c'était l'Ordre des pharmaciens qui nous avait...

Mme Hivon : Ce n'est pas le député de Jean-Talon qui nous l'avait suggéré, celle-là, en tout cas, Mme la députée.

Mme Vallée : Non, pas cette fois-là, pas cette fois-là, mais...

M. Bolduc (Jean-Talon) : On va y penser, Mme la Présidente, on va y penser.

Mme Vallée : Alors, évidemment, les membres de l'équipe de soins, on parle de qui? Parce qu'on a quand même les médecins, les infirmières, les psychologues, on a le pharmacien, on a les travailleurs sociaux, on a... dans certains cas, j'imagine qu'on aura également le... pas le pasteur, mais l'animateur pastoral ou les... l'animateur spirituel, pardon, qui sera peut-être également d'un conseil judicieux, ne serait-ce que de la question de la capacité du consentement libre et éclairé. Parce que, parfois, il y a ces échanges aussi avec l'équipe qui s'occupe davantage de la spiritualité, des échanges peut-être un petit peu plus personnels. Est-ce qu'il y a une raison pour laquelle on y va avec les membres de l'équipe de soins et qu'on ne parle pas nécessairement de l'équipe interdisciplinaire tel qu'il a été suggéré?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Il n'y a pas de grande question de principe sur cet élément-là. C'est simplement que ça va de soi. À partir du moment où vous avez une équipe de soins, hein, puis à partir du moment où vous avez une équipe, ça veut dire qu'il y a plus qu'un professionnel. Donc, il y a plus qu'une discipline. Peut-être que la seule réserve, c'est que, selon certains — puis on a eu ce débat-là au début de nos échanges — pour être vraiment dans une équipe interdisciplinaire au sens strict, il faudrait y avoir quelqu'un de chacune des professions qui peut être dans cette équipe-là. Donc, avoir l'ensemble des... Donc, le médecin, l'infirmière, le travailleur social, l'animateur spirituel, le pharmacien, bon, tout ça. Et il y a peut-être des contextes, évidemment, où la personne va être en fin de vie, mais elle n'aura pas l'ensemble de cette équipe-là. Donc, je me dis que : Est-ce que certains interpréteraient ça comme ça? Ce n'est pas le sens que nous, nous lui avons donné quand on en a discuté plus tôt. Mais, vraiment, on consacrait l'idée plus générale d'équipe de soins, d'équipe donc qui soigne la personne, qui est aux côtés de la personne. Donc, c'est comme ça, nous, qu'on l'a prévu. Puis c'est pour ça qu'on ne le qualifie pas davantage.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis je pense que c'est important de faire des nuances. Si on marquait «une équipe interdisciplinaire», ça impliquerait probablement qu'il devra y avoir une discussion puis peut-être un consensus à l'intérieur de l'équipe, tandis que de la façon dont je le vois, c'est le médecin qui a l'air d'être le coordonnateur. Il va chercher l'opinion de chacun des membres de l'équipe. Ça fait que ça serait plus sous forme, peut-être, de ce qu'on appelle des équipes multidisciplinaires, où il va chercher l'opinion de chacun. Mais la façon dont c'est libellé, ça ne veut pas dire qu'ils vont faire la discussion entre eux autres. Puis je ne sais pas si c'était ça, l'intention de la ministre, à ce qu'il y ait un consensus de l'équipe ou encore c'est vraiment le médecin qui est le coordonnateur des soins qui va chercher l'opinion de chacun pour s'assurer que c'est bien libre et éclairé.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Le sens de l'article, c'est vraiment au cœur du projet de loi et, bien sûr, la demande de la personne. Donc, c'est évidemment la personne qui le demande du haut de sa volonté. Et c'est le médecin qui, on le voit, est responsable d'évaluer l'ensemble des conditions. Donc, il peut, évidemment, et on prévoit qu'il doit s'entretenir avec les membres de l'équipe de soins si une telle équipe est présente, évidemment. Donc, il devra le faire, mais il demeure le seul, je dirais, juge ultime, final, de savoir si les conditions sont remplies. Pour moi, c'est essentiel, parce que c'est le jugement du médecin qui est au cœur de la réflexion. Mais, de plus en plus, puis on le voit, les médecins, et on le souhaite aussi, se réfèrent à l'ensemble de l'équipe quand il y a des décisions importantes, comme on le voit déjà pour les cas d'arrêt de traitement, pour les cas difficiles. Donc, c'est la même logique qui va prévaloir. Mais il y a une personne qui est ultimement responsable de déterminer si la personne remplit les conditions, et c'est le médecin. Donc, c'est le sens de l'alinéa d.

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

Mme Vallée : Ce principe-là, est-ce qu'il est facilement applicable dans le cadre de soins à domicile? Est-ce qu'on a une équipe qui peut facilement interagir entre elle? Je ne sais pas comment on procède dans un contexte à domicile, parce qu'on peut comprendre également que le médecin ne va pas nécessairement être au chevet du patient sur une base régulière. Comment on va appliquer ça dans le contexte des soins à domicile, les entretiens réguliers, la consultation avec l'équipe multidisciplinaire?

• (17 heures) •

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : On va l'appliquer de la même manière : donc, les mêmes exigences sont là, évidemment, qu'on soit dans un contexte ou dans un autre. Parce qu'il y a différents cas de figure, mais il y a vraiment des médecins qui font un suivi très, très important et régulier de leurs patients en fin de vie à domicile, là, donc ça dépend de la pratique. Mais les quelques médecins qui font des suivis à domicile de patients en fin de vie, pour en avoir rencontrés, là, c'est des médecins qui sont quand même disponibles, qui se rendent à domicile pour faire leurs visites comme ils devraient les faire. Surtout en fin de vie, souvent les visites quand même sont assez importantes, assez rapprochées, là, donc au même titre qu'ils les feraient s'il était dans un établissement. Puis, comme je viens de le dire, précisément, c'est le médecin qui garde, donc, l'évaluation, mais il va s'entretenir au besoin. Donc, à domicile, on peut s'imaginer que, oui, il va y avoir une infirmière qui va être dans le décor. Ce n'est pas plus compliqué qu'il s'entretienne avec l'infirmière qui va à domicile. Parfois, ils vont faire partie de la même équipe. Parfois, ça peut être des équipes qui ne sont pas en lien, mais, je veux dire, la consultation auprès de l'infirmière peut se faire de la même manière que s'il était dans un établissement, ou auprès d'un travailleur social, s'il y en a un dans le dossier. Donc, je pense que c'est exactement la même réalité, puis ça va être le même niveau d'obligation, bien entendu.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : À des fins de discussion, il n'en demeure pas moins qu'il va probablement avoir des cas où quelqu'un va demander à avoir l'aide médicale à mourir. Son médecin traitant ne voudra pas la pratiquer parce

qu'il ne veut pas... soit qu'il ne veut pas faire la technique, soit qu'il n'est pas à l'aise avec ça ou par objection de conscience. Ça fait qu'il pourrait arriver qu'au moment de poser l'acte de l'aide médicale à mourir ce soit un médecin qui connaît très peu le patient — puis ça, c'est possible — et à ce moment-là cette personne-là devra être vigilante et devra faire le tour de la question avec les différents intervenants.

Moi, je le vois, cet article-là, beaucoup plus dans le cadre : un, je pense que tout médecin devrait le faire, mais un médecin traitant qui va voir son patient régulièrement et a l'occasion de jaser avec la famille, a l'occasion de jaser avec les différents intervenants, je pense qu'il est probablement la personne la plus au coeur du dossier, mais il va avoir certainement des cas, à cause de ce phénomène où est-ce que ça va être un médecin extérieur qui va venir pratiquer l'aide médicale à mourir, qui, lui, va faire le tour des différents intervenants qui ont suivi le patient pendant longtemps. Donc, je pense que cet article-là devrait et doit répondre à cet... pas problème, à ce phénomène.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Bien, tout à fait. Le médecin qui, par exemple, arriverait, donc serait tenu aux mêmes exigences bien sûr. Et on peut s'imaginer qu'il aurait des entretiens assez importants avec le médecin, le médecin traitant aussi, qui était traitant jusqu'à ce jour où il devient le médecin traitant, là, donc avec le précédent médecin aussi. Et, avec l'équipe, c'est la même chose, donc il va vouloir se tourner vers l'équipe, les infirmières qui sont au quotidien avec la personne, le travailleur social qui a pu avoir des échanges avec la personne, donc c'est les mêmes exigences auxquelles il va être tenu, ça va de soi.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. En discutant, là, moi, maintenant, je le lis vraiment d'une autre façon. Comme de fait, le médecin qui pourrait pratiquer de l'aide médicale à mourir devra s'entretenir avec le médecin qui a suivi le patient pendant une longue période. Et, si on y va avec la notion qu'on a dit tantôt, celui qui fait l'aide médicale à mourir, si je comprends bien, devient le médecin traitant lorsqu'arrive le moment de poser l'acte...

Mme Hivon : C'est ça.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...là, si on est conséquents avec notre décision d'il y a quelques minutes. O.K.

(Consultation)

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Juste me... Pourquoi est-ce qu'on a mis «le cas échéant»?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : On a mis «le cas échéant» s'il n'y a pas d'équipe de soins, ce qui pourrait arriver.

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

Mme Hivon : Donc, j'imagine, là, un cas assez rare, mais un cas dans une région éloignée, en campagne, c'est vraiment le médecin qui se rend à domicile, il y a possiblement une équipe au CLSC, ou tout ça, là, mais que c'est le médecin qui est le lien avec la personne, qui a fait toute l'évaluation, qui se rend voir la personne à chaque jour, et tout ça. D'où «le cas échéant», pour pas qu'on vienne se faire dire : Tout d'un coup qu'il... Parce que, si on ne l'avait pas mis, peut-être que vous nous auriez posé la question : Mais qu'arrive-t-il s'il n'y a pas d'équipe de soins?

Une voix : ...

Mme Hivon : Je dis ça comme ça. Donc, on s'était...

M. Reid : Ça aurait été une bonne question, par exemple.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mme la Présidente...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Nous connaissant, c'est sûr qu'on aurait posé la question.

Mme Hivon : C'est ce que je me disais.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est sûr. C'est sûr, sûr, certain. La question du... Parce que, si je comprends bien, là, il y a comme une obligation, avec le «doit» en haut, de s'entretenir avec...

Mme Hivon : L'équipe. S'il y a une équipe.

M. Bolduc (Jean-Talon) : S'il y a une équipe.

Mme Hivon : Oui.

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

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

Mme Vallée : Je ne sais pas si... On ne l'a pas précisé, on ne l'a pas... mais est-ce qu'il ne serait pas opportun pour le médecin de consulter le registre des directives médicales anticipées lorsque quelqu'un formule une demande d'aide médicale à mourir? Je comprends que les directives médicales anticipées ne visent pas nécessairement l'aide médicale à mourir, mais pour permettre peut-être de mieux cerner... ou comprendre l'état d'esprit ou s'assurer du caractère libre et éclairé, de s'assurer aussi peut-être, si on regarde tous les éléments que le médecin doit constater, est-ce que cette consultation du registre des directives médicales anticipées ne permettrait pas également au médecin de comprendre peut-être l'état d'esprit?

Par exemple, un patient qui aurait formulé un désir clair qu'il n'y ait pas d'acharnement thérapeutique ou de permettre de cesser un traitement x ou y pourrait comprendre un peu l'état d'esprit. Ça, le registre des directives médicales anticipées permettrait peut-être de voir que l'état d'esprit général de ce patient-là, c'est quelqu'un qui ne souhaite pas, par exemple, qu'on procède à des traitements expérimentaux, quelqu'un qui ne souhaite pas... qui a clairement formulé qu'il ne souhaitait pas de réanimation. Est-ce que ce registre-là ne permettrait pas ou n'outillera pas davantage le médecin pour comprendre ou mieux connaître son patient? On ne l'a pas mentionné, on n'en a pas encore parlé, du registre des directives médicales anticipées, mais, comme il est prévu dans le projet de loi que ce sera un outil qui sera mis en place, est-ce que c'est quelque chose qui pourrait être utile dans le cadre de l'évaluation globale de l'admissibilité ou de la non-admissibilité du patient à l'aide médicale à mourir?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je comprends le sens de l'intervention de ma collègue, mais... Juste pour recadrer évidemment, là : je sais qu'elle le sait, mais le registre, c'est vraiment, donc, pour inscrire les directives médicales anticipées en prévision, donc, d'une inaptitude. Donc, c'est là pour aller regarder ce que la personne veut, ne veut pas si elle devient inapte.

Là, notre personne, elle est apte. C'est la base, donc la personne a tout le loisir de s'exprimer, de dire les choses de manière contemporaine. Souvent, on a entendu dire : Oui, mais là les directives médicales anticipées, ce serait complexe, parce que est-ce que la personne, elle pense toujours la même chose? Puis il faut se permettre, donc, cette latitude-là. Donc, je me dis : Là, on n'est justement pas dans un cas comme ça. Notre personne, elle est là, elle est là de manière contemporaine, elle est capable de s'exprimer. Ses proches peuvent être là, les entretiens peuvent être conduits aussi, la personne peut discuter avec ses proches. Donc, tout ça est dans le décor. Donc, je ne pense pas que, dans une situation comme ça, un recours au registre aurait une plus value.

Je comprends ce que la députée veut dire. Si, par exemple... S'il y a une personne qui, dans ses directives médicales anticipées, n'a absolument rien inscrit de vouloir cesser l'acharnement thérapeutique, n'a jamais dit qu'elle voudrait refuser un traitement, puis tout ça, elle va dire... Peut-être que ce serait surprenant, donc ça pourrait être une indication, mais, en même temps, est-ce que ça ne pourrait pas justement venir brimer... ou mettre le médecin sur des pistes qui ne sont peut-être pas adéquates dans la mesure où la personne a le droit, évidemment, de s'exprimer? Moi, je pense qu'on a tout ce qu'il faut ici en écrivant très clairement que la personne... Donc, le médecin doit s'assurer du caractère libre et éclairé, bon, tout ça. De le faire avec la personne, on a la chance que la personne soit là, apte, de manière contemporaine, à discuter de tout ça. Donc, je pense que c'est beaucoup plus fort que les directives médicales anticipées.

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

• (17 h 10) •

Mme Vallée : En fait, c'était une suggestion, ce n'était pas pour donner aux directives médicales anticipées une portée qu'elles n'ont pas, c'était peut-être pour permettre tout simplement, parfois, au médecin de se faire une tête, parce qu'on peut facilement penser que le médecin ne sera pas nécessairement quelqu'un qui connaîtra personnellement le patient. Dans les petits centres, ça sera peut-être différent. Ce sera peut-être plus facile pour un médecin qui pratique en milieu rural, qui connaît son monde, qui travaille au quotidien depuis des années, bon, ça, ça sera peut-être plus facile de bien cerner qui est la personne qui est devant lui. Mais je peux penser que, parfois, dans les grands centres, nos grands centres urbains, nos grands centres hospitaliers, où on n'a peut-être pas cette proximité-là avec le patient, bien, parfois, si on se questionne, c'est peut-être... peut-être pas en faire une obligation, mais, à tout le moins, permettre au médecin... une possibilité pour le médecin de consulter, puis ça pourrait permettre à certains de se faire une meilleure tête sur le type de personne.

Et ça n'enlève rien, évidemment, à toute la question soulevée par la ministre à l'effet que la personne, elle est apte, et donc qu'il peut y avoir les échanges, là, sur le vif, très clairement. Mais, en même temps, c'est parce qu'il y a cette... Parfois, on revient à cette période grise, cette petite période noire, et quelqu'un qui est dans cette période-là... bien, pour s'assurer que, bon, un, elle est apte, peut-être que les directives médicales anticipées que la personne aura formulées dans le passé

seront harmonisées avec la demande, possiblement, et là, à ce moment-là, le médecin pourra dire : Oui, bien, finalement, c'est dans l'esprit... la personne devant moi, là, ça correspond à sa philosophie de vie, à sa façon de faire les choses. Ou le cas contraire, bien là, le médecin pourra dire : Oups! Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond, et donc je vais creuser davantage un aspect de la question. On sait, tout ça se fait quand même assez rapidement, là, je suis consciente, mais tout simplement pour permettre... au même titre que le médecin va pouvoir s'entretenir avec les membres de l'équipe de soins justement pour s'assurer de bien connaître ou de bien comprendre la nature de la demande. Et donc moi, je le voyais... Parce qu'il y aura un registre. Et là on n'entre pas non plus... il n'est pas question d'aller fouiller dans les documents formulés personnellement par une personne, là, on est vraiment dans un cas... ce n'est pas généraliste, ce n'est pas quelque chose qu'on fait au quotidien, on est vraiment dans un cas très particulier où la personne formule une demande d'aide médicale à mourir. Donc, ce n'est pas dans un autre contexte, et on va voir si... En tout cas, je soulève l'idée, comme ça.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Moi, je pense que, dans un cas, là, vraiment extrême où, par exemple, la personne serait seule ou aurait un proche et puis en fait aurait voulu... Je ne sais pas, là. Une situation, elle était vraiment enlignée d'une certaine manière, puis là, soudainement, elle vire complètement de demande, de réalité, elle change complètement, puis là on a vraiment de la difficulté à regarder est-ce qu'il y a des pressions extérieures, puis tout ça. Je comprends ce que la députée veut dire, ça pourrait rassurer le médecin de dire : O.K., c'est vraiment ça, là? Je vais voir. Mais elle semblait déjà être dans cette optique, dans cette vision des choses là quand on regarde ses directives.

Mais, en même temps, que ça soit une possibilité, je n'ai aucun problème, si ça peut venir aider le médecin. Mais de le prévoir dans la loi, moi, j'aurais vraiment une crainte que ça puisse venir brouiller un peu les cartes puis jouer un rôle qui pourrait venir influencer un médecin, plutôt que de faire l'exercice, comme on lui demande de le faire, avec l'équipe, avec la personne, avec des entretiens fouillés, et tout ça, de faire son travail. Je pense que — sans présumer, là — ça pourrait être un peu une voie de facilité ou qui aurait une influence indue sur le médecin.

Mais je peux comprendre que, par ailleurs, dans des situations très, très difficiles, où le médecin a de la... c'est plus difficile pour lui d'en arriver à statuer clairement, ça pourrait être un élément parmi d'autres, mais vraiment un élément parmi d'autres. Puis le loisir est là, bien sûr, si la personne en a fait, de pouvoir les consulter. Mais de le prévoir dans la loi, je serais réfractaire à ça, parce qu'aussi il pourrait y avoir une réalité qui fait que ce n'est pas en adéquation non plus avec ce que la personne veut en lien avec l'aide médicale à mourir, là, parce qu'on est vraiment dans ce soin spécifique de l'aide médicale à mourir aussi, là. J'aurais peur que ça exerce... que ça soit un élément qui aurait une trop grande influence, alors qu'on a la personne qui est là, avec qui on peut parler, s'entretenir, l'équipe.

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

Mme Vallée : Mais il n'y a pas... Est-ce que le registre des directives médicales anticipées sera... la consultation de ce registre-là sera limitée à des cas particuliers? Je ne me souviens plus. Parce que, dans le fond, si le registre est là et s'il peut toujours être mis à la disposition d'un médecin qui se questionne...

Mme Hivon : Le...

Mme Vallée : Tu sais, je ne sais pas, est-ce qu'on pourrait, à d, dire : «en s'entretenant [à] sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant», et, en consultant, je ne sais pas, le dossier médical — bien, j'imagine que le dossier médical sera consulté — tout document utile aux fins de l'évaluation de la personne ou... Et donc ça, ça pourrait comporter... il n'y aurait pas nécessairement d'obligation de consulter le registre des directives médicales anticipées, mais, en même temps, ça permettrait au médecin d'avoir accès à de la documentation, à un dossier qui pourrait l'éclairer en cas de doute.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Mme la Présidente, tout va être au dossier de la personne, c'est-à-dire qu'à partir du moment où on a connaissance de l'existence des directives médicales anticipées il me semble bien qu'on prévoit, dans le chapitre, qu'elles vont être versées au dossier médical de la personne. Donc, si le médecin connaît leur existence, pour faciliter les choses, il va de toute façon les verser au dossier. Donc, je ne vois pas à ce qu'ils ne seraient pas au dossier de la personne, là. Je comprends le sens de la question, mais, dans la pratique, dans la réalité, tous les éléments vont être au dossier, le médecin va pouvoir consulter ça au besoin.

Puis j'aurais aussi une... En tout cas, oui, si on mettait le registre, j'aurais une crainte que ça induise une confusion aussi chez les gens quant au sens du registre...

Mme Vallée : Du registre.

Mme Hivon : ...sur la question de l'aptitude aussi. Donc, c'est pour les personnes inaptes, comment ça se fait qu'on le voit apparaître là, puis tout ça, là. Donc, compte tenu de beaucoup de commentaires, je serais prudente. Mais le médecin aurait le loisir...

Mme Vallée : Je comprends.

Mme Hivon : Oui. Donc, le médecin aurait le loisir de consulter tout ce qui est dans le dossier de la personne, évidemment.

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

Mme Vallée : Donc, en ayant le loisir de consulter l'ensemble du dossier puis ayant cette référence-là, il n'est pas opportun de le préciser à 28. Et je comprends très bien la préoccupation que la ministre vient de soulever quant au questionnement quant à l'incapacité, l'aptitude et la place du registre et son lien avec les directives... avec l'aide médicale à mourir. Je comprends.

Mme Hivon : C'est ça.

Mme Vallée : Oui. Ça va. Pour ce qui est de l'équipe, l'équipe de soins, pour moi, ça va. Je ne sais pas si mes collègues avaient des questionnements ou...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça va, c'est beau.

• (17 h 20) •

Mme Vallée : Pour la question de s'entretenir avec les proches, il y avait une demande formulée par... je pense, c'est le Conseil de protection des malades, qui nous disait qu'il y avait... on utilisait, à l'intérieur du projet de loi, différentes expressions dont «proches», «personnes de confiance» et «personne qui démontre un intérêt». Je comprends qu'il s'agit là de termes qu'on retrouve à la LSSSS. Et ça, c'est une chose.

Et l'autre commentaire qui a été formulé — et ça, je comprends, là, que c'est toujours très délicat parce que ça dépend toujours des situations propres à chacun — certaines personnes disent : Une personne qui a formulé une demande d'aide médicale à mourir ou les proches, la famille devrait en être informée. Et là on comprend que «en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite», donc, vraiment, c'est la personne qui choisit elle-même : J'en parle à ma famille ou je n'en parle pas. Pour toutes sortes de raisons, je garde ça pour moi. Mais je tenais...

Parce que, bon, je comprends le sens qui est donné, mais, en même temps, il y a des gens qui nous ont formulé des commentaires. Entre autres, il y a monsieur Arcand qui nous avait écrit, aux membres de la commission, en septembre dernier, disant : Bien, il serait peut-être important que les familles puissent être informées, tant... et, lui, c'était tant la demande de sédation palliative, mais également de la demande d'aide médicale à mourir, et ce, même si la personne... même s'ils ne sont pas d'accord.

Bon, je comprends qu'une personne... Et là on est tiraillés, hein, entre le droit pour un patient de prendre les décisions sans pression indue justement, et de façon libre et éclairée. Une personne qui est apte, qui a toutes ses capacités, peut, pour toutes sortes de raisons qui lui sont propres, ne pas souhaiter s'entretenir avec des membres de sa famille. Mais je comprends aussi qu'il y a certaines personnes qui disent : Non, c'est important pour les familles, c'est important pour éviter, par exemple... Je pense qu'on a tous vu... c'était lors des consultations, on nous avait diffusé un vidéo où des membres d'une famille — je pense, c'était aux Pays-Bas — avaient été informés, une fois le décès de leur mère survenu, que leur mère avait fait cette demande... avait formulé une demande, et les gens disaient : Bien, ça n'a pas de bon sens! On n'était pas à l'aise avec ça, nous, ça allait contre nos valeurs.

Donc, pourquoi on n'a pas cette... pourquoi on a fait le choix de ne pas informer la famille de la demande qui est formulée et pourquoi laisse-t-on simplement au patient le soin de s'entretenir avec ses proches? On comprend «famille», mais «proches», ça peut être aussi d'autres personnes que la famille immédiate.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Pour ce qui est de la première question, «proches» versus «personne démontrant un intérêt», «proches», c'est vraiment utilisé, là, dans le sens commun parce qu'on est vraiment dans la question de l'aide médicale à mourir. On veut que ce soit clair que ce sont les personnes, donc, qui accompagnent la personne, qui sont des gens importants pour elle, là, dans le sens... si, «en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite»... Alors que «personne qui démontre un intérêt», on va le retrouver dans la section sur les directives médicales anticipées, et c'est parce que c'est une expression qu'on retrouve déjà au Code civil. Donc, la «personne qui démontre un intérêt»... donc, on vient comme reprendre cette expression-là, qui est plus formelle ou moins, je dirais, usuelle, et c'est dans un contexte plus précis.

Pour ce qui est de la question d'aviser les proches, ce n'est pas quelque chose qui a été retenu, qui est prévu, pour la simple et bonne raison qu'on en viendrait, parce qu'une personne fait une demande d'aide médicale à mourir, à informer des proches qui seraient ses proches, qui seraient ces personnes, les membres de sa famille, alors qu'il y a des gens qui décèdent à tous les jours et, pour toutes sortes de raisons qu'on peut trouver très tristes et très difficiles, n'ont pas appelé leurs proches ou des gens avec qui ils n'étaient pas en contact, que ce soient leurs enfants, leurs parents, parce qu'ils vivent leur mort, ils vivent leur fin de vie comme ils le souhaitent, et c'est le cas dans bon nombre de morts naturelles aussi. Donc, il y a des cas extraordinaires — et c'est la majorité, heureusement, là — de gens qui sont entourés de leur famille et leurs proches et il y a des cas extraordinaires de réconciliation aussi en fin de vie. Mais il y a des cas, dans un processus normal de fin de vie, de mort naturelle ou... de gens qui n'ont pas souhaité avoir leurs proches ou leur famille près d'eux pour toutes sortes de raisons qui leur appartiennent, bien évidemment. Alors, je dirais que c'est la même réalité quand on est dans une décision d'une demande d'aide médicale à mourir. Au nom de quel principe, soudainement, on viendrait imposer ça à une personne du fait qu'elle demande l'aide médicale à mourir?

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Une des notions, c'est : «En s'entretenant de [cette] demande avec ses proches, si elle le souhaite». Moi, je le vois plus dans le sens : si elle le permet. Mais je ne veux pas changer le mot, mais je veux qu'on en fasse la discussion, là. Il y a une nuance, c'est : la personne peut souhaiter. Mais moi, je me dis : Si la personne est apte à consentir, le médecin devrait demander l'autorisation pour pouvoir en jaser avec les proches, habituellement.

Mme Hivon : Exactement.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parce qu'il y a des familles, il faut se le dire, hein, puis moi, j'ai vécu ça sur une base assez régulière... entre autres, juste pour vous donner la bonne pratique en soins palliatifs, c'est l'utilisation de narcotiques, soit de la morphine, ou encore l'hydromorphone, ou Dilaudid... Et moi, j'ai connu des enfants qui ne voulaient pas qu'on le donne à la mère ou au père tout simplement parce qu'ils avaient peur que ça allait les faire plus mourir, malgré le fait que c'était le médicament qui était requis pour soulager. Ça fait que, si on discute avec ces gens-là puis c'est eux autres qui donnent des autorisations, ils n'auront pas de soulagement. C'est toujours la personne qui doit décider, puis également les contacts doivent être faits, doivent être faits avec l'autorisation de la personne.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est vraiment la personne qui est au coeur de tout le processus, c'est la personne qui est au coeur de tout le projet de loi et, quand on parle d'aide médicale à mourir, je pense que c'est encore plus important. La personne, elle est apte, elle est là, elle peut formuler sa demande et elle peut dire parce qu'elle peut penser : Regardez, ça va vous éviter, vous, médecins qui allez vous questionner à savoir si mon consentement est vraiment libre et éclairé, je vous le dis, parlez à ma famille, parlez à mes proches, c'est ce que je souhaite; parce que vous allez voir, moi, depuis le début de ma maladie, j'ai toujours dit que c'est comme ça que je voyais ma fin de vie, c'est très clair, j'ai toujours... Donc, il n'y aura pas de doute, tout le monde est en accord, et tout ça.

Mais évidemment la personne peut ne pas le souhaiter, parce que sa famille a des opinions diamétralement opposées à elle; ou il y a une chicane dans la famille, il y a des gens qui acceptent sa démarche, il y en a qui ne l'acceptent pas. Évidemment, il ne faut pas contourner tout le respect de l'autonomie de la personne qui est au coeur de notre projet de loi, là, en venant faire une obligation formelle puis qui pourrait amener le médecin à dire : Oui, bien là la famille, tout ça. Ce n'est pas la famille qui prône dans ça, on peut avoir le plus grand respect pour la famille, vouloir l'inclure, si la personne le souhaite, discuter avec elle, mais c'est la personne, comme c'est le cas déjà dans ces décisions-là.

Et je pense aussi qu'on a une occasion, avec le projet de loi, de remettre ça au centre, de vraiment remettre la personne au centre des décisions qui la concernent, parce que je pense qu'on voit encore trop souvent des personnes qui sont encore aptes mais affaiblies, qui sont en fin de vie, et on voit quand même que, des fois, c'est la famille qui prend toute la place, c'est même la famille qui prend les décisions ou qui essaie de prendre les décisions à la place de la personne, alors que c'est la personne qui doit toujours prendre ses décisions. Donc, ce n'est pas le coeur de ce qui nous occupe aujourd'hui, là, mais je pense que c'est très important de se rappeler ça. Donc, c'est pour ça que c'est vraiment si la personne le souhaite. Là, je comprends que c'est dans le sens : le permet, mais c'est si la personne le souhaite. On trouvait que c'était un mot plus porteur parce que c'est si elle dit au médecin, dans le fond : Oui, je le souhaite, ça me va que vous en discutiez avec mes proches.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, je pense à voix haute, c'est sûr que peut-être que ça paraît mieux, mais la véritable intention, puis ce qui est important, ce n'est pas vraiment si elle le souhaite, mais si elle le permet. Puis je ne veux pas faire... On ne fera pas une guerre de mots, là, mais il y a cette intention-là de permettre, là. Puis, moi, ça rajoute à l'autonomie de la personne : ce n'est pas juste un souhait, là, c'est vraiment de permettre au médecin de... Ça fait que, si elle, elle ne donne pas la permission, ça lui appartient.

Moi, à la fin, dans ce projet de loi, il y a un élément qui était extrêmement important, c'est le respect de l'autonomie de la personne. D'ailleurs, les deux grandes conceptions qu'on a dans ce projet de loi, là, c'est : il y a des gens qui viennent puis ils disent : Bien, l'autonomie est limitée par... la vie, c'est sacré, je le vois comme ça, grosso modo; l'autre qui disent : Écoutez, la vie, ça m'appartient et, dans des conditions particulières comme celles-là, c'est moi qui devrais décider, c'est moi qui dois faire les choix.

Ça fait que, pour moi, là — là, j'utilise un mot, «philosophique», là — au niveau philosophique, quant à moi, l'intention, c'est de permettre au médecin de discuter avec la famille puis pas juste un souhait. Je ne sais pas si la ministre, elle voit. C'est sûr que c'est peut-être ma pensée à moi, là, qui est tortueuse, là?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je vois la nuance du député, mais justement, en l'entendant, je pense que j'aime encore mieux le mot «souhaite», parce que je trouve qu'on se place plus de la perspective de la personne qui dit... En fait, on n'est pas dans l'obligation à e. C'est : si moi, je souhaite que mon médecin s'entretienne avec mes proches, je vais lui dire : Entretenez-vous avec mes proches, ça va faire en sorte que vous allez être capable d'évaluer tout ça probablement encore mieux puis plus facilement.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Exact.

Mme Hivon : Si c'est «si elle le permet», c'est comme si, d'autorité, le médecin doit consulter les proches si la personne dit oui à ça. Donc, je ferais cette nuance-là, je resterais avec le «souhaite».

• (17 h 30) •

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Oui, puis un des éléments, puis je fais... encore là, on pense à voix haute. Un des éléments, par contre, qui milite en faveur de souhaiter versus permet, c'est que parfois on veut que le médecin s'entretienne avec les proches pour faire cheminer les proches, parce qu'on aime nos proches puis on veut qu'ils comprennent aussi qu'est-ce qui va se passer. Et moi, j'ai toujours dit, dans ces cas-là, la plus grande importance, c'est la personne qui va décéder, mais il faut s'occuper des proches autour, puis ça, c'est apprécié par tout le monde, parce que ce n'est pas juste une personne, là, c'est un contexte familial. Et, pour avoir travaillé en maison de soins palliatifs, les gens, les familles qui ont accompagné leurs proches jusqu'au décès, quand vous les revoyez deux, trois, quatre ans après, là, ils trouvent que ça a été des moments extrêmement importants dans leur vie. Et je tiens à le dire encore : Moi, comme médecin, c'est une pratique qui est très, très valorisante et gratifiante parce que les gens reconnaissent que c'est un moment extrêmement humain.

Et perdre un être cher, là, c'est un moment qui est très particulier, puis il y en a qui vont vous dire, même : C'est mieux, ça. Puis là je sais qu'il y a des gens qui nous écoutent là, c'est plus une réflexion personnelle. Moi, les gens ont toujours l'impression que c'est mieux de mourir subitement, dans un accident, mais, pour avoir vécu les pratiques en soins palliatifs, les moments vécus à la fin d'une vie avec nos proches que souvent on n'a pas eu l'occasion de beaucoup partager, là, ou on a partagé beaucoup, mais on n'a pas vécu de façon... nécessairement des moments comme ceux-là, très intenses, les gens vont vous dire : C'est peut-être une plus belle mort que de mourir subitement, puis tout d'un coup tu...

En tout cas, ça a été l'expérience que moi, j'ai partagée avec plusieurs personnes. Puis je crois également que c'est vrai, c'est-à-dire qu'on peut vivre notre mort, et, quand elle est bien vécue puis sans souffrance, je pense, ça nous permet de profiter des derniers moments avec notre famille. C'est des moments extrêmement privilégiés. Puis c'est ce qui fait d'ailleurs que, dans les maisons de soins palliatifs, vous allez voir, il y a beaucoup de familles qui accompagnent les personnes qu'ils aiment jusqu'à la mort et qui reviennent faire du bénévolat par la suite. Ils viennent aider les gens, parce que, pour eux autres, ça a été des moments extrêmement particuliers. Comme les gens qui ont participé à la commission, je pense, ont vécu une expérience commune, là. On voit ça, là, ça transcendait les partis, là, ce que j'ai compris, là. Mais, comme opposition, on va continuer à faire notre travail, on va poser des questions.

Bon. Je voyais que la ministre avait peut-être l'impression, là... mais elle peut être certaine qu'on ne baissera pas la garde parce qu'on veut le meilleur projet de loi possible. Alors, ça nous fait du bien de s'exprimer, Mme la Présidente, là.

La Présidente (Mme Proulx) : Allez-y, M. le député.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça fait que je vais acquiescer au mot «souhaite».

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

Mme Vallée : Bien, je...

Mme Hivon : ...astucieux, Mme la Présidente. Pendant que le député de Jean-Talon parle, la députée de Gatineau s'est trouvé d'autres questions.

Mme Vallée : Non. C'est parce que...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mme la Présidente, nous ne faisons qu'un de ce côté-ci.

Mme Vallée : Ouf! J'émetts une petite réserve ici.

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

Mme Vallée : Alors, non, c'est simplement parce que, dans la loi belge puis... en tout cas, en fait, si telle est la volonté du patient de s'entretenir de sa demande avec les proches, que celui-ci... Donc, si... ou plutôt de «si elle le souhaite», c'est si telle est la volonté, et «s'assurer que [le patient] a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait [rencontrer]»... Ça, c'est le deuxième point, si telle est la volonté du patient.

Mme Hivon : Pendant que nous discutons avec le député de Jean-Talon, je veux simplement le dire, quelqu'un d'une très grande intelligence, qui fait partie de l'équipe, m'a dit : «souhait» fait référence à la volonté, alors que «permission» fait référence au consentement. Et je pense que c'est ça, la nuance. Quand on discutait, si tu permets, c'est comme tu consens, mais ça ne vient pas de toi, de l'expression de ta volonté. Donc, on est cohérents, je pense, avec l'idée de l'expression de la volonté en gardant et en mettant le mot «souhait» dans le projet de loi.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mme la Présidente, compte tenu qu'il y a une grande intelligence d'une personne de l'autre côté, probablement que, chacun des mots, on va se reposer des questions.

La Présidente (Mme Proulx) : D'autres interventions?

Mme Hivon : Je pense qu'il n'y a pas d'autre intervention sur cet alinéa, Mme la Présidente.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mme la Présidente, il faut savoir vivre des silences parce que c'est des moments de réflexion profonds. Là-dessus, as-tu autre chose?

Mme Vallée : Non, on va aller à l'alinéa 2°, à moins que vous ayez des commentaires sur... d'autres commentaires.

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

Mme Vallée : Oui. Alors, au deuxième paragraphe, on prévoit que le médecin doit «s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter». Et là j'aimerais comprendre la distinction. Il doit s'assurer que la personne s'est entretenue de sa demande avec les proches, si elle le souhaitait, si telle était sa volonté. Et est-ce que ça peut être différent... Est-ce que les personnes qu'elle souhaitait contacter pourraient être d'autres personnes? Est-ce que c'est plus dans ce sens-là, d'un membre... d'un autre spécialiste, d'un... on a parlé de l'équipe qui veillait à la vie spirituelle, j'imagine que ça peut faire partie des personnes qu'une personne... un patient pourrait vouloir contacter.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Je comprends que ça peut avoir l'air très proche. Donc, la différence entre l'alinéa e du 1° et le 2°, c'est que e, en fait, c'est le médecin, si la personne le souhaite, qui va s'entretenir, donc, avec les proches pour s'assurer du respect des conditions.

Le 2°, c'est que la personne, par exemple, pourrait dire : Bien, moi, en fait, avant de finaliser le tout, j'exprime le souhait de parler avec ma mère, mon fils ou tout ça, et, en fait, c'est juste pour s'assurer qu'encore une fois la démarche n'est pas précipitée. Donc, c'est de demander à la personne : Est-ce qu'il y a des gens avec qui vous souhaiteriez parler, donc, avant de finaliser la démarche? Donc, c'est une sécurité encore de plus, c'est comme... On n'est pas du même point de vue. Il y en a un que c'est pour évaluer les conditions. On va, au besoin, si la personne le souhaite, s'entretenir avec les proches. Et l'autre — je comprends qu'on est dans la nuance, là — c'est qu'on va dire à la personne : Bon, vous êtes certaine? Est-ce qu'il y a d'autres gens, il y a-tu des personnes avec qui vous voulez vous entretenir? C'est ça en fait.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, Mme la Présidente, j'apprécie cette phrase, parce que c'est un moment qui est irréversible, et on oublie ça, de ces petites attentions, puis souvent les gens ne pensent pas comme ça nécessairement. Mais ce n'est pas juste un geste technique, c'est un geste humain, puis, comme de fait, à la dernière minute, ils vont peut-être avoir quelqu'un, un ami ou un... quelqu'un qu'ils n'ont pas vu depuis longtemps avec lequel ils aimeraient s'entretenir. Et le fait de ne pas précipiter, parce que c'est... puis vous comprenez que, tout le long du projet de loi, on insiste beaucoup de prendre le temps de prendre la bonne décision, avoir le temps, la possibilité également de revoir notre décision et de laisser la personne qui est libre de consentir, de choisir également. Moi, je pense que c'est intéressant, parce que ça démontre qu'on va avoir une grande attention à respecter les volontés de la personne jusqu'à la fin, ce qui ne veut pas dire qu'on ne peut pas améliorer ce petit bout là, mais on va... au moins, l'intention est bonne.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est vraiment quelque chose de nouveau, qui n'a aucun précédent, là, mais c'est dans le sens de... Donc, je sais qu'il y a des députés qui aiment les précédents et l'innovation. Voici une grande innovation dans l'innovation, donc d'avoir cette particularité-là, parce qu'on peut s'imaginer qu'il y a d'autres contextes où ce serait bienvenu aussi. Mais ici, en fait, c'est de poser la question, donc de s'assurer auprès de la personne qu'elle a eu cette opportunité-là. C'est vraiment le sens de l'alinéa.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur le 2°? Mme la députée de Gatineau?

Mme Vallée : Bien, en fait, simplement que j'imagine qu'il n'y a pas de limite, c'est-à-dire que, si une personne dit, bon : J'aimerais parler à telle ou telle personne, il n'y a pas de limite comme telle. Dès que la personne manifeste le désir de s'entretenir, de jaser de tout ça, de se questionner sur certains aspects, à ce moment-là, tout ça est grandement accepté et bien reçu.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député d'Orford.

• (17 h 40) •

M. Reid : Ma compréhension, c'est aussi que le médecin doit s'assurer qu'on n'a pas traité la personne, justement, en disant : On n'a pas le temps, ou on ne réussit pas à rejoindre la personne, ou... Tu sais, autrement... Ça se peut qu'on ne rejoigne pas les personnes, mais le médecin doit s'assurer que ça a été fait ou qu'on a essayé de le faire. C'est un peu le sens, je pense, de cet article-là.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre, commentaires?

Mme Hivon : C'est ça, Mme la Présidente.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : J'allais dire une évidence, là, c'est juste... seulement pour dire qu'on y a pensé. Il n'y a pas un effet de réciprocité, dans le sens que la personne peut vouloir parler à quelqu'un même en fin de vie, mais ça ne veut pas dire que l'autre personne va vouloir lui parler. Puis le cas très précis, c'est dans les querelles de famille, où peut-être que la personne n'a pas parlé avec...

Puis ça, juste pour vous dire, Mme la Présidente, je suis en bureau, puis souvent on... pas souvent, assez régulièrement, les gens me disent qu'ils n'ont pas eu de contact avec leur père, leur mère depuis 10 ans, n'ont pas eu de contact avec leur enfant depuis 15 ans ou 20 ans. Et, dans ces moments-là, souvent, il y a un moment de réconciliation. Ils pourraient demander à contacter la personne, peut-être, pour faire un dernier adieu, mais ça ne veut pas dire que l'autre va vouloir se réconcilier. Donc, cet effet de réciprocité n'est pas nécessaire, malgré la situation. Puis là il y a des gens qui vont nous dire : Il me semble que ce n'est pas humain, mais, dans les relations familiales, des fois, c'est difficile. Et ça, il faut respecter ça également.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions, Mme la ministre?

Mme Hivon : Bien, dans le même sens, de bien clarifier l'intention, c'est certain qu'il n'y a pas d'obligation de résultat, là. Donc, c'est de s'assurer qu'elle a pu le faire, dans la mesure où c'est possible de le faire. Donc, le médecin n'est pas obligé de s'assurer que la personne à l'autre bout a décroché, a dit oui, qu'il y a eu l'entretien et tout ça. Donc, ça, je pense que c'est très, très important que ça soit clair, parce que les médecins n'aimeront pas jouer ce rôle-là, si c'est ça, là. Donc, c'est juste de s'assurer que la personne a eu l'opportunité, donc que la démarche soit faite pour qu'elle entre en contact avec les gens qu'elle souhaitait contacter.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député d'Orford.

M. Reid : Je réinsiste encore, mais, en fait, ce que ça veut dire, cet élément-là, ça veut dire que le médecin doit s'assurer qu'il n'y a pas eu un abus de ce côté-là. C'est ça que ça veut dire. Autrement dit, que la personne a eu... ses demandes ont été prises au sérieux. C'est ça qu'on demande au médecin dans cet article-là. On ne demande pas aux gens d'arriver à un résultat.

Effectivement, c'est... Je pense qu'on dit tous la même chose, mais on ajoute des détails qui vont être utiles si jamais il y a quelque chose qui se passe.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur le deuxième paragraphe? C'est bon? Nous poursuivons, s'il n'y a pas d'autre intervention, avec l'étude du troisième paragraphe. Y a-t-il des interventions sur le troisième paragraphe?

Mme Vallée : Oui. Sur le troisième paragraphe, Mme la Présidente, on nous avait recommandé qu'il y ait un délai entre le moment où la... un délai. Je pense que c'est L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec qui souhaitait que... obtenir, dans un délai de 48 heures... souhaitait que le délai soit quand même relativement court entre les deux avis.

Puis je peux comprendre également qu'avoir un délai... Parce que, dans certaines situations, l'état de santé pourrait être tel qu'on ait besoin d'avoir un délai quand même relativement rapide. Et là qu'est-ce qu'on fait, par exemple, dans une région où on n'a pas ce deuxième médecin qui est disponible ou qui est en mesure, qui a l'expérience ou l'expertise pour donner cet avis-là? Donc, bon, on exige l'avis d'un second médecin, mais, si le second médecin, il n'y en a pas ou ce n'est pas disponible, qu'est-ce qu'on fait? Et comment on le voit?

Je sais qu'on a souvent en tête les mégacentres hospitaliers ou les centres urbains dans les grandes villes, mais il y a certains endroits où peut-être que ce sera peut-être un petit peu plus difficile de trouver ce deuxième médecin là. Donc, est-ce qu'on doit avoir un délai de rigueur pour ne pas non plus que la demande soit traitée : bien oui, mais on cherche un deuxième médecin, on ne trouve pas un deuxième médecin? Comment on peut concilier ce besoin de le traiter d'une façon à l'intérieur d'un délai diligent et raisonnable et également les contraintes qu'on peut parfois retrouver où auxquelles on sera peut-être confrontés dans certains cas de régions plus isolées?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Mme la Présidente, je soumettrais que l'obtention du deuxième avis, d'après moi... je n'exclus pas, là, les cas plus... vraiment, vraiment difficiles, là, mais ça ne sera pas si difficile, parce que, pour avoir eu des

échanges avec des médecins de soins palliatifs, plusieurs vont dire : Moi, je ne serais pas à l'aise, par exemple, d'administrer l'aide médicale à mourir, mais je pourrais être ce second médecin qui donne un avis pour venir évaluer la personne, mais je ne serais pas la personne qui administrerait, par exemple. Donc, je pense qu'il faut garder ça à l'esprit, là, c'est-à-dire qu'en termes d'objection de conscience ou de réalité je pense que l'intensité de ce qui est demandé au second médecin n'est pas la même que ce qui est demandé au premier médecin. Donc, dans cette optique-là, je pense qu'il va être plus facile d'avoir accès, donc, à des avis de seconds médecins, qui, dans le fond, viennent confirmer ce qu'un autre médecin a déjà dit ou infirmé.

Et je pense qu'il est difficilement... ce n'est pas impossible, là, mais c'est difficile d'envisager, je dirais, des situations qui, uniquement de par leur situation géographique, feraient en sorte qu'il y aurait une impossibilité de voir un deuxième médecin. Je pense que la possibilité, elle est toujours là, et là, bien, il y a la question que le premier médecin doit agir de manière, évidemment, professionnelle et diligente dans tous les cas. Donc, dès lors qu'il estime que la personne remplit toutes les conditions, il va devoir obtenir ce second avis, donc s'assurer, donc, d'obtenir ce second avis, et il va le faire avec, je dirais, tout le professionnalisme qui doit caractériser l'ensemble des gestes qu'il pose.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il des commentaires? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : L'avis d'un deuxième médecin, est-ce que ça doit nécessairement se faire en personne ou c'est un avis qui pourrait être fait par visioconférence?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est prévu dans la loi qu'il doit examiner le patient, il doit examiner la personne, parce qu'on veut éviter... C'est sûr que ça peut complexifier les choses, mais on veut surtout éviter que des gens nous disent que c'est un deuxième avis de complaisance ou... qu'on va avoir. Évidemment, on comprend qu'à chaque fois le médecin engage sa responsabilité professionnelle, mais on a prévu qu'il devait examiner la personne.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Quand on va être dans des endroits où, justement, il n'y a pas beaucoup de médecins, ça va devenir une contrainte. Et, à ce moment-là, est-ce que ça pourrait faire qu'une personne qui aurait le droit à l'aide médicale à mourir ne pourrait pas avoir accès au service?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

• (17 h 50) •

Mme Hivon : Bien, on a eu ce débat-là, c'est-à-dire qu'on a eu des discussions pendant les auditions, là, parce que le député de Jean-Talon était préoccupé notamment pour le premier médecin, dans certains cas aussi, là. Mais, en fait, moi, je redis, là, je redis que je pense que ça va être moins difficile d'avoir le deuxième que le premier. Je pense que ça va être moins difficile d'avoir le deuxième. Je comprends que ça veut dire qu'il faut qu'il y ait deux médecins, là. Donc, oui, il faut en avoir un et un autre et il y a peut-être des endroits très éloignés où c'est plus difficile. Mais, quand même, dans la réalité des endroits plus éloignés, c'est sûr qu'il y a un médecin qui, de toute façon, doit déjà, dans sa pratique, avoir eu besoin d'avoir recours à un autre médecin, là, ne serait-ce que parce qu'éthiquement il y a certaines consultations de proches ou tout ça qu'il ne peut pas faire. Donc, j'ai du mal à m'imaginer qu'il y a un médecin qui pratique complètement, je dirais, de manière isolée. Donc, c'est sûr qu'en général il va y avoir de ce type d'échange là.

C'est certain, Mme la Présidente, que... Est-ce qu'on peut tout faire pour que la personne ait accès? Oui, c'est certain. Mais est-ce qu'on peut, dans tous les cas, le garantir à 150 %? Bien, écoutez, c'est évident que, si la personne, par exemple... Je veux dire, la personne pourrait décéder avant qu'on ait le deuxième avis, je veux dire, il y a des circonstances qui peuvent survenir, là. Donc, ça, c'est certain. Mais je pense que le sens de tout ça, c'est de s'assurer que tout va être fait, et je pense qu'on a l'équilibre entre les balises, les conditions, l'encadrement et la responsabilité professionnelle du médecin, et il sait qu'il doit aller chercher un second médecin. Dans son code de déontologie, il doit s'assurer aussi de toute une série d'obligations, puis ça va de soi que, si la demande de la personne est là, que, s'il y a cette obligation-là, il va tout faire.

Est-ce qu'il y a des circonstances où ça va être plus difficile? Bien, je pense que oui. Il faut se dire : On n'est pas tout le temps dans les mêmes circonstances si on est à Montréal, dans des unités ultraspecialisées, versus en région archiéloignée. Il y a des réalités qui sont différentes, qui sont déjà le fait aujourd'hui dans la médecine de tous les jours. Mais est-ce que tout va être fait et est-ce que l'obligation du médecin est là? Oui. L'obligation du médecin est là, d'agir avec toute sa conscience et son professionnalisme aussi.

Et juste dire qu'à l'article 8 de notre projet de loi l'établissement, donc, est responsable d'établir des corridors de services. Donc, on peut penser aussi qu'il va y avoir un mécanisme dans des régions où ça peut se poser avec plus d'acuité de venir prévoir cette réalité-là. Et on peut aussi s'imaginer qu'assez rapidement les choses vont se mettre en place, et il y a des personnes, des médecins qui vont être plus à l'aise d'être des médecins qui donnent des seconds avis et qui, possiblement, vont être présents pour pouvoir prêter main-forte à leurs collègues, là, qui pourraient avoir plus de difficultés à trouver le second médecin.

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

Mme Vallée : Bien, en fait, là, on vient de me pointer une question de concordance, je crois, et puis on fait encore référence, dans l'article 28, aux conditions, alors qu'on les a modifiées à l'article 26.

Mme Hivon : Nous avons prévu un amendement, mais nous attendions de voir si d'autres ajustements seraient demandés pour ne pas retirer, déposer.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Mme la Présidente...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ils ne pourront pas nous en passer une.

Mme Hivon : On n'essaie même pas, Mme la Présidente.

Mme Vallée : Non, c'est ça. Alors, il y avait...

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

Mme Hivon : On va le prévoir.

Mme Vallée : C'est ça. Alors, Mme la Présidente, c'était ça, et je me demandais s'il y avait lieu, au paragraphe 3°, de prévoir, là, le respect de toutes les conditions prévues à l'article 26. Alors, c'est simplement pour être cohérents avec ce que nous avons adopté.

Mme Hivon : ...juste dire, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : ...qu'il y a un autre élément. C'est le pronostic, parce que le pronostic n'est pas qualifié dans l'article 28.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je l'avais vu, Mme la Présidente, mais je l'ai laissée travailler. Mais je l'avais vu.

Mme Hivon : Donc, il va être prévu dans l'amendement.

Mme Vallée : Il y avait...

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

Mme Vallée : Oui. Je m'excuse, Mme la Présidente. Je comprends qu'on parle d'un second médecin. Certains groupes nous avaient suggéré qu'il puisse... le second avis puisse être, peut-être, donné par une équipe interdisciplinaire, donc de l'avis de l'équipe interdisciplinaire. Donc, simplement pour les fins de nos échanges, je souhaitais savoir pourquoi on n'avait pas retenu cette recommandation.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Tel qu'on l'a vu précédemment, l'équipe de soins, elle est impliquée via l'alinéa 1°d. Donc, c'est la responsabilité du médecin de s'entretenir avec les membres de l'équipe de soins pour faire l'évaluation du respect de l'ensemble des conditions. Donc, ça, c'est déjà prévu.

Le rôle du second médecin, ce n'est pas... Il pourrait le faire, mais on ne le prévoit pas spécifiquement. Le rôle du second médecin, c'est vraiment à nouveau de faire une évaluation médicale de l'ensemble du respect des conditions. Donc, c'est la même... c'est ce qui est au coeur de l'idée, c'est toujours d'avoir le jugement médical, donc, du médecin. Donc, c'est pour ça que c'est un second médecin qui est prévu et non pas l'équipe. L'équipe, elle est déjà impliquée auprès du premier médecin.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Moi, je pense comme la ministre, c'est-à-dire qu'il y a probablement des médecins qui vont être prêts à poser l'acte de l'aide médicale à mourir, et il y a des médecins qui ne voudront pas poser l'acte, mais ils vont accepter de donner un deuxième avis. Donc, ça va probablement être plus facile de trouver des médecins qui vont donner un deuxième avis.

Par contre, j'en... Puis on en a parlé beaucoup durant l'audition des mémoires, lorsqu'on faisait la hiérarchisation, c'est-à-dire que, dans la loi, ça devient un droit que d'avoir l'aide médicale à mourir, mais il y avait une question également de disponibilité de ressources, entre autres si on avait des médecins qui, par objection de conscience, ne pouvaient

pas poser l'acte dans des milieux. Je voudrais juste que la ministre me reconfirme que c'est possible qu'il peut y avoir des circonstances, qu'on espère exceptionnelles, où quelqu'un pourrait avoir le droit et vouloir avoir l'aide médicale à mourir, mais la disponibilité des ressources, pour toutes sortes de raisons, pourrait faire qu'on ne pourrait pas accéder à sa demande.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Tout va être mis en place. Donc, évidemment, on veut rassurer les gens, là, ce n'est pas un droit virtuel qui est créé, là. Donc, tout va être mis en place pour que ce droit-là soit évidemment accessible, qu'il puisse donc être vraiment réalisé et qu'on puisse y donner cours. Et, bien sûr, avec tout ce qu'on a prévu dans le projet de loi, on vient maximiser, je vous dirais, toutes les chances que ce droit-là puisse s'exercer correctement, justement, comme je le mentionnais, en prévoyant, donc, que les établissements doivent établir des corridors de services, ils doivent se doter de leur politique, les agences doivent établir les mécanismes d'accès. Donc, tout est mis en place pour que toute cette réflexion-là sur les difficultés qui pourraient survenir soit prévue le mieux possible.

Evidemment, il peut toujours arriver des circonstances très difficiles, des circonstances où ça va être, malgré tout ce qui va avoir été prévu, difficile dans certains cas, dans certaines régions. Mais tout va être mis en place pour que tout ça soit exercé le mieux possible, de la manière la plus fluide possible. Donc, c'est ce que je peux dire au député.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Moi, je proposerais qu'on traite en même temps l'autre paragraphe, juste pour... parce que ça va ensemble. Le troisième et le dernier paragraphe, là, je pense qu'il faudrait les traiter ensemble puis de façon à ce qu'on puisse revenir au troisième alinéa.

La Présidente (Mme Proulx) : Il y a consentement pour traiter les deux paragraphes?

Mme Hivon : Oui.

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

Mme Vallée : Justement, dans ce paragraphe-là, on se demandait... Évidemment, on nous dit que le médecin, le second médecin, c'est quelqu'un qui doit être indépendant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir ainsi qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. On l'établit comment, cette indépendance-là? Parce que je reviens encore avec mes cas de pratique en région. Bien souvent... Bon, il arrive parfois qu'on connaît bien les médecins. Parfois, on les connaît moins, mais généralement, les gens sont impliqués dans leur communauté. Et donc est-ce que... la notion d'indépendance, elle va jusqu'où, dans un contexte de la sorte? Est-ce que c'est quelqu'un qui n'a jamais vu le patient de sa vie et qui ne sait pas qui elle est, qui ne connaît pas sa famille, qui ne connaît pas d'où elle vient? Donc, ça peut être important de le préciser.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

• (18 heures) •

Mme Hivon : Donc, je référerai la députée à, en fait, l'article 63 du Code de déontologie des médecins. C'est la section qui s'appelle «Indépendance et désintéressement». Donc, la notion d'indépendance, ce n'est pas de n'avoir jamais vu la personne, c'est vraiment : «Le médecin — je lis l'article 63 — doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts...» Donc, c'est vraiment relié à une question de conflit d'intérêts soit à l'égard du premier médecin ou soit à l'égard de la personne, donc, qui est en fin de vie. C'est vraiment ça, la notion qui est au cœur de l'idée de l'indépendance telle que vue dans le contexte médical.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci beaucoup. Alors, chers collègues, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30 à la salle de l'Assemblée nationale, salon bleu.

(Suspension de la séance à 18 h 1)

(Reprise à 19 h 37)

La Présidente (Mme Proulx) : 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. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Avant la suspension de nos travaux cet après-midi, nous avons débuté l'étude de l'article 28. Nous étions rendus à l'étude du troisième paragraphe et du dernier alinéa. Mme la ministre, la parole est à vous.

Mme Hivon : Oui, merci, Mme la Présidente. Alors, on était effectivement rendus à étudier le troisième alinéa, qui a été bien étudié. Je dirais qu'on est rendus au dernier alinéa de tout. Donc, je suis ouverte pour entendre les questions de l'opposition.

Quand on s'est quittés, en fait, j'expliquais la notion d'indépendance en référant au Code de déontologie des médecins, plus précisément à l'article 63, qui parle de l'indépendance professionnelle et l'évitement de toute situation de conflit d'intérêts.

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

Mme Vallée : Merci, Mme la Présidente. Alors, on mentionne, au dernier paragraphe, que le médecin doit rendre son avis par écrit, l'avis sur l'état de la personne, mais on ne prévoit pas s'il y a, pour ce deuxième médecin, un formulaire tel que celui que doit remplir ou compléter le médecin à qui la demande est formulée, d'un. Et l'autre élément, l'autre point d'interrogation, c'est que l'avis du deuxième médecin est transmis à qui, est transmis où? Est-ce qu'il est consigné au dossier du patient ou est-ce qu'il est transmis au médecin directement? C'était le suivi à donner au deuxième avis, qui semble être un petit peu flou.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

• (19 h 40) •

Mme Hivon : Oui. Pour ce qui est de l'endroit où l'avis va être consigné, c'est prévu à l'article 31, donc que «doit être inscrit ou versé dans le dossier», et, à la fin, on a «l'avis du médecin consulté». Donc, ça, ça va être versé au dossier. Comme tel, il n'y a pas de formulaire. En fait, l'avis du médecin doit être rempli en suivant les mêmes conditions, donc s'assurer que toutes les conditions prévues à l'article 26 sont bien remplies. Et c'est l'article 41 qui va venir prévoir... Et tout ça, donc, est rendu par écrit et consigné au dossier, donc, avec, je dirais, l'habileté professionnelle du médecin, puis, à l'article 41, on va le voir, qu'on vient prévoir, donc, les renseignements qui vont, par la suite, être transmis à la commission. Donc, il va y avoir tout un encadrement, à savoir ce qui doit être transmis à la commission pour s'assurer que tout est rempli, toutes les conditions sont remplies. Donc, on va le prévoir à cette rubrique-là, à l'article 41, par voie réglementaire.

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

Mme Vallée : L'avis du second médecin, là, c'est quelque chose qui est péremptoire.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est quelque chose qui est effectivement obligatoire, donc il ne peut y avoir aide médicale à mourir s'il n'y a un avis du second médecin parce que c'est vraiment libellé en 3^e comme : «Avant — si on lit le début de l'article 28 — d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit...» C'est une obligation du médecin de consulter un second médecin.

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

Mme Vallée : En fait, le dossier dont le deuxième médecin prend connaissance, c'est exactement... il a accès aux mêmes documents que le premier médecin parce qu'on parlait un peu plus tôt, cet après-midi, que le premier médecin, pourrait, en cas... pourrait consulter le dossier et qu'à l'intérieur du dossier du patient se retrouvaient des directives médicales anticipées qui permettaient peut-être de guider dans un cas un peu plus flou. Et j'imagine que ces mêmes documents seront mis à la disposition... l'ensemble du dossier médical du patient sera mis à la disposition du deuxième médecin. Parce qu'on parle de dossier de la personne, mais je comprends que c'est la totalité du dossier du patient.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Effectivement, Mme la Présidente, et ça irait de soi. Mais, encore une fois, on l'a prévu. Donc, on le prévoit au dernier alinéa de l'article 28 : «Il prend connaissance du dossier...» Donc, non seulement il peut, mais il doit prendre connaissance du dossier et examiner la personne. Donc, ce n'est pas facultatif, ça va de soi, il doit prendre connaissance du dossier de la personne.

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

Mme Vallée : Est-ce que le deuxième médecin a la possibilité, s'il survient des questionnements, de s'entretenir également avec les membres de l'équipe de soins qui sont en contact régulier? Dans le fond, dans le fond, ma question, c'est : Est-ce que le deuxième médecin a à procéder à la même analyse qu'a faite le premier médecin, et donc doit-il se pencher sur chacun des éléments de l'article 26 au même titre que son collègue l'a fait précédemment?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Il a toutes les mêmes possibilités que le premier médecin. En fait, c'est comme si on lui demande une consultation, un avis. Il doit s'assurer du respect des conditions. Il a toutes les mêmes possibilités que le premier médecin.

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

Mme Vallée : S'agit-il d'une possibilité ou d'une obligation de sa part, de procéder à cette analyse, à la même analyse?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je dirais que c'est... Si je me fie à l'article 28, en fait, lui, son obligation, évidemment, c'est de s'assurer que toutes les conditions de l'article 26 sont respectées, donc il va le faire en s'assurant des mêmes modalités. Pour ce qui est de s'entretenir de la demande avec des membres de l'équipe de soins, le cas échéant, s'il y a de ces membres-là, ma lecture serait que, oui, Mme la Présidente, il va s'entretenir avec ces personnes-là.

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

Une voix : ...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : J'ajouterais simplement que ces entretiens... Non, je n'ai rien à ajouter. Effectivement, je maintiens ma réponse, Mme la Présidente.

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

Mme Vallée : Est-ce qu'il a accès à l'avis qui a été rédigé par... aux notes, et à l'avis, et au formulaire qu'a rédigé le premier médecin?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Oui, Mme la Présidente, parce que ça va être dans le dossier, et il a accès à l'ensemble du dossier.

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

Mme Vallée : Donc, je me demande s'il ne serait pas opportun de prévoir... «Il prend connaissance...» «Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci» pour ne pas laisser... Je vous explique, là, la nature de cette petite distinction qui peut paraître, à première vue, banale. Mais, comme la ministre nous indique, il s'agit d'obligations de sa part de procéder à tout ça, peut-être qu'il serait plus clair de le prévoir, c'est-à-dire qu'il doit prendre connaissance, ce n'est pas laissé à sa discrétion. Je comprends que les médecins sont tenus, de par leur code de déontologie, à un certain nombre de... de procéder à l'évaluation selon des standards, là, je comprends tout ça, je comprends que leur éthique professionnelle commande en effet de prendre connaissance du dossier, mais j'aurais tendance à le prévoir spécifiquement. Puis ça permettra aussi de guider la commission, dans le cadre de son évaluation ultérieure en cas de contestation, je dirais, est-ce que toutes les étapes ont été suivies. Donc, est-ce que le médecin prend connaissance? Est-ce que c'est laissé à sa discrétion? Est-ce qu'il est tenu de le faire? Bien, si le texte est clair, bien, à ce moment-là, la question ne se posera pas.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Quand, en législation, on utilise l'indicatif présent, dans le fond, ça veut dire que c'est une obligation parce qu'on ne met pas «il peut». Donc, «il prend», ça veut dire qu'il doit prendre. Donc, pourquoi, par exemple, dans la phrase précédente, le médecin consulté doit être indépendant? C'est comme si on dit... Là, on met le «doit» parce que, si on disait «le médecin est indépendant», là, on dirait : Qui, qui juge de ça, là, que le médecin est indépendant? Donc, le «doit», il allait de soi, il fallait l'inscrire. Mais ensuite, quand il dit : «Il prend connaissance du dossier[...]. Il rend son avis par écrit», c'est une manière d'écrire. En législation, vous allez retrouver des tonnes de lois où c'est écrit comme ça, à l'indicatif du présent. Ça veut dire qu'il n'a pas le choix. Donc, «il prend» et «il rend son avis par écrit», ça veut dire qu'il doit le faire. Donc, c'est sous-entendu que c'est le cas. Il n'y a pas de «peut», ce n'est pas une possibilité, c'est une obligation, de la manière que c'est rédigé.

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député d'Orford.

M. Reid : Très rapidement. J'entends la ministre et je suis sûr que, sur le plan légal, ça ne pose pas de problème. Mais, comme on dit «doit» partout, dans l'article, excepté là, je ne vois pas pourquoi on ne le mettrait pas. Si ça ne change rien, pourquoi pas?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Si ça fait le bonheur de l'opposition, je vais inscrire le «doit», mais c'est certain que ce n'est pas requis. Donc, je ne veux pas que, parce qu'on le change, certains pourraient interpréter le fait que, si on n'a pas «doit», ça veut dire qu'on ne doit pas. Mais, si la volonté, c'est que ce soit encore plus clair, compte tenu du sujet, je suis bien ouverte. Donc, j'imagine que les collègues voudraient aussi : «Il doit rendre son avis par écrit.»

La Présidente (Mme Proulx) : M. le député d'Orford.

M. Reid : Oui, ça m'apparaît un point de cohérence, essentiellement.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ça va. On va ajouter cet amendement aux deux autres amendements qu'on avait soumis au test de la vigilance de l'opposition, soit toutes les conditions et le pronostic relatifs à la maladie. Donc, on va avoir les trois éléments dans l'amendement qu'on pourra déposer.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'article 28? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. Mais, quand on parle de l'indépendance du médecin, vous avez fait référence au code de déontologie du Collège des médecins. O.K. Ça va être une question de pratique. Surtout quand on se retrouve en région, ça peut arriver qu'il y ait des couples médecins. Un couple médecin, est-ce que... Exemple, un des deux membres du couple donnera un avis, est-ce que l'autre pourrait donner le deuxième avis?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ça ne répondrait pas aux critères d'indépendance.

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

• (19 h 50) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. L'autre question : Si deux médecins pratiquent dans la même clinique, est-ce que ça répond aux critères d'indépendance?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Ça pourrait répondre aux critères d'indépendance. L'important, c'est qu'il n'y ait pas de lien de subordination, par exemple, ou de lien familial, là, donc dans le précédent exemple. Mais ici je dois vous dire que... C'est parce qu'on a cherché beaucoup sur cette notion-là, et c'est vraiment la notion, telle qu'on la retrouve au code de déontologie, qui doit être vue d'abord comme la bonne. Mais il faut quand même dire que, s'il y avait un lien de subordination clair... mais ce qui est ici très rare, parce que les médecins pratiquent de manière indépendante, là. Donc, on ne le voit pas vraiment, mais je le dis parce que, s'il y avait une situation où la question se posait, on pourrait estimer que le médecin n'a pas toute l'indépendance.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. Donc, un genre de lien d'autorité qui ferait que la personne pourrait être appelée à prendre une décision ou supporter une décision qui, si elle ne le faisait pas, pourrait avoir des conséquences. Merci, Mme la Présidente. Je suis très satisfait des réponses.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'article 28? Mme la ministre, souhaitez-vous suspendre quelques instants pour déposer l'amendement?

Mme Hivon : On me dit que l'amendement est rédigé et acheminé. Mais, pour faire les copies, il va falloir suspendre, effectivement, je crains bien, madame...

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

(Suspension de la séance à 19 h 52)

(Reprise à 19 h 56)

La Présidente (Mme Proulx) : La commission reprend ses travaux. Alors, Mme la ministre, pouvez-vous nous faire la lecture de l'amendement déposé?

Mme Hivon : Oui. Alors, l'amendement vise à modifier l'article 28 du projet de loi :
1° par le remplacement, dans le paragraphe 1° du premier alinéa, de «aux conditions» par «à toutes les conditions»;

2° par l'insertion, dans le sous-paragraphe b du paragraphe 1° du premier alinéa et après «pronostic», de «relatif à la maladie»;

3° par le remplacement des deux dernières phrases du deuxième alinéa par les suivantes : «Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit.»

Voilà, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci, Mme la ministre. Y a-t-il des interventions sur l'amendement déposé? S'il n'y a pas d'intervention, nous allons procéder à la mise aux voix. Est-ce que l'amendement proposé à l'article 28 est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Nous allons maintenant procéder à l'adoption de l'article 28 tel qu'amendé. Y a-t-il des interventions sur l'article 28 tel qu'amendé? L'article 28 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Poursuivons l'étude du projet de loi avec l'article n° 29.

Mme Hivon : Alors, il y a un amendement à l'article 29, qui a déjà été soumis à l'opposition. Donc, je pourrais faire la lecture de l'amendement à l'article 29. Donc l'amendement se lit comme suit :

Modifier l'article 29 du projet de loi par le remplacement, dans le premier alinéa, de «l'accompagner jusqu'à son décès» par «l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès».

Alors, Mme la Présidente, cette demande d'amendement nous a été faite lors des auditions de la commission parlementaire que nous avons tenue pendant le mois d'octobre. Et nous trouvons que c'est une excellente suggestion. Ça allait de soi dans notre compréhension. Mais évidemment ça aurait pu être lu différemment. Donc, on vient clarifier que le médecin doit demeurer auprès de la personne jusqu'à son décès. C'était une demande de l'ordre des infirmières.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci, Mme la ministre. Y a-t-il des interventions? Mme la députée de Gatineau.

• (20 heures) •

Mme Vallée : Bien, simplement, Mme la Présidente, pour remercier la ministre d'avoir procédé à cet amendement, parce qu'effectivement le libellé de l'article 29 pouvait laisser sous-entendre que l'aide médicale à mourir sous la forme, peut-être, d'une forme de suicide assisté aurait pu être acceptable et acceptée. Et le principe qui est actuellement... L'amendement vient un peu clarifier ça, c'est-à-dire qu'on ne laisse pas la personne seule une fois la médication ou la substance, parce que c'est les termes utilisés, administrée, mais le médecin doit accompagner cette personne-là tout au long, jusqu'à son dernier souffle. Et donc je pense que c'est tout à fait à propos. Et il y a une question aussi d'encadrement professionnel. Donc, advenant une complication, le médecin sera au chevet de la personne. Et je crois que c'est tout à fait à propos. Donc, pour ma part, ça me va, et c'est conforme aux représentations qui nous ont été faites.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Un petit instant, je veux vérifier quelque chose.

Des voix : ...

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Oui. Je crois, Mme la Présidente, qu'il y a une petite coquille. Je vais juste... Je vais le dire tout haut. Il faudrait remplacer, en fait, pas simplement «l'accompagner jusqu'à son décès», mais «et l'accompagner jusqu'à son décès» parce que maintenant on va avoir une énumération. Et donc, si on garde le... si on n'enlève pas le «et», il va y avoir deux «et». Ça se lirait : «...et accompagner jusqu'à son décès et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès», donc on va vous déposer... on va juste... oui, on va vous déposer le nouvel amendement.

La Présidente (Mme Proulx) : On va suspendre quelques instants.

(Suspension de la séance à 20 h 1)

(Reprise à 20 h 4)

La Présidente (Mme Proulx) : La commission reprend ses travaux. Y a-t-il consentement pour retirer l'amendement précédent et le remplacer par le nouveau? Consentement? Alors, Mme la ministre, pouvez-vous faire lecture du nouvel amendement?

Mme Hivon : Le nouvel amendement se lit comme suit : Modifier l'article 29 du projet de loi par le remplacement, dans le premier alinéa, de «et l'accompagner jusqu'à son décès» par «, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès».

Alors, je pourrais peut-être vous faire la lecture de l'article tel qu'amendé. Donc, ça se lirait ainsi : «Si le médecin conclut, à la suite de l'application de l'article 28, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès.»

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Y a-t-il des interventions sur l'amendement proposé à l'article 29? M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, ça démontre vraiment la façon dont ça va procéder. Et je ne sais pas si la ministre, lors de ses consultations... Ça peut durer combien de temps, la période, à partir du moment qu'on commence à administrer et la survenue du décès? Est-ce que ça a été évalué?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, c'est vraiment en fonction des standards cliniques et des protocoles qu'on va être plus à même d'évaluer, donc, la durée, mais on peut s'imaginer que c'est... Le décès peut survenir dans les 20 à 30 minutes qui vont suivre. Mais je ne veux pas m'avancer trop loin. C'est évidemment les protocoles qui vont être déterminés, qui vont pouvoir être plus précis, c'est-à-dire dans leur application, mais c'est un ordre de grandeur.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. Et puis c'est un acte qui ne peut pas être délégué à une infirmière, c'est-à-dire que l'injection doit nécessairement être faite par le médecin.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je m'excuse, Mme la Présidente, je validais une information. Donc, je veux juste entendre la fin de...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Ça me fait plaisir de répéter. C'est un acte qui ne peut pas être délégué à une infirmière et puis c'est nécessairement le médecin qui doit faire l'administration de l'injection.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Effectivement, c'est un acte réservé au médecin — on va le voir plus loin — avec un amendement à la Loi médicale. Donc, ça ne peut pas être délégué à une infirmière.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, j'aimerais peut-être juste poser une question à la ministre, parce que je pense qu'il faut en jaser à un moment donné. Lorsqu'on regarde le projet de loi, il y a eu des interventions en disant... pour certaines personnes, c'était comme criminel parce qu'au niveau du... le fait qu'on injectait et que la personne décédait qu'il pourrait y avoir un jour une poursuite contre un médecin. Je pense qu'on a fait le projet de loi, il est construit en fonction que ce soit plus un élément de soins et de santé, ce qui fait que ce qui est prévu, c'est qu'il n'y aurait pas de poursuite contre les médecins au niveau criminel. Mais c'était quand même un des éléments qui revenaient assez régulièrement dans l'argumentation, que les gens disaient qu'on ne devait pas faire... de mettre... d'avoir une loi sur l'aide médicale à mourir.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Effectivement, Mme la Présidente, il ne pourrait pas y avoir de poursuite, et je vais expliquer bien en détail la réalité. Premièrement, c'est une loi que nous adoptons en fonction de notre compétence en matière de santé, et c'est très important de souligner toute l'approche que j'ai répétée, mais évidemment on est dans une loi qui vise à assurer un continuum de soins à une personne en fin de vie. Donc, on est dans un contexte très particulier de fin de vie.

Dans le Code criminel, on n'est pas du tout dans la même réalité. Il n'y a rien qui prévoit le contexte médical, donc ce n'est pas du tout la même chose. Et par ailleurs je tiens à dire que le ministre de la Justice et Procureur général songe et travaille, en fait, sur une orientation qui pourra être donnée pour s'assurer, si la question devait venir à se poser, dans une optique de mettre la ceinture et les bretelles, et surtout pour rassurer les médecins, qu'il ne pourrait pas y avoir de poursuite dès lors que la loi québécoise est suivie et les conditions prévues à la loi québécoise sont suivies. Parce que l'administration de la justice et la capacité aussi d'intenter des poursuites au nom du Procureur général, c'est une capacité qui est exercée par le Québec, donc par le Procureur général du Québec, via le Directeur des poursuites criminelles et

pénales, donc il n'y aura effectivement pas de risque, aucun risque. Et c'est important de rassurer tous les médecins à cet égard-là, pour les médecins qui vont suivre la loi sur les soins de fin de vie.

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

• (20 h 10) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : J'essaie d'imaginer, parce qu'il y a des groupes qui ont clairement dit qu'ils contesteraient la loi que nous sommes en train de faire... Est-ce qu'il pourrait y avoir un mécanisme pour lequel il devrait... avec lequel il pourrait y avoir des poursuites contre un médecin sans passer par le Procureur général du Québec? Moi, je ne suis pas légiste, là, ni avocat.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Mme la Présidente, je réitère, dans toute l'évaluation qu'on a faite... Non, parce que, d'une part, je dois vous le dire, là, on est très confiants, juste sur la question de la loi. C'est-à-dire qu'à partir du moment où vous avez une loi adoptée, donc, par l'Assemblée nationale, qui est en vigueur, qui devient, donc, sanctionnée, et en vigueur, éventuellement, donc, cette loi-là s'applique parce qu'elle est présumée, évidemment, légale, valide constitutionnellement. Donc, déjà, quelqu'un qui se conformerait à la loi ne pourrait pas faire l'objet de poursuite.

Mais, puisqu'il y a cette espèce de contexte dans lequel certains pourraient remettre en cause ou soulever des doutes, il y a cette volonté, donc, d'être excessivement clair en donnant en plus une orientation au Directeur des poursuites criminelles et pénales, de dire que, dès lors que la loi est suivie, il n'y a pas de poursuite possible. Donc, je peux difficilement être plus claire que ça.

Et l'objectif, c'est vraiment de rassurer. Bien que, selon notre point de vue, ça ne soit pas nécessaire, c'est, je pense, une option intéressante dans le but de rassurer et de savoir que les médecins ne pourront pas être poursuivis, qu'importe, donc, la situation... évidemment, dans la mesure où ils agissent conformément à la loi, donc, sur les soins de fin de vie adoptée en vertu de notre compétence québécoise en matière de santé.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis je ne suis pas légiste, mais je pense qu'il faut se poser des questions. Advenant le cas que notre loi soit contestée au niveau de la Cour suprême et qu'on perde en Cour suprême — une hypothèse, une hypothèse parce qu'il y en a qui croient qu'on pourrait gagner — est-ce que le scénario que la ministre vient de nous dire garderait quand même une immunité contre les médecins qui ont fait l'acte, ou il pourrait y avoir un risque, à ce moment-là, qui... il pourrait y avoir des mesures de prises contre les médecins?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Il ne pourrait pas y avoir de mesures de prises rétroactivement, évidemment, contre les médecins qui auraient travaillé conformément à la loi québécoise en vigueur. Donc, ça, ça ne serait pas une possibilité. D'habitude, on ne répond pas aux questions hypothétiques, mais je veux être bien claire là-dessus, il n'y a pas ce risque-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : J'imagine que, même s'il n'y a aucun risque, advenant qu'il y aurait une poursuite, est-ce que le gouvernement du Québec s'engagerait à défendre les médecins dans une cause comme celle-là?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : On est beaucoup, beaucoup dans l'hypothétique, mais une poursuite contre un médecin devrait être une poursuite au criminel, si je suis le raisonnement. Le Procureur général n'autoriserait pas une telle poursuite, si vous suivez le raisonnement, qui aurait une orientation à cet effet-là précisément. Donc, c'est un cas qui ne pourrait pas se concrétiser.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. Pourquoi je pose la question? Parce qu'on a eu quand même des interventions de certains groupes qui, pour eux autres, c'était encore... même, je pense qu'il y a une députée qui a voté sur ce principe-là, que ça pouvait être un risque au niveau criminel. Ça fait que j'imagine que, s'il y a des avocats ou des légistes qui se posent des questions, nous, pauvres médecins qui n'avons aucune formation en droit, on pourrait avoir des inquiétudes. Puis je veux juste qu'on rassure les professionnels qu'il n'y a vraiment aucun risque, parce qu'il y a quand même des gens qui vont... ils vont laisser entendre que, oui, c'est possible qu'il puisse y avoir un risque quand on ne connaît pas le droit.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est très important, effectivement, de rassurer les médecins, mais, je dois vous dire, Mme la Présidente, que ça ne ferait pas quatre ans qu'on travaillerait sur ce dossier-là si on pensait qu'on fait tout ça puis qu'on n'a pas les assises pour la faire. Donc, on est très confiants quant à nos assises juridiques pour notre loi. Évidemment, l'application du Code criminel... l'administration de la justice relevant aussi du Québec... On a toutes les assises aussi pour adopter une orientation, pour que le Procureur général et ministre de la Justice adopte une orientation.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, Mme la Présidente. Il y a peut-être une question qui aurait pu être posée plus tard, mais j'aimerais avoir l'opinion de la ministre. À partir du moment que la loi serait adoptée — je le mets au conditionnel, parce que, tant qu'une loi n'est pas adoptée, il faut penser qu'elle pourrait ne pas l'être — il se passerait quoi, comme délai? Ça serait quoi, le délai entre le moment de passer la loi et que ça puisse se pratiquer dans notre société?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : On va en discuter lors de l'étude des articles d'entrée en vigueur, mais le délai qui est prévu, c'est 12 mois.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ce qui veut dire qu'advenant une adoption entre vendredi — on peut aller jusqu'à vendredi, Mme la ministre, j'ai vu ça, moi, un vendredi — on pourrait adopter... ou encore juin l'année prochaine, parce qu'il faut penser à l'autre session aussi, là, c'est-à-dire, après ça, ça serait un délai de 12 mois avant qu'une personne puisse recevoir l'aide médicale à mourir.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est ce qui est prévu. On va en discuter, comme je vous dis. Ce qui est prévu, c'est 12 mois pour... à partir de la date... au plus tard 12 mois à partir de la date de la sanction.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci pour les indications.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'amendement à l'article 29? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : En fait, sur l'amendement comme tel, non. Par contre, sur l'article 29 tel qu'amendé, oui. Donc, je ne sais pas...

La Présidente (Mme Proulx) : Il faudrait disposer de l'amendement. Y a-t-il d'autres interventions sur l'amendement de l'article 29? Sinon, on va procéder à la mise aux voix. Est-ce que l'amendement proposé à l'article 29 est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Adopté. Nous pouvons maintenant procéder aux interventions sur l'article 29 tel qu'amendé.

Mme Vallée : Merci, Mme la Présidente. Bon, une fois que le médecin a conclu qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir, est-ce qu'il y a une raison pour laquelle on n'a pas prévu de délai ou est-ce qu'il y a un délai à l'intérieur duquel le médecin doit administrer ou doit procéder à l'administration de l'aide médicale à mourir? Parce que j'imagine, là, qu'il pourra y avoir quand même, peut-être, quelques heures, peut-être... voire même une ou deux journées entre le moment où on a fait la demande, où le patient aura formulé la demande et où les étapes auront été franchies. Donc, est-ce qu'il y a un délai maximal, est-ce qu'il y a un délai minimal?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Non, Mme la Présidente. On n'a pas voulu prévoir de délai parce que tout ça, évidemment, est tributaire de la volonté de la personne qui est en fin de vie. Donc, dans l'échange avec son médecin... et l'article 29, en fait, il vient vraiment prévoir, donc, que, dès lors qu'il conclut, c'est, je dirais, les conditions pour que lui l'administre. Donc, c'est lui-même qui doit l'administrer, il doit rester auprès de la personne jusqu'à son décès. Donc, c'est ce qu'on vient prévoir.

Pour ce qui est du moment, c'est le moment, évidemment, qui va avoir été convenu par la personne elle-même. Donc, ce n'est pas un automatisme de dire : Ça doit se faire, voici, maintenant, puisque c'est un soin qui est administré à la demande de la personne. Donc, ça doit respecter la demande de la personne, la volonté de la personne.

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

• (20 h 20) •

Mme Vallée : Et, si le médecin conclut qu'il ne peut lui administrer l'aide à mourir, il doit informer la personne qui la demande des motifs de sa décision. Là, je veux juste m'assurer de faire une distinction : ici, on n'est pas du tout dans le cas de l'objection de conscience, là, ça, c'est vraiment... c'est les motifs objectifs fondés sur l'évaluation à laquelle le médecin a procédé en vertu de 26 et 28, là. Donc, ce n'est pas une question de dire : Vous êtes admissible, mais, moi, personnellement, je ne suis pas à l'aise d'administrer l'aide médicale à mourir, donc je ne vous l'administre pas. C'est vraiment : Vous avez formulé une demande d'aide médicale à mourir; à la suite de l'évaluation que j'ai faite de votre dossier, je ne peux malheureusement consentir à vous administrer l'aide médicale à mourir, puisque, selon mes... par exemple, je ne vous considère pas apte à prendre une telle décision, je ne considère pas que votre consentement est libre et éclairé, je ne considère pas que vos souffrances sont telles qu'il n'y a pas d'autre moyen. Donc, c'est vraiment fondé sur le caractère propre à la demande d'aide médicale à mourir, et à la condition du patient, et pas du tout — parce qu'on le verra plus tard — à l'objection de conscience.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Exactement, Mme la Présidente, c'est vraiment fondé sur les conditions, donc, remplies ou non, de l'article 26, telles qu'évaluées selon le processus de l'article 28.

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

Mme Vallée : Et est-ce que le médecin qui conclut qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir doit informer la personne par écrit? Est-ce que le refus doit être consigné à l'intérieur d'un écrit? Puisqu'on a des écrits pour tout le processus d'évaluation, je présume que ce refus doit être également consigné par écrit?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : À l'article 31, Mme la Présidente, les motifs de la décision du médecin doivent être versés... inscrits et versés dans le dossier. Donc, les motifs peuvent être pour dire que la personne remplit les conditions ou qu'elle ne les remplit pas.

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

Mme Vallée : Et la communication à la personne qui en fait la demande, est-ce qu'elle doit se faire seule ou est-ce qu'elle doit se faire en présence d'un membre de l'équipe médicale? Est-ce que cet échange-là devrait se faire simplement entre le patient et le médecin ou est-ce qu'il ne devrait pas y avoir quelqu'un de témoin ou quelqu'un présent au chevet du patient ou qui accompagne le médecin?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est comme dans toute relation médecin-patient, donc, il n'y a pas d'obligation qu'il y ait une autre personne, au même titre... ou quand vous recevez un diagnostic ou que vous prenez une décision importante, il n'y a pas d'obligation à cet égard-là. Donc, c'est le médecin qui informe la personne des raisons pour lesquelles, donc, il refuserait, par exemple, l'aide médicale à mourir.

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

Mme Vallée : On le verra plus tard, mais j'imagine que le patient qui voudra contester cette décision-là... Je comprends que l'état de santé ne le permettra pas toujours, mais un patient qui ne sera pas en accord avec la décision du médecin et à qui on aura refusé une demande d'aide médicale à mourir pourra s'adresser à la commission. Donc, est-ce qu'il ne serait pas opportun que la demande soit consignée par écrit plutôt qu'elle demeure verbalement, qu'elle soit remise directement au patient? Parce que je comprends que le patient aura toujours accès à son dossier, mais on s'entend que, pour obtenir une copie de dossier, pour obtenir une copie des différents formulaires, il peut s'écouler du temps, des délais, puis il y a aussi bien souvent des frais rattachés à ça pour les patients. Est-ce que le médecin ne devrait pas informer la personne en lui remettant une copie de sa décision ou une copie de l'évaluation?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : En fait, ça serait le mécanisme traditionnel, usuel de plainte, sauf qu'on va avoir des articles où on vient prévoir qu'une plainte relative à une fin de vie doit être traitée en priorité. Vous allez voir, on va amener ça. Certains avaient soulevé la question des plaintes. Donc, c'est les mécanismes traditionnels qui sont prévus à la LSSSS, mais on va venir prévoir que ces plaintes-là doivent être traitées en priorité, bien évidemment, pour les raisons qu'on peut s'imaginer facilement.

Pour ce qui est de la question du formalisme, que ça soit remis par écrit, ce n'est pas requis parce que ça va être consigné au dossier. Et, comme pour toute plainte qu'un patient, une personne veut formuler à l'égard d'un médecin,

l'analyse va toujours reposer sur le dossier, donc, du patient puis le témoignage, et tout ça. Donc, il n'y a pas cette nécessité-là d'un formalisme accru.

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

Mme Vallée : J'avais cru comprendre que la Commission sur les soins de fin de vie pouvait se pencher sur un litige survenant dans l'évaluation, donc... O.K., la Commission sur les soins de fin de vie ne pourra se pencher. Ce sera la Cour supérieure, le cas échéant, qui aura à se pencher dans le contexte d'une requête qui sera présentée.

Et donc est-ce qu'il ne serait pas opportun... Parce que, si le médecin voulait contester le dossier, il n'aura pas, comme dans le cadre d'un commissaire aux plaintes, accès automatiquement, par le tribunal, par la cour, au dossier médical. Pour pouvoir verser le dossier médical à l'intérieur du dossier judiciaire, il y aura des frais, et bien souvent ce sera le patient qui devra les assumer. Parce qu'on comprend, là, ce n'est pas tout à fait le même processus qu'un processus de plainte via le Commissaire aux plaintes, c'est vraiment une demande qui serait formulée pour forcer la main ou forcer la... oui, forcer la main du médecin à administrer l'aide médicale à mourir. Et donc c'est pour ça que je me disais : Est-ce que ce ne serait pas une bonne chose que le refus... je comprends, là, qu'il n'y aura probablement pas des tonnes de demandes d'aide médicale à mourir, donc on ne parle pas d'une lourdeur à n'en plus finir, mais... le refus qui est fondé sur l'évaluation objective de l'état de la personne puisse être remis par écrit? Comme ça, la personne, si elle considère que le refus n'est pas fondé, bien, elle pourra s'adresser aux tribunaux, mais elle aura à tout le moins cet élément-là, qui est le début, la base de sa demande, qui serait le refus du médecin, alors que, si on n'a rien par écrit, c'est au patient en fin de vie à qui reviendra le soin d'obtenir copie de son dossier, obtenir copie de tout ça, et c'est peut-être un peu lourd, et, dans un contexte de fin de vie, ça peut être un petit peu utopique, là. On risque de se retrouver avec des délais et des frais qui ne sont pas nécessaires.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : O.K. Alors, ce n'est pas quelque chose qui se retrouverait devant le tribunal, ça serait le mécanisme de plainte qui est prévu à, donc, la loi sur la santé et les services sociaux. Ce n'est pas impossible parce que quelqu'un peut toujours prendre un recours devant le tribunal, mais il y aurait une mécanique plus simple, qui est celle... Parce que c'est un acte professionnel posé par le médecin, et là on remettrait en cause le jugement exercé par le médecin, donc ça serait le mécanisme, donc, du médecin examinateur, à la suite d'une plainte qui serait logée, qui serait donc aussi potentiellement référée, pour le médecin qui pratique en cabinet privé, au Collège des médecins directement. Donc, c'est ce cheminement-là que suivrait la plainte.

Je comprends la préoccupation de ma collègue, mais c'est la même chose, c'est-à-dire que ça ne sera pas plus lourd pour la personne de soumettre, par exemple, le dossier, ce qui est consigné au dossier versus un autre formulaire qui lui aurait été remis. C'est la même chose, les motifs vont devoir être consignés, donc le médecin va devoir consigner ça dans le dossier du patient. Et puis je ne serais pas confortable à ce qu'on prévoie un mécanisme totalement étranger à notre manière de fonctionner, là. À chaque... Je dis souvent ça, mais il y a des décisions difficiles aussi qui sont... ou, je veux dire, des jugements professionnels qui sont posés au quotidien qui peuvent faire l'objet de plaintes. Et ce n'est pas... on n'est pas dans une réalité où on remet systématiquement à quelqu'un quelque chose qui est différent de son dossier. Le dossier, il est là, il existe pour ça, il consigne, donc, les faits relatifs à l'état d'une personne, et, dans ce cas-ci, c'est prévu noir sur blanc qu'on doit consigner, donc, les motifs, tout ce qui est relatif à la demande d'aide médicale à mourir dans le dossier.

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

Mme Vallée : J'aimerais juste revenir au processus prévu à la LSSSS, au processus de plainte auquel on fait référence, là. C'est peut-être mon manque de connaissance du milieu hospitalier, j'étais sous l'impression qu'on parlait du Commissaire aux plaintes, mais on parle maintenant du médecin... médecin...

• (20 h 30) •

Mme Hivon : Tout ça est lié, c'est-à-dire que, si vous faites une plainte au Commissaire aux plaintes, mais que c'est concernant un préposé ou quelque chose qui n'est... l'entretien des lieux, l'établissement, la gestion de l'établissement, ça va prendre un chemin. Mais, si vous faites une plainte, mais qui concerne un acte professionnel, ça va être référé au comité examinateur... — au comité! — au médecin examinateur, donc responsable d'évaluer la qualité de l'acte professionnel en vertu de l'article 45 de la LSSSS. «Lorsque la plainte de l'utilisateur concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien [...] le commissaire local aux plaintes [...] la transfère sans délai pour examen au médecin examinateur désigné conformément à l'article 42...» Donc, ça va suivre ce cheminement-là, et on va le voir, via les amendements, que ça va être traité en priorité.

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

Mme Vallée : Parfait. Mais, en fait, les explications de la ministre me conviennent. Je ne sais pas si mes collègues...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Seulement pour continuer le processus, le médecin pourrait être... Elle va être envoyée au médecin examinateur, qui, lui, pourrait décider de l'envoyer au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, à l'exécutif, pour traiter la plainte s'il le juge à propos. Juste pour compléter le raisonnement jusqu'au bout.

Puis, à la fin également, même si c'est traité par le CMDP, il pourrait y avoir une plainte concomitante au Collège des médecins, mais le Collège des médecins attendrait le traitement de la plainte au niveau de l'établissement avant de la regarder. Mais c'est le processus qui pourrait aller jusqu'au bout, mais ça, ça serait très long et ardu, ça fait qu'on espère que ça va se régler avant, au niveau du médecin examinateur, surtout que je comprends que, s'il y a eu une plainte contre le médecin et qu'on voudrait procéder, possiblement que ce serait mieux que le médecin se retire et qu'on fasse affaire avec un autre professionnel.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Bien, en fait, c'est ça, là, ça serait vraiment du cas par cas. On peut comprendre qu'une personne voudrait faire une plainte parce qu'elle estime qu'on n'a pas répondu adéquatement, qu'on n'a pas analysé adéquatement sa demande, qu'il y a eu un jugement professionnel exercé qui était erroné.

Par ailleurs, est-ce que la personne pourrait dire : Ce médecin-là a erré, et donc je me cherche un autre médecin traitant, là? Disons que je pense que ça serait quand même d'une certaine complexité dans les circonstances. Donc, moi, je pense plutôt que, ce qui va arriver, c'est qu'il y aurait une plainte... et on est vraiment dans l'hypothétique, là, parce qu'on comprend que c'est quelque chose qui ne risque pas d'arriver très souvent, mais il y aurait une plainte, on disposerait de la plainte en priorité. Et, si on estimait qu'elle est bien fondée, bien, évidemment, on ferait en sorte que la personne puisse avoir accès aux soins demandés.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, quand on arrive dans ces processus, c'est sûr qu'on pourrait suivre le processus des plaintes, puis c'est un droit du patient de faire une plainte. Mais, si on voulait agir, dans ce cas-là, pour juste donner accès à l'aide médicale à mourir, théoriquement, ça va être un autre professionnel qui va devoir procéder parce que c'est... Je ne vois pas tellement, quand on a fait une plainte contre un médecin, que lui puisse continuer à traiter le dossier, mais ça, ce serait des cas très, très, très exceptionnels. Puis il ne faut pas oublier également qu'il peut y avoir une insatisfaction, mais ça ne veut pas dire qu'on va faire l'aide médicale à mourir demain. Ça peut être quelque chose qui est prévu plus dans quelques semaines, quelques mois.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Bien, évidemment, Mme la Présidente, la situation de la personne, l'évolution de son état de santé peut évoluer. L'évolution peut évoluer, c'est formidable, cette formule-là. Donc, il peut y avoir une évolution dans l'état de santé, dans la situation médicale de la personne, qui fait en sorte que, si elle recommençait le processus, une nouvelle demande quelques semaines plus tard, effectivement, peut-être que la réalité pourrait être différente. Donc, ça, c'est certain, ce n'est pas quelque chose qui est figé dans le temps. Mais, au moment de la demande, le médecin pourrait avoir jugé que la personne ne répond pas aux conditions.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est beau, Mme la Présidente, pour cette partie-là.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'article 29 tel qu'amendé? Nous allons procéder à la mise aux voix. L'article 29, tel qu'amendé, est-il... M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...les plaintes, j'avais terminé, mais je voulais revenir à la question de la demande des motifs de sa décision. Est-ce que la ministre peut nous redonner des exemples — je sais qu'elle l'a déjà fait — sur des motifs de la décision? Qu'est-ce qui pourrait faire que le médecin décide de ne pas procéder?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Tout jugement qui serait posé par le médecin qui conclurait que la personne ne répond pas aux conditions de l'article 26, donc que ce soit en termes de la qualité de la demande qui avait été formulée, que ce soit par le fait qu'elle estime qu'on n'est pas face à un déclin avancé et irréversible de sa capacité, si, par exemple, le médecin en venait à la conclusion que la personne pourrait retrouver un état beaucoup meilleur que celui dans lequel elle est, que donc les souffrances pourraient être apaisées, qu'on n'est pas dans une situation irréversible sans perspective d'amélioration. Donc, ça, c'est un exemple.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Le cas qui a été amené parce que... qu'on a entendu parler, il y a des gens qui nous faisaient mention qu'ils devraient avoir le droit de décider, quel que soit l'état de leur maladie, mais en autant qu'on sache que c'est une maladie qui est irréversible, et incurable, et grave. Ça voudrait dire que, si quelqu'un avait un pronostic de durée de vie de deux ans, ça pourrait être suffisant pour pouvoir refuser compte tenu qu'il ne serait pas considéré en fin de vie.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Effectivement, Mme la Présidente, si le médecin jugeait que la personne n'est pas en fin de vie, ce serait un motif, comme on l'a vu lors de l'étude de l'article 26, pour décliner la demande d'aide médicale à mourir. Mais, bien concrètement, on peut s'imaginer que, dans la relation avec le médecin traitant, dans le concret des choses, quand la personne va amorcer le processus de faire une demande d'aide médicale à mourir, il va quand même y avoir eu un dialogue avec son médecin. Et, si, d'entrée de jeu, le médecin estime qu'il y a une des conditions qui, à la face même, n'est pas remplie, j' imagine que, dans une bonne pratique médicale, il va en informer son patient aussi pour ne pas susciter de faux espoirs ou de l'aligner sur quelque chose qui se solderait, de toute façon, par un refus.

Donc, on est évidemment, à partir du moment où, je dirais, que la demande est formulée... on peut s'imaginer que, dans la majorité des cas, il va y avoir une évaluation a priori du médecin qu'il y a un potentiel que cette personne-là réponde aux conditions de l'article 26.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est beau, Mme la Présidente. Je suis très satisfait des explications.

La Présidente (Mme Proulx) : Y a-t-il d'autres interventions sur l'article 29 tel qu'amendé? L'article 29 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Nous allons poursuivre l'étude du projet de loi avec l'article 30.

Mme Hivon : Nous avons un amendement, Mme la Présidente, à l'article 30.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre, pouvez-vous procéder à la lecture de l'amendement, s'il vous plaît?

Mme Hivon : Oui. Alors, l'amendement de l'article 30 vise à modifier l'article 30 du projet de loi par le remplacement du deuxième alinéa par les suivants :

«Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur des services professionnels ou toute autre personne désignée par le directeur général de l'instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire qui lui a été remis. Les démarches visées au premier alinéa sont alors entreprises.

«Dans le cas où aucune instance locale ne dessert le territoire où est située la résidence de la personne, l'avis mentionné au deuxième alinéa est transmis à l'établissement exploitant un centre local de services communautaires sur ce territoire.»

Peut-être pour qu'on analyse le tout de manière plus cohérente, je pourrais lire le premier alinéa de l'article 30, parce que là, en fait, l'amendement vise à venir modifier la fin de l'article, mais ce serait bien de lire le début de l'article.

Donc, le début de l'article se lit ainsi : «Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 28 doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur des services professionnels ou toute autre personne désignée par le directeur général de l'établissement et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur des services professionnels ou la personne ainsi désignée doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 28.»

Donc, cet article-là, c'est vraiment pour donc le médecin qui refuse, donc, d'administrer une aide médicale à mourir pour un motif d'objection de conscience et qui doit alors référer la demande, donc, au directeur des services professionnels ou toute autre personne qui est désignée par le directeur général de l'établissement, parce que c'est possible, évidemment — on en a discuté amplement lors, notamment, des consultations — qu'un médecin refuse. Et, pour s'assurer, donc, que la personne puisse être accompagnée dans sa demande, il est important de s'assurer que l'on puisse trouver un autre médecin. Mais, pour respecter l'inconfort qui nous a été manifesté par certains médecins qui disaient qu'ils seraient inconfortables à trouver eux-mêmes un autre médecin, que ça pouvait être un fardeau indu, on vient prévoir un mécanisme, on vient suggérer en quelque sorte, en l'écrivant dans l'article, le recours au directeur des services professionnels, mais on vient prévoir que c'est le directeur général qui va désigner la personne. Donc, ça pourrait aussi être une autre entité, une autre personne au sein, donc, de l'établissement. Donc, voilà.

Et on est venus... Avec l'amendement, on vient préciser, donc, la mécanique, à la suite des commentaires qui nous avaient été faits, notamment pas les collègues de l'opposition, pour s'assurer de la fluidité de la démarche si on est face à un médecin, donc, qui exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel.

• (20 h 40) •

La Présidente (Mme Proulx) : Merci. Y a-t-il des commentaires? Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Oui. Alors, comme je viens de mentionner à mon collègue, là, ce sera un commentaire plus d'entrée en matière que technique sur la façon de faire.

Je comprends que l'article 30 vient reconnaître le principe de l'objection de conscience pour le médecin et vient reconnaître qu'un médecin n'est pas tenu personnellement d'administrer l'aide médicale à mourir. Et là je trouve que ce n'est pas si clair que ça. Lorsqu'on lit 29 et lorsqu'on lit 30... L'article 29, tel qu'on l'a adopté nous dit, bon : Si le médecin conclut, à la suite de l'application de 8, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit l'administrer lui-même, puis l'accompagner jusqu'à son décès, puis être avec la personne.

Mais un médecin peut dire : Vous êtes admissible à l'aide médicale, vous remplissez les critères de l'aide médicale à mourir, mais moi, pour des raisons que je n'ai pas à vous divulguer... Parce que je ne vois pas en quoi le médecin aurait à divulguer ma foi religieuse, ou mon éthique, ou mon inconfort avec l'aide médicale à mourir. Alors, un médecin pourrait dire : Vous êtes admissible, mais moi, personnellement, je ne suis pas rendu là et je n'administrerai pas l'aide médicale à mourir. Et, cet élément-là, on ne l'a pas clairement mentionné.

C'est qu'on dit : Bon, si un médecin a des raisons autres que des raisons fondées sur 28 pour refuser l'aide médicale à mourir, bon, voici le processus qu'il devra entreprendre afin de trouver un médecin qui va pouvoir administrer la demande d'aide médicale à mourir. Mais on ne prévoit pas de façon claire qu'un médecin peut en tout temps, pour des motifs qui lui sont propres, refuser d'administrer l'aide médicale à mourir à un patient. Et, si on veut consigner, à l'intérieur du projet de loi, un réel respect vis-à-vis l'objection de conscience, je crois qu'on devrait spécifiquement le prévoir et, après, prévoir de quelle façon on va le traiter afin d'éviter que le droit d'un médecin puisse faire ombrage au droit d'un individu qui est prévu par une loi. Mais il faudrait que ça soit clair, parce que ce n'est pas si clair que ça lorsqu'on lit l'article.

Et même, tout à l'heure, je questionnais la ministre à savoir, sur 29, si le médecin conclut qu'il ne peut pas administrer l'aide médicale à mourir. Et ça, c'était : ne peut pas l'administrer en fonction des critères objectifs, parce que la personne ne se conforme pas aux exigences de la loi... Bon, ça, c'est une chose. C'est beau, on avise la personne par écrit... on avise la personne qu'en raison de tel ou tel critère elle ne se conforme pas, elle ne répond pas aux critères et donc elle ne peut pas faire cette demande-là.

Par contre, il faudrait pouvoir prévoir clairement qu'un médecin a la possibilité de choisir de ne pas administrer l'aide médicale à mourir pour les motifs qui lui sont propres, parce que je ne vois pas en quoi le médecin devrait divulguer au patient ses motifs personnels, mais il a cette obligation de référer. Il a cette obligation rapidement de référer et de trouver quelqu'un et là d'entrer dans la procédure, là, qui est introduite, entre autres, par l'amendement que la ministre dépose. Mais je ne crois... Quand je lis tout ça ensemble, oui, c'est l'objection de conscience qu'on prévoit, mais elle n'est pas, à mes yeux, suffisamment claire.

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je comprends le commentaire de la collègue. En fait, c'est qu'il y aurait deux cas. Il y a l'objection de conscience, qui est celui qu'on voit le plus, mais il pourrait y avoir un médecin qui refuse parce qu'il estime qu'il n'a pas les compétences professionnelles pour le faire. Donc, c'est pour ça qu'on précise que ce n'est pas pour des motifs fondés sur 28, ce qui veut dire que ce n'est pas parce que la personne ne répond pas aux conditions, c'est pour d'autres motifs.

Quels peuvent être ces autres motifs? Objection de conscience, qui serait le motif le plus important, ou une personne... un médecin qui estime qu'il n'a pas la compétence professionnelle pour le faire, ce qui donc serait peut-être plus rare, parce que, si... c'est le médecin qui est en contact, mais ça pourrait arriver, donc on ne voulait pas exclure cette possibilité-là. Juste pour rassurer la députée de Gatineau, là, il ne doit pas divulguer les motifs à la personne, il ne peut simplement que lui dire : Moi, je ne pratique pas l'aide médicale à mourir, ce n'est pas un soin que j'administre, que je souhaite administrer et, voici, je vais demander qu'on transfère le dossier.

Mais il ne ferait pas l'évaluation parce qu'à 28 c'est la personne qui administre l'aide médicale à mourir qui doit faire l'évaluation. «Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit...» Donc, un médecin qui ne serait pas, donc, un médecin qui pourrait administrer l'aide médicale à mourir ne ferait pas l'évaluation, parce que, de toute façon, le nouveau médecin va devoir faire toute l'évaluation.

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

Mme Vallée : Mais prenons, par exemple, le cas d'un établissement où un médecin pourrait objectivement être en mesure de faire l'évaluation de la personne, sans l'administrer. Donc, le médecin peut avoir les compétences professionnelles. C'est parce que je pense à certains établissements où on n'a peut-être pas beaucoup de professionnels de disponibles — on a souvent parlé des cas en région — donc on pourrait avoir, dans un établissement, des médecins qui ne sont pas à l'aise de performer, soit parce qu'ils n'ont pas l'expertise, l'expérience, parce que ce seraient des cas rares qui ne se présentent pas... ça ne se présente pas à tous les jours, et il pourrait y avoir également, dans les médecins, des médecins qui ne sont pas à l'aise, mais qui ont quand même la compétence pour évaluer et donc qui pourraient...

Plutôt que d'attendre qu'un médecin, par exemple, d'une autre région ou d'un autre établissement se rende sur les lieux, compte tenu qu'on est en fin de vie puis on disait, tu sais, il ne faut pas étirer pour étirer inutilement, je croyais qu'un médecin aurait pu procéder à l'évaluation et dire : Vous êtes admissible médicalement. Au sens médical du terme, tout est beau, j'ai procédé. Parce qu'un médecin peut ne pas vouloir l'administrer, mais avoir toutes les compétences puis toutes les qualités requises pour procéder à l'évaluation du patient, parce que... il pourrait être capable de faire la part des choses et de dire : Oui, apte et vous correspondez à tous les critères, mais... Alors, j'ai procédé à l'évaluation, je ne pratique pas l'aide médicale à mourir, je préfère... Ou : En attente de l'arrivée d'un collègue d'une autre région, d'un autre établissement, voici...

Alors, en pratique... pardon. En théorie, je comprends que l'objectif, c'était... bon, c'est le médecin qui va administrer l'aide médicale à mourir qui va faire l'évaluation, peut-être que, dans la pratique, ce sera un petit peu plus

compliqué, dans le sens que, si on n'a pas de médecin à proximité, on va peut-être vouloir quand même procéder à l'évaluation.

• (20 h 50) •

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : Je comprends ce qui anime la députée, mais, dans le concret, ça ne donnerait rien qu'un premier médecin qui ne fera pas l'administration évaluée. En fait, au contraire, ça ajouterait une étape, parce que celui qui va administrer, il est assujéti à l'obligation d'évaluer et de s'assurer que la personne répond à l'ensemble des conditions. Donc, dans les faits, il devrait rapidement, dès lors qu'il sait qu'il n'est pas à l'aise à administrer l'aide médicale à mourir, se tourner, donc, vers le DSP, vers l'entité qui est prévue pour dire : On doit trouver un médecin. Évidemment, s'il en trouve un de lui-même, là, il n'est pas obligé... si le médecin en connaît un autre qui est à l'aise, il peut tout de suite suggérer puis mettre en contact le patient avec le médecin. Mais, dans les cas où il ne l'est pas, il peut référer au mécanisme qui est prévu à 30. Mais, dans les faits, ça n'apporterait rien parce que ça n'enlèverait pas l'obligation qu'aurait le nouveau médecin de faire toute l'évaluation.

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

Mme Vallée : D'accord. Je comprends. Maintenant, est-ce qu'il ne serait pas opportun de prévoir à la loi qu'un médecin n'est pas tenu d'administrer l'aide médicale à mourir ou n'est pas... de le prévoir clairement, la possibilité pour un médecin de ne pas procéder à... tant pour l'objection de conscience que pour la question de l'assurance ou de la compétence... bien, j'hésite à utiliser le terme «compétence», là, mais peut-être du malaise vu le manque d'expérience ou d'expertise?

La Présidente (Mme Proulx) : Mme la ministre.

Mme Hivon : C'est prévu, Mme la Présidente, à l'article 44, en disant que la loi n'a pas pour effet de limiter le droit pour un professionnel de la santé de refuser, conformément à son code de déontologie, de fournir des soins de fin de vie pour des... ou de collaborer à leur fourniture en raison de ses convictions personnelles. Donc, on l'a. Et, pour ce qui est de la question de la compétence, ça va de soi, parce que c'est aussi à son code de déontologie, puis ça va de soi à la base.

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

Mme Vallée : Donc, 44... mais 44 est un peu loin. Est-ce qu'il y a une raison pour laquelle on l'a mis aussi loin dans le projet de loi? Je comprends que c'est «Dispositions diverses». Est-ce qu'il y a une raison pour laquelle on n'a pas prévu le mettre un petit peu plus près ou soit entre 26 et 28?

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

Mme Hivon : M. le Président, c'est parce que c'est une question d'élaboration de la loi : il est là parce qu'il s'applique à l'ensemble du titre II, donc sur les soins. Par exemple, ça s'applique aussi à la sédation, l'objection de conscience, un médecin pourrait ne pas être à l'aise. On en a entendu certains qui n'étaient pas à l'aise non plus avec la sédation palliative, ça pourrait s'appliquer à ça aussi. Donc, on ne voulait pas limiter l'exercice, évidemment, d'un droit qui est prévu au code de déontologie, qui est l'objection de conscience.

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

Mme Vallée : Ça va.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, bien, merci, M. le Président. La question, c'est... Si je comprends bien, on veut référer directement au directeur des services professionnels ou encore à un autre directeur qui serait nommé par le directeur général.

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

Mme Hivon : Effectivement, M. le Président, notre idée, c'est que le directeur des services professionnels pourrait être l'entité toute désignée pour recevoir ces demandes-là. Ceci dit, on peut comprendre qu'il peut y avoir une diversité de réalités, qu'il y a des établissements dans lesquels on ne trouverait pas souhaitable que ce soit une responsabilité assumée par le directeur des services professionnels. Donc, on prévoit la possibilité que ça puisse être une autre personne désignée par le directeur général de l'établissement.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Une proposition que... Je ne veux pas en faire un amendement immédiatement, mais j'aimerais ça qu'on puisse en discuter. Moi, je crois que c'est un dossier tellement important que c'est le directeur général qui devrait être responsable, et lui pourrait désigner un des directeurs responsables du dossier. Pourquoi je dis ça? C'est que, un, recruter le directeur professionnel, actuellement, c'est très difficile. Deuxièmement, souvent, c'est des postes qui sont occupés par des gens qui font des intérim pendant de longues périodes. Souvent, ça change de personne sur une base très régulière, et souvent, au niveau du directeur professionnel, c'est souvent les équipes autour qui vont supporter le directeur des services professionnels. Et je vous dirais même que la directrice des soins infirmiers pourrait être aussi la personne qui pourra en être responsable.

Et moi, je trouve qu'on met une grande responsabilité sur le directeur des services professionnels. Étant un dossier aussi important, la question que moi, je me posais... Ça ne devrait certainement pas relever du conseil d'administration, mais c'est le directeur général qui doit avoir la responsabilité de désigner quelqu'un, sans nécessairement que ce soit le directeur des services professionnels. Puis, dans nos établissements, en plus de ça, souvent, les directeurs des services professionnels, ce sont des gens à temps partiel, donc plus difficiles à rejoindre, moins disponibles, en tout cas, qu'un autre directeur des... exemple, la directrice des soins infirmiers, qui, elle, est en permanence.

Moi, je regarde surtout au niveau de la fonctionnalité. Puis c'est certain que le directeur des services professionnels, c'est un médecin, mais je ne suis pas certain que, dans ce cas-là... un médecin rajoute, si on part avec le principe qu'ils vont devoir trouver un autre médecin pour faire le travail... Mais ça, ça va être à l'établissement de s'organiser pour avoir une banque de médecins qui pourraient pratiquer l'aide médicale à mourir.

Et là je tiens à rappeler, M. le Président, lors du projet de loi, j'ai toujours dit que les principes sont là, nous sommes d'accord. Moi, personnellement, je suis d'accord. Je pense que l'intention est bonne. C'est l'application qui est difficile et c'est pour ça que j'aimerais ça qu'on ait une situation un peu plus facile à gérer à l'intérieur de l'établissement. Et sans compter que l'AQESSS était d'accord avec le projet, ça fait que j'imagine que... L'AQESSS est composée des directeurs généraux; bien, je pense qu'ils devraient assumer leurs responsabilités.

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

Mme Hivon : En fait, dans la rédaction actuelle, ça peut être le directeur général de l'établissement, hein? Il n'y a rien qui l'empêche, parce que c'est le DSP ou toute autre personne désignée par le directeur général, donc le directeur général, il peut décider que c'est lui-même. La raison pourquoi on a choisi le directeur des services professionnels, tout en permettant que ça puisse être une autre personne, c'est parce qu'il nous semblait plus logique, mais... Je suis ouverte à la discussion, mais il nous semblait plus logique que ce soit une personne, un directeur qui est en lien assez étroit avec l'équipe de médecins, ce qui est quand même le cas davantage du DSP que du directeur général de l'établissement, là. Au quotidien, dans la pratique, il y a des médecins qui vont être très, très peu en lien avec le directeur général de l'établissement.

Donc, ça nous semblait plus, je dirais, naturel que ce soit cette personne-là, qui connaît très bien le corps médical, qui connaît autant les médecins qui se référeront pour dire : Moi, je n'accepte pas d'administrer l'aide médicale à mourir que ceux qui pourraient être disposés à le faire et donc à prévoir la mécanique. Ça nous semblait plus, je dirais, logique et naturel, tout en concevant que ça puisse ne pas être le cas partout. Et donc de venir prévoir cette souplesse-là que ce soit une autre personne qui puisse être désignée, c'était comme un indicateur, sans être une obligation.

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

• (21 heures) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Trois arguments. Premier argument : moi, j'ai eu des représentations des directeurs des services professionnels et des représentants qui ne sont pas d'accord du tout avec ça, parce que, pour eux autres, là, ce n'est pas à eux autres que ça incombe, la tâche d'avoir à assumer une loi qui s'adresse à toute la population.

Le deuxième argument : c'est beaucoup plus difficile de recruter des directeurs de services professionnels. Ce sont des endroits où ce que... Comme je le dis, au Québec, s'il y a de l'instabilité... Je crois qu'à un moment donné il manquait jusqu'à 40 ou 50 directeurs des services professionnels pour l'ensemble des établissements. Et, entre autres, lorsque c'est dans la fonction de CLSC, souvent, les directeurs de services professionnels, ce ne sont même pas des médecins.

Et le troisième argument : que moi, je verrais mieux comme libellé, j'aimerais mieux que ça soit le directeur général qui soit responsable ou avec la possibilité de désigner un directeur dans l'établissement. Ça neutralise la possibilité que ce soit nécessairement le directeur des services professionnels. Parce que, de la façon dont c'est libellé, le directeur général va sûrement dire : Regardez, l'intention du législateur, c'est vraiment, d'abord, que ça soit le directeur des services professionnels. Ça fait que moi, je pense que, pour bien faire maintenant, j'aimerais mieux que ça soit le directeur général qui soit responsable. Et, lui, si son directeur des services professionnels s'entend avec lui, ou, encore, il décide de désigner son directeur des services professionnels, ça va être beaucoup plus facile.

Et je rappellerai que ça arrive assez régulièrement que les directeurs des services professionnels, c'est des personnes qui sont dans l'établissement, qui prennent la responsabilité... Parce qu'on a l'obligation d'avoir un directeur des services professionnels, il y a des endroits qu'ils sont là seulement qu'une journée par semaine. Et moi, je pense que c'est la responsabilité de l'ensemble de l'établissement d'avoir à assumer tout ce qui concerne l'acte médical à mourir.

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

Mme Hivon : Je comprends. Je suis bien l'argumentation du député de Jean-Talon; peut-être juste des éléments à mettre en perspective. En fait, c'est de savoir, la règle de base va être plus : Quoi? Qu'est-ce qui va ressortir de notre

article 30, dans le fond? Parce que la faculté que ça soit quelqu'un d'autre que le DSP, elle est là, parce qu'on prévoit que ça peut être une autre personne qui est désignée. Puis le député de Jean-Talon, en fait, ce qu'il nous dit, c'est : On devrait y aller à l'inverse, que ce soit le directeur général, en partant, qui soit celui qui a la responsabilité de le faire ou de désigner une autre personne. Donc, en fait, c'est une question de perspective comme l'accent où on veut le mettre.

J'entends bien ce que le député nous dit, je sais que ce n'est pas facile de recruter nécessairement des DSP. Je dois dire que je trouve ça regrettable. Parce qu'on les avait... Ils ne sont pas venus en commission parlementaire, malheureusement; on n'a pas reçu leurs commentaires, l'association des DSP, puis je pense que ça aurait été un plus de pouvoir échanger sur cette question-là.

Mais c'est certain que, ceci dit, je comprends que ce n'est pas facile d'être DSP, mais un directeur général d'établissement, on se comprend qu'il en a large sur les épaules aussi. Et, au quotidien, est-ce que c'est cette personne-là qui va être capable, rapidement, de trouver le médecin qui va pouvoir administrer l'aide médicale à mourir, alors que c'est beaucoup plus éloigné, je soumettrais, de ses fonctions habituelles, au quotidien, que de celles du DSP, qui est en lien avec tous les directeurs de... voyons... de... j'ai «spécialité» dans la tête, de départements, puis tout ça, là. Donc, je pense qu'il faut quand même tenir ça en compte, là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, puis je pense qu'on a un bel échange avec la ministre, parce qu'on cherche tous les deux une solution. Mais je peux vous dire, au niveau organisationnel, la plus haute autorité au niveau de la gestion de l'établissement, ça demeure le directeur général. Le conseil d'administration est la plus haute autorité, mais vous comprenez qu'il y a beaucoup de tâches qui sont déléguées au directeur général. Et, à la fin, pour moi, justement, ce projet de loi est tellement important que c'est la plus haute autorité qui devrait en avoir la responsabilité.

Et, dans le libellé, moi, je pense qu'on doit dire que c'est le directeur général qui peut désigner un directeur au niveau de l'établissement. Autrement dit, il faut avoir un libellé pour dire que c'est lui qui est premièrement responsable, mais il peut référer à un autre directeur de l'établissement. Puis je pense que vous allez être surpris de voir que ça va peut-être être une majorité d'autres directeurs que de directeurs des services professionnels qui vont s'en occuper, surtout dans ces cas-là. Pour connaître les établissements, souvent le directeur des services professionnels va faire référence avec quelqu'un de sa direction ou encore avec un autre directeur pour pouvoir trouver quelqu'un pour faire l'aide médicale à mourir. Puis j'imagine que, dans l'établissement, les gens vont laisser savoir leurs intentions, ceux qui veulent pratiquer l'aide médicale à mourir, peut-être même qu'il va y avoir un système de garde à certains endroits pour répondre à ce besoin. Moi, personnellement, je pense qu'il faut tout de suite viser la bonne personne, qui est la plus haute autorité de l'établissement, qui est le directeur général.

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

Mme Hivon : Je vais prendre la question en délibéré. J'ai une certaine ouverture, mais je veux l'analyser avec un petit peu plus de profondeur. C'est des concepts avec lesquels on a jonglé. Donc, c'est sûr qu'on peut le prendre d'un angle ou d'un autre, et on y allait par le prisme... Je sais que mon collègue d'Orford a très hâte de parler, je vais juste finir ma phrase... Donc, on peut le prendre par le prisme de dire que la règle de base devrait être x ou la règle de base devrait être y, tout en permettant la délégation ou en permettant qu'une autre personne soit désignée. Donc, je ne suis pas fermée, M. le Président. On va l'évaluer correctement puis on pourra en rediscuter à la prochaine séance. Et puis, s'il y a d'autres éléments dans l'article 30, je vais être tout ouïe pour les entendre.

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

M. Reid : Merci, M. le Président. Ce n'est pas que j'étais anxieux de parler, c'est qu'il y avait une confusion entre une personne que j'appelais.

En fait, une question pour commencer, c'est : Quand on dit, dans le texte, «en aviser le directeur des services professionnels ou toute autre personne désignée par le directeur général de [l'instance]», est-ce qu'on parle du même directeur général que le député de Jean-Talon?

Une voix : Oui.

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

Mme Hivon : ...

M. Reid : Ceci étant dit, effectivement, j'aime bien l'ouverture, là. Et il me semble que ça ne fait pas une grosse différence, excepté que la suggestion du député de Jean-Talon fait en sorte que peut-être la même personne, le directeur des services professionnels, pourrait faire le travail. Mais, sachant que c'est comme étant délégué par le directeur, ça crée quand même une certaine pression, entre guillemets, là, qui est salubre, qui est bonne, pour s'assurer que ces cas-là qui ne seront pas fréquents soient pris très au sérieux.

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

Mme Hivon : Commentaire bien reçu, M. le Président.

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

Mme Daneault : Je suis un petit peu dans le même sens. Je pense qu'il y a moyen de trouver un libellé pour qu'un n'empêche pas l'autre, mais que l'ultime responsabilité demeure à la direction générale et qu'il puisse déléguer. Donc, les établissements où ça va bien, ils ont un DSP en place. Ça va probablement être lui qui va prendre la... parce qu'effectivement c'est plus dans son champ de compétence. Mais les endroits où il y a peut-être moins accès à des DSP, bien, à ce moment-là, la direction générale pourra le faire autrement.

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

Mme Hivon : Je suis très ouverte à y réfléchir avec beaucoup d'ouverture, M. le Président. Donc, je ne veux juste pas me lier ce soir, parce que je veux qu'on...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je suis d'accord avec la ministre. C'est sage de faire une réflexion, parce que ce qu'on veut, ce n'est pas gagner notre point ou... c'est vraiment savoir c'est quoi, la meilleure façon de procéder. Puis probablement que vous pouvez également consulter l'AQESSS, là, qui est venue en... Puis peut-être consulter aussi l'association des DSP. Mais il ne faut jamais oublier non plus que le DSP, c'est un employé de l'hôpital et non pas un médecin qui est autonome comme le reste des autres professionnels.

Le Président (M. Bergman) : Alors, je suspends le débat sur l'amendement à l'article 30 et je suspends l'article 30.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...qu'on regarde, on pourrait peut-être discuter d'autres points pour être capables de résoudre l'article.

Mme Hivon : Moi, je serais d'accord pour qu'on discute quand même de l'article 30. Puis on va cheminer sur l'article 30.

Le Président (M. Bergman) : On suspend l'amendement à l'article 30 et on discute l'article 30 même. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Bien, moi, je discuterais l'amendement de l'article 30, là, qui va devenir le nouvel article 30 lorsqu'on va l'adopter. Le dernier paragraphe, «dans le cas où aucune instance locale ne dessert le territoire où est située la résidence de la personne», quand on parle d'«instance locale», on parle de CSSS?

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

Mme Hivon : Effectivement, M. le Président, nous avons cette belle appellation, dans notre corpus législatif, d'«instance locale», mais qui veut dire un centre de santé et de services sociaux.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Je continue la phrase : «...l'avis mentionné au deuxième alinéa est transmis [à] l'établissement exploitant un centre local de services communautaires sur ce territoire», c'est un CLSC. Au Québec, il y a combien d'endroits qui sont dans ce cas-là?

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

Mme Hivon : C'est les trois régions du Nord, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Donc, on parle de la région 10, la région 17 et la région 18.

Mme Hivon : Exactement.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Région 10 parce que c'est une régie qui est l'établissement local.

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

Mme Hivon : C'est effectivement les régions 10, 17, 18, M. le Président. Et, pour que les gens nous comprennent, parce que ce n'est pas tout le monde qui est dans notre jargon de régions administratives, c'est la région du Nord-du-Québec comme telle, la région des terres...

Une voix : Nunavik.

Mme Hivon : ...du Nunavik évidemment et la région des terres crie de la Baie-James.

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

• (21 h 10) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : J'essaie d'imaginer, il y a-tu un autre endroit au Québec où il y a seulement qu'un CLSC puis qu'il n'y a pas de CSSS? Donc, c'est une configuration qui fonctionne bien.

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

Mme Hivon : J'entends les commentaires du député de Jean-Talon. En santé, c'est une réalité; en services sociaux, c'en est une autre. Mais c'est un tout autre débat qu'on ne fera pas ici ce soir.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : La ministre avait juste à dire : Oui; c'était correct. Ça aurait été une meilleure réponse, plus courte, en plus de ça. C'est beau.

Pour la région 10, peut-être qu'il y a quelqu'un du... la ministre ou quelqu'un d'autre pourrait peut-être nous expliquer pourquoi... le fonctionnement de la région 10.

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

Mme Hivon : Je vais laisser ma collègue la légiste au dossier, Me Lavoie, l'expliquer.

Le Président (M. Bergman) : Me Lavoie. Votre nom, votre titre, s'il vous plaît.

Mme Lavoie (Patricia) : Oui. Alors, Patricia Lavoie, avocate au ministère de la Santé et des Services sociaux. En fait, la région 10, qui est la région où on retrouve le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, c'est une région qui est visée par la LSSSS, mais en fait où on retrouve un seul établissement qui exerce... en fait, en vertu de la LSSSS, les fonctions d'instance locale, mais qui n'est pas, comme telle, désignée comme instance locale. Alors, dans la LSSSS, quand on parle des instances locales, cet établissement-là a également les mêmes fonctions. Mais, comme on n'est pas dans la LSSSS, il faut prévoir... ils sont visés par le troisième alinéa qu'on ajoute.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, c'est parce qu'un centre local de services communautaires, c'est le CLSC? Puis à ce moment-là c'est à eux autres... Pourquoi vous référez au CLSC?

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

Mme Hivon : Bien, c'est la mission, CLSC, et c'est la seule mission, là, qui est présente sur le territoire, mais le CLSC joue le rôle d'instance locale. Il n'y a pas, comme telle, d'instance locale. Mais ma collègue peut... Me Lavoie peut poursuivre.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...là, mais est-ce que ça porte le nom de centre local de services communautaires?

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

Mme Lavoie (Patricia) : En fait, ce n'est pas dans le nom de l'établissement où on retrouve centre local de services communautaires, c'est l'établissement qui exploite un centre local de services communautaires, qui est en fait une mission de centre local de services communautaires. Donc, à son permis, l'établissement a cette mission-là. Dans ces trois régions, on retrouve les... en fait, pour la région du Nord-du-Québec, il y a un seul établissement, donc c'est le territoire au complet de la région. Pour la région du Nunavik, on retrouve deux établissements, qui, chacun, exploitent la mission de centre local de services communautaires. Alors, dépendamment de leur territoire de desserte, ce sera un ou l'autre à qui on va référer, là... le médecin va pouvoir référer la personne pour laquelle il n'offrira pas l'aide médicale à mourir.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Kuujuaq va avoir sa propre organisation, puis Povungnituk va également avoir sa propre organisation si je comprends bien? C'est ça? O.K. Puis, du côté...

Le Président (M. Bergman) : Mme Lavoie.

Mme Hivon : C'est ça, monsieur...

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

Mme Hivon : C'est ça, M. le Président, parce que c'est divisé en deux territoires de CLSC, et donc, dépendamment de la résidence d'où se trouve la personne qui ferait la demande sur le territoire, bien, on se référerait à un ou l'autre.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Du côté des territoires cris, est-ce qu'il y a une seule instance à ce moment-là, ou il va y avoir plusieurs instances?

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

Mme Hivon : Oui. Dans le territoire cri, il y a une seule instance.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Puis, pour la région 10, c'est une régie régionale qui exploite le CLSC?

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

Mme Hivon : Aussi.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je n'ai pas compris la réponse, M. le Président.

Mme Hivon : Nord-du-Québec, un seul établissement aussi.

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

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parfait. C'est beau pour cette partie-là, M. le Président, je suis très satisfait des réponses.

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

Mme Vallée : Oui. Avant de suspendre l'article 30, je voulais simplement savoir ce qu'on entendait lorsqu'on mentionne que «le DSP ou la personne désignée doit faire les démarches nécessaires pour trouver un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 28». Quelles seraient les démarches nécessaires dans le cas d'un établissement dont les médecins, pour toutes sortes de raisons, décidaient de ne pas administrer l'aide médicale à mourir? Est-ce que l'obligation est de s'adresser à l'établissement le plus près? Est-ce que l'obligation est de rapidement contacter la régie régionale afin de voir si l'existence... En fait, je ne sais pas s'il y aura de mise en place une banque des médecins qui administreront l'aide médicale à mourir à l'intérieur des régies régionales, et ce, conformément, là, au plan qui devra être élaboré. De quelle façon on va s'y prendre afin de permettre de trouver rapidement quelqu'un qui pourra procéder à l'évaluation?

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

Mme Hivon : C'est évidemment la personne désignée, donc, ou l'établissement qui va prévoir la mécanique qui devrait être prévue dans la politique, donc, dont on a discuté plus tôt, et donc va avoir sa manière de faire, à l'intérieur de l'établissement, pour voir à ce que ça soit fluide comme manière de faire. Donc, par exemple, en sachant à l'avance que certains médecins sont disposés à le faire dans telles circonstances ou en lien avec telles, je dirais, pathologies, par exemple, on pourrait voir une réalité comme celle-là. Il pourrait effectivement y avoir un registre qui... informel ou plus formel, tenu par l'établissement. Comme on l'a vu aussi, il pourrait y avoir... Parce qu'on doit prévoir les corridors de services, c'est prévu à l'article 8. Donc, si, dans l'établissement, on ne trouvait pas un médecin, donc, quel serait le corridor de services pour s'assurer qu'il y aurait un tel médecin. Donc, c'est l'établissement qui définirait sa manière de faire.

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

Mme Vallée : Donc, on laisse vraiment à chaque établissement le soin d'établir la façon de procéder. Est-ce que ça ne risque pas de créer des situations un peu particulières? Est-ce qu'on ne devrait pas, par des orientations... Parce que je sais que chaque politique doit être élaborée en tenant compte des orientations ministérielles et des directives qui

auront été données par le ministre. Donc, est-ce qu'il ne serait pas opportun, dans les directives, de prévoir que chaque établissement et chaque régie devra dresser la liste des professionnels qui offrent cette alternative-là, de sorte qu'on puisse rapidement, lorsqu'on a un médecin qui n'est pas à l'aise d'administrer l'aide médicale à mourir, on pourra rapidement se tourner vers une banque de médecins ou une banque de référence — je préfère utiliser le terme «banque de référence» — de médecins disposés à administrer l'aide médicale à mourir et également, dans certains cas peut-être, disposés à se déplacer à l'intérieur d'un territoire, à l'intérieur d'une région administrative, pour administrer l'aide médicale à mourir?

Parce qu'il est possible que, dans les établissements régionaux ou ruraux, on ait à faire face à cette situation, ne serait-ce que dans la deuxième évaluation. Parce que, dans le fond, on n'a pas besoin d'un médecin, on en a besoin de deux : un médecin qui va évaluer, administrer, mais aussi le deuxième médecin qui va donner sa deuxième opinion, qui, je comprends, n'a pas nécessairement besoin d'être un médecin qui administre l'aide médicale à mourir. Donc, à ce moment-là, les médecins qui ont des réticences peuvent être quand même... on peut quand même leur demander de contribuer à l'exercice.

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

• (21 h 20) •

Mme Hivon : Ça va de soi, M. le Président, qu'on peut, dans les orientations pour l'élaboration de la politique, donner ce type d'orientation là. Mais, vraiment, je suis plutôt d'avis qu'on peut donner une orientation quant à savoir quel est l'objectif, la finalité, donner des exemples de fonctionnement. Mais d'obliger chaque établissement de fonctionner de la même manière, je pense, face à des réalités différentes — très gros établissement, tout petit établissement — ça pourrait être, je pense, difficile d'obliger tout le monde à fonctionner de la même manière.

Et je pense notamment qu'il y a des endroits où peut-être des petits milieux où des médecins pourraient ne pas être à l'aise à être sur une liste et qu'en soi l'objectif d'aider à trouver pourrait être contre-productif si, par exemple, on disait : On va fonctionner avec une liste, et tout ça. O.K., moi, je suis sur la liste. Ah oui, chez nous, c'est Untel, Untel qui sont sur la liste puis c'est eux autres. Moi, je pense que, justement pour que cette pratique-là soit, je dirais, démystifiée, qu'elle soit vue comme une pratique importante — exceptionnelle, mais importante — et qu'elle ne soit pas surstigmatisée, j'aurais a priori un doute quant à l'efficacité de prévoir que ça doit fonctionner, par exemple, par des listes.

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

Mme Vallée : Bien, alors, une banque de référence.

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

Mme Hivon : C'est sûr que les orientations vont pouvoir venir prévoir... C'est sûr que l'importance d'avoir bien prévu notre manière d'appréhender et d'approcher toute cette question-là va être présente évidemment. Mais je pense qu'il faut être juste sensible, peut-être, aux spécificités de certains établissements, des établissements qui ont des unités de soins palliatifs versus des établissements qui n'en ont pas — dédiés, je veux dire — des établissements qui sont plus des centres universitaires versus des petits établissements en région éloignée. Donc, a priori, je ne serais pas à l'aise avec l'idée de formellement dire : Ça va marcher partout de la même manière. Mais c'est certain... vous pouvez être assurée que c'est une grande préoccupation et que ça va être traduit dans les orientations mais en permettant une certaine souplesse.

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

Mme Vallée : Est-ce qu'il y a un délai qui sera imposé afin de trouver quelqu'un? Parce qu'on doit faire les démarches pour trouver un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 28. On n'a pas de notion de délai raisonnable, comme on a pu retrouver à l'intérieur d'autres articles. Donc, est-ce qu'il serait opportun de prévoir cette question de délai raisonnable dans la recherche d'un autre médecin?

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

Mme Hivon : L'expression qui est présente à l'article 30, c'est «le plus tôt possible». Et moi, j'avais demandé «sans délai», et on m'a — ce qui est encore plus fort, là — dit qu'en fait, «sans délai», ce n'est plus une expression utilisée, et que l'équivalent pour dire «le plus vite possible», c'est «le plus tôt possible», et que, dans la jurisprudence, ça veut vraiment dire qu'on doit s'activer pour agir le plus promptement, avec le plus de diligence possible, le plus tôt possible, et que ce serait la meilleure expression pour s'assurer que tous les efforts vont être déployés très, très rapidement.

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

Mme Vallée : ...la ministre parle de «plus tôt possible». Moi, je l'avais lu comme étant... c'est le médecin qui... lui, le médecin qui refuse, doit, le plus tôt possible, aviser son directeur, son DSP, ou la personne désignée, là, de la question. Donc, ça, c'est l'obligation qui incombe au médecin qui refuse. Mais par contre le DSP, ou la personne désignée, elle, n'a pas d'obligation de trouver un médecin le plus tôt possible. Parce que, dans l'article, là, c'est vraiment... c'est le médecin... c'est : «Tout médecin qui exerce — blablabla — et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 28 doit, le plus tôt possible, en aviser...» Bon, ça va. Ça, pour ça, c'est clair. Le médecin ne peut pas laisser traîner cette demande-là, ne peut pas y songer, doit rapidement dire : O.K., je passe la demande à mon

supérieur, à celui qui est responsable et qui verra rapidement à trouver quelqu'un. Par contre, on n'a pas d'obligation de délai, il n'y a pas d'obligation de réagir aussi promptement, d'indiquer clairement... On peut le comprendre, là, mais ce n'est pas clairement indiqué.

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

Mme Hivon : C'était ma compréhension. Mais, oui, on pourrait être plus clairs. Puis je n'ai aucune objection à ce qu'on l'indique, par exemple : «...pour trouver un médecin, le plus tôt possible, qui accepte de traiter la demande...» Donc, il n'y aurait pas de problème à l'inscrire non plus. En fait, notre préoccupation était vraiment parce qu'on est dans un cas où un médecin pourrait avoir une objection de conscience. Donc, ayant une objection de conscience, il pourrait être très peu favorable. Donc, on voulait vraiment marquer le coup qu'il doit vraiment référer le plus tôt possible. Mais, pour nous, ça allait de soi que, compte tenu de l'obligation qui est imposée, donc, au DSP ou éventuellement au directeur général de trouver un autre médecin, c'est évident que lui, il ne pouvait pas tergiverser et attendre, comme bon lui semble, le moment. Mais on peut... il n'y a rien qui est une contre-indication pour le mettre également à cet égard-là.

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

Mme Vallée : J'apprécie cette ouverture de la ministre. Pour moi, ça fait le tour des commentaires, là, sur l'article 30. Je comprends qu'il y aura lieu de suspendre afin d'effectuer les vérifications découlant des questions et commentaires de mon collègue.

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

Mme Hivon : Je n'ai pas d'autre commentaire. J'ai pris note des commentaires. On va pouvoir assurément introduire la notion «le plus tôt possible», puis je pourrai revenir demain sur la question du directeur général.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? Alors, on va suspendre l'amendement à l'article 30 et l'article 30. Mme la ministre, l'article 31.

Mme Hivon : Oui. Nous avons un amendement à l'article 31, que nous allons déposer, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : On va suspendre quelques instants pour permettre de recevoir l'amendement pour chaque député.

(Suspension de la séance à 21 h 27)

(Reprise à 21 h 28)

Le Président (M. Bergman) : On reprend nos travaux. Mme la ministre, voulez-vous lire l'amendement, s'il vous plaît?

Mme Hivon : Alors, l'amendement à l'article 31 se lit comme suit : Modifier l'article 31 par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Doit également être inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration.»

Donc, le but de l'amendement, c'est de prévoir ce qui n'était pas prévu dans la version initiale du projet de loi, le fait que, dans l'éventualité où une personne décide de retirer sa demande, que ça soit consigné au dossier, comme on nous l'a demandé, je crois, par l'AQESSS, donc que ce soit bien clair et qu'il ne puisse pas y avoir d'ambiguïté à cet égard-là. Et, puisqu'on est venu prévoir, noir sur blanc, la possibilité de reporter l'administration, c'est la même logique : que cela soit également consigné au dossier de la personne.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non, pas immédiatement, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Commentaires sur l'amendement à l'article 31. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Si le patient manifeste son intention de reporter ou de retirer sa demande d'aide médicale à mourir par écrit parce qu'on avait prévu que cette demande-là doit être formulée par tout moyen, est-ce que le document écrit du patient devrait être versé au dossier médical?

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)