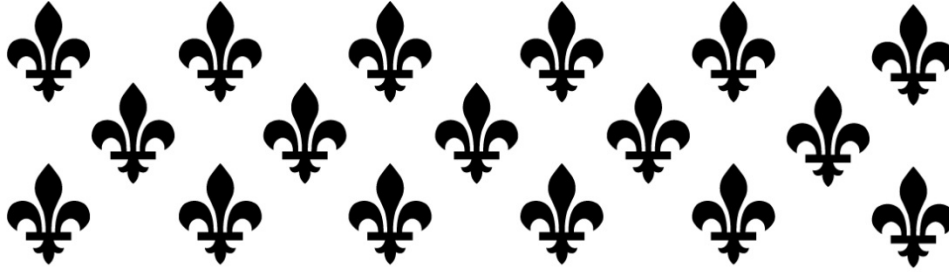


ISSN 2818-9884



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des relations avec les citoyens**

Le jeudi 20 avril 2023 — Vol. 47 N° 10

Étude détaillée du projet de loi n° 11 — Loi modifiant la Loi
concernant les soins de fin de vie et d'autres
dispositions législatives (2)

**Présidente de l'Assemblée nationale :
Mme Nathalie Roy**

2023

Commission des relations avec les citoyens

Le jeudi 20 avril 2023 — Vol. 47 N° 10

Table des matières

Étude détaillée (suite)

1

Intervenants

Mme Manon Massé, vice-présidente
Mme Valérie Schmaltz, présidente suppléante

Mme Sonia Bélanger
Mme Linda Caron
Mme Christine Labrie
Mme Jennifer Maccarone
Mme Elisabeth Prass
Mme Nancy Guillemette
Mme Suzanne Blais

- * M. Mathieu Bérubé, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Mme Élisabeth Arpin, idem
- * Mme Geneviève Landry, idem
- * Mme Térésa Lavoie, idem
- * M. François Evoy, Association des neurologues du Québec

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 20 avril 2023 — Vol. 47 N° 10

Étude détaillée du projet de loi n° 11 — Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives (2)

(Onze heures cinquante-sept minutes)

La Présidente (Mme Massé) : Alors, à l'ordre, tout le monde! On serait prêts à commencer. Ayant constaté le quorum, je déclare donc la séance de la Commission des relations avec les citoyens ouverte.

La commission est réunie afin de poursuivre l'étude détaillée du projet de loi n° 11, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives.

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

La Secrétaire : Oui, Mme la Présidente. Mme Lecours (Les Plaines) est remplacée par Mme Guillemette (Roberval) et Mme Garceau (Robert-Baldwin) est remplacée par Mme Maccarone (Westmount—Saint-Louis).

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Y a-t-il consentement afin de permettre à la députée de Sherbrooke de participer à la séance?

Des voix : Consentement.

Étude détaillée (suite)

La Présidente (Mme Massé) : Merci beaucoup.

Alors, lors de notre ajournement de travaux mardi dernier, nous avons adopté l'article 49.

Je vous rappelle que l'étude de l'amendement visant à introduire l'article 0.1 ainsi que des articles 1, 2, 11 et 5 a été suspendue.

Nous en sommes donc, selon notre plan de travail, au bloc 3. Alors, Mme la ministre, je vous invite à faire la lecture de l'article 46.

Mme Bélanger : Mme la Présidente, alors, l'article 46 se lit ainsi :

46. L'article 122 du Code civil du Québec est modifié par l'insertion, dans les premier et deuxième alinéas et après «médecin», de «ou l'infirmier».

Le texte proposé se lit ainsi :

«122. Le médecin ou l'infirmier qui constate un décès en dresse le constat.

«Il remet un exemplaire à celui qui est tenu de déclarer le décès. Un autre exemplaire est transmis, sans délai, au directeur de l'état civil par le médecin ou l'infirmier ou par l'entreprise des services funéraires qui prend charge du corps du défunt, avec la déclaration de décès, à moins que celle-ci ne puisse être transmise immédiatement.»

L'article 46 du projet de loi prévoit la possibilité pour un infirmier qui constate un décès d'en dresser le constat.

La Présidente (Mme Massé) : Alors, Mme la ministre... Est-ce qu'il y a des questions? Oui, merci.

Mme Caron : Alors, bien, je comprends que ça, c'est l'article du Code civil qu'on vient changer, on dit «le médecin ou l'infirmier». Parce que, dans le projet de loi n° 11, on parlait du professionnel compétent; ici, on parle du médecin ou de l'infirmier. Alors, est-ce que ça ne risque pas peut-être de causer une mauvaise compréhension entre les IPS, dont on parlait dans le projet de loi, puis ici on parle d'infirmier seulement?

• (12 heures) •

Mme Bélanger : Bien, en fait, je ne crois pas, mais je vais laisser... je vais demander à un collègue du côté juridique, là, d'intervenir, parce que, dans le fond, pour ce qui est de l'administration de l'aide médicale à mourir, on parle d'un professionnel compétent, on l'a vu lors de nos dernières discussions, médecin ou IPS. Ici, on parle vraiment d'autre chose complètement, on parle d'un constat de décès, décès qui n'est pas seulement en lien avec l'aide médicale à mourir, mais décès, là, dans toute situation, et c'est au niveau de l'article du Code civil, en fait, ce que je comprends, là, qu'on est en train de modifier. Peut-être que je laisserais Me Bérubé ou...

Une voix : ...

Mme Bélanger : C'est pour tous les infirmiers et infirmières. Donc, on ne parle pas de professionnel compétent comme dans l'aide médicale à mourir, qui fait référence spécifiquement aux IPS.

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce que vous souhaitez compléter, du côté des... Non, ça va? Donc, il n'y a pas de... Oui, c'est à vous, madame.

Mme Caron : Alors, juste pour préciser, ça veut dire que, quand on dit «infirmier», les IPS sont compris dans les infirmiers, ce sont toutes les catégories d'infirmiers ou d'infirmières.

Mme Bélanger : Oui.

Mme Caron : O.K. Alors donc, encore là, juste pour bien comprendre, un infirmier ou une infirmière, peu importe la catégorie, pourra signer un constat de décès dans toute circonstance, que ce soit l'aide médicale à mourir dans le projet de... qui est encadrée par le projet de loi n° 11 ou dans toute autre circonstance, et c'est prévu dans le Code civil. On veut... autrement dit, c'est qu'on ne veut pas que le p.l. n° 11 aille à l'encontre du Code civil, on veut que les infirmiers soient... Est-ce que c'est bien ça?

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : Oui, Mme la Présidente. Peut-être, moi, ce que j'aimerais, là, qu'on ait... que Me Bérubé nous explique, là, pourquoi on fait référence au Code civil, ici, puis quelle est la différence, justement, entre le fait de traiter cet article-là en faisant référence au Code civil — on comprend que c'est intégré au Code civil — versus le mettre dans le projet de loi.

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce qu'il y a consentement pour que Me Bérubé nous parle?

Une voix : Oui.

La Présidente (Mme Massé) : Alors, n'oubliez pas de vous présenter, puisque c'est la première fois aujourd'hui.

M. Bérubé (Mathieu) : Bonjour. Mathieu Bérubé, avocat au ministère de la Justice, affecté au ministère de la Santé et des Services sociaux.

La question est très bonne. Effectivement, ici, on modifie le Code civil pour permettre à toute infirmière autant qu'à tout médecin de pouvoir dresser le constat de décès une fois que la mort est constatée. Ça, c'est aux fins, là, du Directeur de l'état civil. Ça va rendre, effectivement, efficace l'idée que le projet de loi n° 11 vient permettre également à une infirmière praticienne spécialisée de pouvoir administrer l'aide médicale à mourir, donc, par la force des choses, de dresser le constat de décès puis d'indiquer que la personne est décédée en raison de l'administration d'une substance ou d'un médicament. Donc, ça complète le tout.

Mme Caron : Est-ce que ça veut dire aussi... On a dit : En toute circonstance et partout, donc autant dans un CHSLD, dans une RPA, dans un hôpital ou... partout. O.K. Merci.

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce qu'il y a d'autres questions? La députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Merci, Mme la Présidente.

C'est plus un commentaire. Je sais que cet article-là est très bien accueilli dans le milieu de la santé, ça va permettre de gagner en efficacité. Mais je vais me permettre un petit commentaire éditorial, parce que le gouvernement vient de nous soumettre une motion, ce matin, qui parlait de l'invisibilisation des femmes dans le corpus législatif. Je voudrais juste porter à votre attention qu'il y a beaucoup, beaucoup d'occurrences où on invisibilise les femmes dans le corpus législatif actuel. Je sais qu'il y a un avocat du ministère de la Justice qui est ici en ce moment, il y en a peut-être même d'autres autour, c'est un enjeu, et j'étais contente de voir que ça préoccupait le gouvernement ce matin. Donc, j'invite quand même à ce qu'on se soucie de ça, parce que, si vous lisez ici, vous verrez que c'est un peu comme s'il n'y avait pas de femmes, alors que, dans un hôpital, vous savez qu'il y en a beaucoup. C'était un petit commentaire éditorial.

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Est-ce qu'il y a d'autres commentaires ou questions sur l'article 46? Non? Donc, est-ce qu'il y a d'autres interventions? Ils viennent de me dire non, ça fait que... hein?

Alors donc, je mets aux voix l'article 46. Est-ce que cet article est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Mme la ministre, je vous invite à nous lire l'article 47.

Mme Bélanger : Alors : L'article 123 de ce code est modifié :

1° par l'insertion, après «décès par un médecin», de «ou par un infirmier»;

2° par le remplacement de «le médecin» par «eux-ci».

Le texte proposé se lit donc ainsi :

«123. S'il est impossible de faire constater le décès par un médecin ou par un infirmier dans un délai raisonnable, mais que la mort est évidente, le constat de décès peut être dressé par deux agents de la paix, qui sont tenus aux mêmes obligations que ceux-ci.»

L'article 47 du projet de loi apporte une modification de concordance à l'article 123 du Code civil du Québec en raison de la modification apportée à l'article 122 de ce code par l'article 46 du projet de loi.

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Est-ce qu'il y a des commentaires, ou questions, ou amendements? Mme la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : Oui, juste... c'est peut-être moins en lien avec la loi, mais question de précision pour cet article, parce qu'on dit qu'on peut avoir deux agents de la paix qui vont pouvoir constater le décès et maintenant un infirmier, mais pourquoi pas un ambulancier, par exemple? Pourquoi que c'est restreint à ces deux ordres?

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : C'est une bonne question. Peut-être qu'il faudrait voir un peu, là, quelle était l'intention, là, du Code civil en dessous de ça. Moi, je pense que c'est en lien avec l'accessibilité, puis, par exemple, si on parle de premiers répondants, ils ne sont peut-être pas toujours présents dans toutes les situations. Pensons, entre autres, à certaines régions très, très éloignées. Je ne veux pas faire de figure de cas, là, aujourd'hui, mais il y a certainement une raison pour laquelle deux agents de paix, ici... bon, hein, tu as les services policiers, par exemple, tout ça, justement pour s'assurer que le constat de décès puisse être fait, là, en autant que ça répond à toutes les conditions, bien sûr.

Une voix : ...

Mme Bélanger : Alors, s'il est possible, Mme Élisabeth Arpin pourrait compléter la réponse.

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce qu'il y a consentement? Consentement. Si vous vouliez vous identifier, ça nous ferait... permettrait de vous connaître à l'écran.

Mme Arpin (Élisabeth) : Bonjour. Élisabeth Arpin, directrice nationale des soins et services infirmiers au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, présentement, dans l'état actuel, les paramédics ou techniciens ambulanciers ne sont pas encadrés professionnellement par un ordre professionnel. Donc, éventuellement, dans l'avenir, si ça devait être le cas, on pourrait revoir ces dispositions-là pour voir à les inclure. Mais, pour le moment, ce n'est pas le cas, alors ça n'a pas été réfléchi en ce sens.

Mme Maccarone : Ça explique. Merci.

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Mme la députée de D'Arcy-McGee, je pense que vous aviez une question.

Mme Prass : Bien, en fait, c'était un petit peu en lien avec celle posée par ma collègue. Donc, je laisse le temps aux autres.

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce qu'il y a d'autres gens qui veulent s'exprimer sur l'article 47 ou poser des questions?

Si tel n'est pas le cas, s'il n'y a plus d'intervention, je vais donc procéder à la mise aux voix de l'article 47. Est-ce qu'il est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Massé) : Je ne l'entends pas fort, là, mais j'ai cru comprendre que c'était adopté. Merci beaucoup.

Mme la ministre, nous serions rendus à l'article 58... pas du tout, 51, j'ai sauté trop vite. Oui, allez-y, Mme la ministre.

• (12 h 10) •

Mme Bélanger : Oui. Alors donc, à la page 101, donc : L'article 34 de la Loi sur les coroners (chapitre C-68.01) est remplacé par le suivant — donc :

«34. Le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée qui constatent un décès dont ils ne peuvent établir les causes probables ou qui leur apparaît être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes doivent en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix.

«Ils doivent faire de même lorsqu'ils ne peuvent établir les causes probables d'un décès constaté par une infirmière ou un infirmier autre qu'une infirmière praticienne spécialisée ou qu'un tel décès leur apparaît être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes.»

Je vais lire le texte proposé, donc :

«34. Le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée qui constatent un décès dont ils ne peuvent établir les causes probables ou qui leur apparaît être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes doivent en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix.

«Ils doivent faire de même lorsqu'ils ne peuvent établir les causes probables d'un décès constaté par une infirmière ou un infirmier autre qu'une infirmière praticienne spécialisée ou qu'un tel décès leur apparaît être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes.»

L'article 51 du projet de loi propose de remplacer l'article 34 de la Loi sur les coroners afin de prévoir l'obligation, tant d'une infirmière praticienne spécialisée que d'un médecin qui constatent un décès dont les causes probables ne peuvent être établies ou qui leur apparaît être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes, d'en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix.

De plus, cet article 34 serait modifié pour prévoir la même obligation pour l'infirmière praticienne spécialisée ou le médecin d'aviser un coroner ou un agent de la paix lorsqu'ils ne peuvent établir les causes probables d'un décès constaté par une infirmière ou un infirmier autre qu'une infirmière praticienne spécialisée ou lorsqu'un tel décès leur apparaît être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes.

Ces ajustements sont nécessaires en raison des modifications proposées au Code civil du Québec donnant la possibilité à une infirmière ou à un infirmier de dresser le constat de décès d'une personne.

La Présidente (Mme Massé) : Merci, Mme la ministre.

Je tiens seulement à porter à l'attention, pour les gens qui nous suivent avec attention, que, dans le cahier de député, vous faites référence à l'article 51 du chapitre de la Loi sur les coroners, et vous avez parlé du C-68.01, alors qu'à l'article qui est inscrit au projet de loi, c'est bien l'article 51, qui se lit «l'article 34 de la Loi sur les coroners (chapitre R-0.2)». Je veux juste que tout le monde soit au fait que c'est... le cahier de député est plus précis, mais on parle de la même chose. Alors, je pense que Mme Caron... pardon, Mme la députée de La Pinière, vous avez demandé la parole, et elle est à vous.

Mme Caron : Merci, Mme la Présidente. J'ai l'impression qu'on est... c'est contradictoire, ce libellé, par rapport aux explications qu'on a eues pour l'article 46, c'est-à-dire qu'on disait... dans l'article 46, pour le Code civil, on a dit qu'on mettait «le médecin ou l'infirmier» et qu'infirmier, ça comprenait les IPS et que, peu importe la catégorie d'infirmier, on pouvait constater le décès. Puis là, ici, on dit que c'est le... c'est la Loi sur les coroners, on dit «le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée qui constatent un décès», donc c'est comme si les infirmiers ordinaires, entre guillemets, là, en tout respect, ne pouvaient pas constater le décès. Puis même, je dirais, presque pire que ça, c'est comme si, lorsque le décès était constaté par une infirmière praticienne spécialisée, il fallait que ce soit dans des conditions qui apparaissent en situation de violence ou négligence qu'il faut qu'elle le signale, mais pas si c'est par une infirmière ou un infirmier autre qu'une IPS. Donc, d'après moi, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, ici.

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre, oui.

Mme Bélanger : Oui, effectivement, je pense qu'il y a une certaine complexité à la compréhension du texte. Alors, je demanderais, si c'est possible, Mme la Présidente, que Mme Arpin puisse répondre, puis on pourra y aller après, là, avec Me Bérubé.

La Présidente (Mme Massé) : Bien sûr. Est-ce qu'il y a consentement?

Mme Arpin (Élizabeth) : Bonjour. En fait, ici, on parle spécifiquement de la Loi sur le coroner, donc des cas de décès dans des circonstances qui peuvent avoir apparence de violence ou autre. Dans ce cas-ci, le champ d'exercice des infirmières non-IPS n'a pas les activités réservées nécessaires pour faire l'évaluation de cas de coroners, seulement les IPS et les médecins ont ces activités réservées là, alors c'est pourquoi on vient vraiment différer, là, de l'article 46. Donc, vous avez raison qu'il y a deux titres qui sont utilisés, mais c'est volontairement, étant donné la nature de l'acte réservé additionnel dans un cas de coroner versus autres circonstances de décès.

Mme Caron : O.K. Est-ce que ça veut dire que, donc, un infirmier ou une infirmière qui n'est pas IPS ne peut pas constater le décès s'il y a des doutes?

Mme Arpin (Élizabeth) : Ils peuvent en faire le constat clinique, donc, il y a une évidence de décès, mais par contre, pour compléter le constat, ils vont devoir référer au médecin ou à l'IPS parce qu'il va devoir y avoir des évaluations additionnelles qui doivent être faites.

Mme Caron : D'accord. Merci.

La Présidente (Mme Massé) : Mme la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : C'était la même question, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Massé) : C'était la même question. Il y a vraiment une communauté d'esprit. Est-ce qu'il y a d'autres questions? Ça vous va?

Donc, je vais mettre aux voix l'article 51. Je le déclare adopté... est-ce qu'il est adopté, pardon?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Massé) : Adopté. Merci beaucoup.

Alors, j'ai compris que je n'avais pas besoin de demander le consentement à chaque fois pour que vous puissiez parler, ce qui nous permet de nous diriger vers l'article 52. Mme la ministre.

Mme Bélanger : Oui. Alors, Mme la Présidente : L'article 35 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «de cet établissement ou une personne sous son autorité peut prendre les mesures pour faire établir par un médecin les causes probables de ce décès» par «ou le directeur des soins infirmiers de cet établissement ou une personne sous leur autorité respective peut prendre les mesures pour faire établir les causes probables de ce décès par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée, selon le cas»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «ou une personne sous son autorité» par «ou le directeur des soins infirmiers ou une personne sous leur autorité respective».

Je vais faire la lecture du texte proposé de façon rapide, parce que vous l'avez sous les yeux :

«35. Lorsqu'un décès survient dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier, le directeur des services professionnels ou le directeur des soins infirmiers de cet établissement ou une personne sous leur autorité respective peut prendre les mesures pour faire établir les causes probables de ce décès par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée, selon le cas.

«Toutefois, si le décès est visé à l'article 36, le directeur des services professionnels ou le directeur des soins infirmiers ou une personne sous leur autorité respective doit préalablement obtenir l'autorisation d'un coroner avant de prendre les mesures pour faire établir les causes probables du décès.»

Alors, l'article 52 du projet de loi modifie l'article 35 de la Loi sur les coroners afin de prévoir que le directeur des services professionnels d'un établissement qui exploite un centre hospitalier peut prendre les mesures pour faire établir les causes probables d'un décès survenu dans une installation maintenue par cet établissement par un médecin. Il prévoit également que le directeur des soins infirmiers d'un établissement peut, dans le même cas, prendre les mesures nécessaires pour faire établir les causes probables d'un décès par une infirmière praticienne spécialisée.

La Présidente (Mme Massé) : Merci, Mme la ministre. Oui, la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : Merci, Mme la Présidente.

Pourquoi qu'on utilise la terminologie «leur autorité respective peut prendre les mesures» et non «doit prendre les mesures»?

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : C'est une bonne question. Je la réfèrerais à la directrice des soins infirmiers, Mme Arpin.

La Présidente (Mme Massé) : Oui, c'est à votre tour.

Mme Arpin (Élizabeth) : ...je pense que Me Bérubé est plus approprié que moi pour répondre au «peut» versus le «doit».

La Présidente (Mme Massé) : Il me semblait, aussi. Alors, Me Bérubé.

M. Bérubé (Mathieu) : Oui. En fait, ici, c'est simplement de prévoir un pouvoir, là, que le directeur des services professionnels a de prendre les mesures nécessaires de faire établir les causes d'un décès. On s'entend que c'est quand on est face à un décès où est-ce que c'est peut-être plus compliqué, là, de déterminer quelles sont ces causes-là, donc c'est pour ça que c'est un pouvoir et non une obligation. Quand c'est clair, je pense qu'il n'a pas à prendre de mesures pour indiquer si c'était le médecin ou telle IPS. Ça pourrait être fait aussi par une infirmière, là, qui vient constater simplement le décès et qui dresse le constat.

Mme Maccarone : Ça fait que, dans le fond, c'est pour donner de la flexibilité.

M. Bérubé (Mathieu) : Oui.

Mme Maccarone : O.K. Puis, quand on parle d'un centre hospitalier, est-ce que c'est aussi la même chose pour un CHSLD, RPA, etc., quand... La terminologie, est-ce que c'est inclusif? Puis, si ce n'est pas le cas, est-ce que nous devons apporter des modifications pour s'assurer qu'on a une compréhension que ça s'applique à toutes les installations?

M. Bérubé (Mathieu) : En fait, ici, non, ça ne vise pas nécessairement un établissement qui exploite, là, un centre d'hébergement, là, de soins de longue durée. Toutefois, la majorité des établissements publics exploitent plus qu'une mission, donc plus qu'un centre, tu sais, ils vont finir par exploiter, effectivement, là, des centres d'hébergement de soins de longue durée, ça fait qu'ultimement l'établissement va rentrer dans l'expression qui est prévue à 35, c'est-à-dire qu'il exploite, oui, un centre hospitalier, malgré le fait qu'il exploite d'autres centres aussi, là.

Mme Maccarone : ...RPA, par exemple, ça fait que...

M. Bérubé (Mathieu) : Non.

Mme Maccarone : ...pas nécessairement. Ça fait que qu'est-ce qu'on fait dans ces cas-là?

Mme Bélanger : En fait, si vous permettez...

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre.

• (12 h 20) •

Mme Bélanger : ...dans ma compréhension, là, de ce qui est écrit là, un établissement étant actuellement au Québec, là, les 34 établissements dont on fait référence, c'est-à-dire les CISSS, les CIUSSS et les 10 établissements non fusionnés, par exemple, le CHUM, le CHU mère-enfant Sainte-Justine, c'est un établissement en soi, tandis qu'un CIUSSS va comporter beaucoup de missions, que ce soit un, deux, trois hôpitaux, des CLSC, des CHSLD. Les RPA, ce sont des ressources privées, donc ce n'est pas considéré comme un établissement dans le sens de la loi.

Mme Maccarone : Bien, le questionnement, c'est parce que c'est toujours sous la responsabilité du ministère.

Une voix : ...

Mme Maccarone : C'est ça, pour la certification.

Mme Bélanger : C'est ça, oui.

Mme Maccarone : Alors, ça fait qu'eux, ils ne seront pas assujettis à la même loi, aux mêmes critères?

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre, oui.

Mme Bélanger : Je vais peut-être me lancer spontanément, là, dans... puis mes collègues des soins infirmiers ou autres pourront me corriger, mais une... pour revenir sur le volet des RPA, une RPA, c'est un milieu de vie, en fait, c'est l'appartement de la personne qui paie un loyer, puis, si on fait référence à un décès qui surviendrait dans le domicile d'une personne, bien, à ce moment-là, ce n'est pas le centre... ce n'est pas l'établissement, excusez, qui va aller nécessairement faire le constat de décès, là. Supposons, une mort subite dans une maison, bien là, en fait, là, il y a tout un autre processus qui se fait. Ce n'est pas le CIUSSS d'un territoire qui va aller nécessairement constater le décès, là, surtout s'il n'y avait pas de services. Je ne parle pas de quelqu'un qui recevrait des services de soutien de soins palliatifs, par exemple, là, il est vraiment en service avec l'établissement, le CIUSSS, mais... Donc, pour moi, une RPA, c'est la même chose, c'est quelqu'un... c'est : une personne vit... au lieu de vivre dans son logement ou dans sa maison, elle a son logement en RPA, ça fait que c'est vraiment une locataire.

Une voix : ...

La Présidente (Mme Massé) : Ça répond à votre question? Est-ce que... Oui, Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Merci, Mme la Présidente.

Ici, donc, quand on parle d'établissement, on parle d'un CISSS ou d'un CIUSSS. Donc, est-ce que je comprends que cet article-là, ça couvre aussi... par exemple, s'il y avait un décès dans un centre jeunesse ou un autre endroit qui n'est pas un hôpital, ce serait couvert?

Une voix : ...

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre, juste répondre pour que les gens qui nous écoutent...

Mme Bélanger : Oui. En fait, ici, on parle d'établissement, puis établissement dans le sens de ce qu'on sait depuis les derniers ajustements en lien, notamment, là, avec la loi n° 10, un établissement étant ce qu'on connaît au Québec, là, les 34 établissements, CIUSSS et établissements non fusionnés.

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce qu'il y a d'autres questions ou commentaires? Ça va? S'il n'y a plus d'intervention, je vais mettre aux voix l'article 52. Est-ce qu'il est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Massé) : Merci beaucoup.

Juste avant de vous donner la parole, Mme la ministre, je voudrais signifier à nos collègues que les amendements qui nous ont été fournis par la ministre, désormais le cahier aussi... C'est ça? Oui? Les commentaires, pardon, fournis par la ministre sont maintenant sur Greffier dans la section Documents distribués. Alors, je voulais juste informer vos collègues.

Et je vous invite, Mme la ministre, de nous présenter l'article 53.

Mme Bélanger : Alors : L'article 36 de cette loi est modifié par l'insertion, après «un médecin», de «, une infirmière praticienne spécialisée».

Donc, le texte se lit comme suit :

«36. À moins qu'elle n'ait des motifs raisonnables de croire qu'un coroner, un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un agent de la paix en a déjà été averti, toute personne doit aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix d'un décès dont elle a connaissance lorsqu'il lui apparaît que ce décès est survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes ou lorsque l'identité de la personne décédée lui est inconnue.»

L'article 53 du projet de loi apporte une modification de concordance à l'article 36 de la Loi sur les coroners afin de refléter les modifications apportées par le projet de loi à l'article 34 de cette loi.

La Présidente (Mme Massé) : Merci, Mme la ministre. Questions, commentaires? Tout va bien?

Donc, puisqu'il n'y a pas d'intervention, je vais procéder à la mise aux voix. L'article 53 est-elle adoptée?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Massé) : Est-il adopté? J'ai fait une faute de français, je m'en excuse. Nous serions rendus à l'article 54.

Mme Bélanger : L'article 46 de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «soit dressé au sujet du défunt par un médecin» par «soit rempli au sujet du défunt par un médecin ou par un infirmier»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «ayant soigné la personne doit remplir le bulletin de décès. Si tel médecin est inaccessible, le bulletin de décès peut être rempli par un autre médecin, un infirmier» par «ou le dernier infirmier ayant soigné la personne doit remplir le bulletin de décès. Si tel médecin ou tel infirmier est inaccessible, le bulletin de décès peut être rempli par un autre médecin, un autre infirmier».

Alors, est-ce que vous souhaitez que je lise le texte proposé au complet?

Une voix : ...

Mme Bélanger : O.K. «46. Un établissement qui maintient une installation dans laquelle décède une personne doit prendre les mesures pour qu'un bulletin de décès soit rempli au sujet du défunt par un médecin ou par un infirmier, aux fins de la présente loi.

«Lorsqu'une personne décède ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, le dernier médecin ou le dernier infirmier ayant soigné la personne doit remplir le bulletin de décès. Si tel médecin ou tel infirmier est inaccessible, le bulletin de décès peut être rempli par un autre médecin, un autre infirmier[...]. Si aucune personne possédant l'une de ces qualités n'est disponible dans un rayon de 16 km, le bulletin de décès peut être rempli par deux personnes majeures.

«Dans le cas d'un décès faisant l'objet d'une investigation et, le cas échéant, d'une enquête en vertu de la Loi sur les coroners (chapitre C-68.01), le bulletin de décès doit être fait par le coroner.

«Lors de l'entrée au Québec du cadavre d'une personne décédée hors du Québec, le bulletin de décès doit être fait par le directeur des services funéraires de l'entreprise de services funéraires qui effectue le transport du cadavre, à moins que le cas ne relève de la compétence du coroner.»

L'article 54 du projet de loi modifie l'article 46 de la Loi sur la santé publique afin de permettre à un infirmier de remplir le bulletin de décès d'une personne.

Ces ajustements sont complémentaires aux modifications proposées au Code civil du Québec donnant la possibilité à une infirmière ou à un infirmier de dresser le constat de décès d'une personne.

La Présidente (Mme Massé) : Merci, Mme la ministre.

Il y a des questions, donc j'inviterais la députée de... Westmount—Saint-Louis, pardon, à prendre la parole.

Mme Maccarone : Oui. C'est un peu en lien avec la question que j'avais auparavant, quand on parle d'établissement, est-ce qu'on parle toujours, ici... parce qu'on n'est pas dans la même loi, est-ce qu'on parle d'hôpitaux, CHSLD, RI-RTF? Puis, encore la même question, quand on parle de RPA... parce que, si on revient, les RPA sont accréditées, alors est-ce qu'eux sont visés, ici, quand on fait des modifications à cette loi?

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : Ma compréhension, c'est que, là, nous sommes vraiment dans la Loi sur la santé publique. Donc, ma compréhension est qu'un établissement fait encore référence à ce qu'on connaît, là, de la loi sur... la loi n° 10 notamment, là, qui est venue... qui a été ajoutée à la... après la LSSSS, donc un établissement, pour moi, étant un établissement... les 34 établissements au Québec. Par contre, quand on regarde le deuxième paragraphe, c'est là qu'on entre dans «lorsqu'une personne décède ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement». Tantôt, je faisais... je donnais un exemple d'une RPA, par exemple, le domicile d'une personne, peu importe, un autre lieu physique. Alors, moi, je fais vraiment la référence, mais... la différence. Puis le premier paragraphe, pour moi, c'est un établissement, donc établissement de santé. Maintenant, peut-être qu'on pourrait avoir des précisions à ce niveau-là.

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce que maître... Oui, Me Bérubé.

M. Bérubé (Mathieu) : En fait, juste simplement pour reprendre les propos de Mme la ministre, là, c'est exact, là, c'est vraiment un établissement de santé et de services sociaux au sens où on l'entend, là, notamment dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, également celle pour les autochtones cris, et puis, comme l'a bien soulevé Mme la ministre, là, toujours en lisant, évidemment, avec le... la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau, là, qui est venue créer les centres intégrés. Donc, c'est tout ça ensemble, mais, oui, c'est ces établissements-là. Voilà.
• (12 h 30) •

Mme Maccarone : Une deuxième question, si vous me permettez, Mme la Présidente, c'est... je veux juste comprendre la valeur ajoutée, quand on parle de... le deuxième paragraphe, puis on dit qu'on souhaite que ce soit le médecin ou le dernier infirmier ayant soigné la personne, c'est cette personne qui doit remplir le bulletin de décès puis, si cette personne est inaccessible, ça veut dire quoi, «inaccessible»? Est-ce qu'il y a un délai de 24 heures? Mais c'est quoi, la valeur ajoutée d'avoir la même personne qui fait ce processus? Vous qui êtes expert, experte, qui a oeuvré dans le réseau, je veux juste mieux comprendre pourquoi on met ce type de libellé puis cette contrainte, dans le fond, que... ou qu'on a besoin d'avoir cette flexibilité. Parce que moi, j'imagine un médecin dans un corridor qui va constater un décès, puis là ça se peut qu'il sera en congé pour les deux prochains jours, pourquoi qu'on a besoin d'avoir lui qui constate le décès en priorité qui viendra à la suite pour faire le bulletin puis la déclaration?

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : Mme la Présidente, c'est... bon, en fait, c'est un bon commentaire, là, parce que c'est comme si on voit, dans cet article-là, un souci de la continuité de soins. Donc, le médecin qui a... qui traite ou qui soigne la personne, la même chose pour l'infirmière, et donc la dernière personne ayant donné le soin, c'est quand même un élément important, là, dernière personne ayant donné un soin à la personne avant qu'elle meure, donc, mais, si, par ailleurs, cette personne-là n'est pas disponible, il faut quand même que le processus, là, se fasse. Et je pense que, dans le fond, la volonté... Ce que je ressens dans cet article-là, c'est que ça soit vraiment la dernière personne qui... de façon privilégiée, là, soit la personne qui va faire le constat de décès. Puis, advenant qu'elle ne soit pas disponible, bien là on n'attendra pas qu'elle soit disponible parce que ça pourrait prendre beaucoup de temps, dépendamment des situations, à ce moment-là, c'est... on demande qu'un médecin ou un infirmier puisse le faire, un autre médecin ou une autre infirmière.

Mme Maccarone : Je comprends la complexité, évidemment, pour quelqu'un qui n'est pas légiste, c'est parce qu'on parle beaucoup de «doit» et «peut», puis là on est dans le «doit», puis auparavant on était dans le «peut», hein, ça fait que, quand on rajoute des balises, c'est bien, je pense, pour tout le monde aussi qui nous écoute, qu'ils ont une bonne compréhension du pourquoi. Ça fait que merci.

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Mme la députée de La Pinière.

Mme Caron : Une toute petite technicalité, parce que, tantôt, quand on a regardé... étudié l'article 51, vous avez fait une précision sur le chapitre de la Loi sur les coroners, qui semblait être différent dans le cahier, et puis là on réutilise le même numéro de chapitre qu'à la page 101. Est-ce qu'il faut le modifier là aussi ou c'est la même... ou s'il est correct ici?

La Présidente (Mme Massé) : Me Bérubé, vous semblez avoir une opinion sur la question.

M. Bérubé (Mathieu) : Ici, en fait, la référence alphanumérique, là, le numéro de chapitre qu'on retrouve, le chapitre S-2.2, c'est le bon, là, c'est bel et bien celui qui est conféré dans la Loi sur la santé publique, là, tandis que la Loi sur les coroners, la remarque était à propos... Effectivement, ce qui était prévu au cahier de commentaires n'était pas le nouveau numéro de chapitre qui a été accordé à cette loi-là.

Mme Caron : O.K., mais en fait ce n'est pas ce que... Je parle de l'avant-dernier paragraphe de 46, là, du texte proposé, à la page 107, on dit : «Dans le cas d'un décès faisant l'objet d'une investigation et, le cas échéant, d'une enquête en vertu de la Loi sur les coroners (chapitre C-68.01)...» Puis c'est ça qu'on avait corrigé à la page 101, parce qu'on disait : L'article 34 de la Loi sur les coroners, chapitre... À moins que j'aie mal compris tantôt, là...

M. Bérubé (Mathieu) : Ici, à l'article 46, c'est le bon chapitre. L'erreur avait été plutôt mentionnée dans la commande de l'article du projet de loi qui prévoyait l'ancien numéro de chapitre, qui était R quelque chose, là, puis, depuis qu'ils ont... Quand la loi, elle a été révisée récemment, puis ils ont changé le titre de la loi, le chapitre a changé. C'est ça.

Mme Caron : O.K., en autant que c'est correct partout, c'est mon seul souci. Merci.

La Présidente (Mme Massé) : Bien, merci beaucoup, c'est une excellente préoccupation. On va s'assurer que les bons chiffres soient aux bons endroits.

Mme la députée de Sherbrooke avait levé déjà la main, et ensuite je reviendrai à vous, Mme la députée de D'Arcy-McGee.

Mme Labrie : Merci, Mme la Présidente.

Je ne le sais pas, peut-être que Mme Arpin pourra m'éclairer sur l'application de tout ça, parce que, pour le deuxième alinéa, on parle d'une personne qui «décède ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement». Donc, on postule... quelqu'un qui décède, par exemple, chez elle ou, bon, ailleurs, j'essaie de comprendre ça s'applique comment, là, le dernier médecin ou le dernier infirmier qui a soigné cette personne-là. Si la personne, ça fait quatre mois qu'elle est allée voir son médecin de famille, est-ce qu'il faut courir après ce médecin-là parce que c'est lui le dernier médecin à l'avoir vue? J'essaie de voir c'est appliqué comment, parce que c'est déjà appliqué pour les médecins, cette disposition-là, ça va l'être pour les infirmiers.

Mme Arpin (Élizabeth) : ...le domicile, effectivement, que ce soit un domicile institutionnel, comme une RPA, une RI, RTF, ou le domicile, là, une maison unifamiliale, par exemple, de la personne. On va parler davantage des professionnels, par exemple, dans le cadre des équipes de soins à domicile, donc, des personnes qui seraient suivies par ces médecins-là. Vous avez raison de mentionner qu'un citoyen qui n'est pas suivi par un médecin ou une infirmière parce qu'il est en pleine forme et que, là, soudainement, il y a un décès, bien là cet article-là serait... ne s'appliquerait pas nécessairement. Bien, dans ces cas-là, ça serait, par exemple, des... ça serait un décès, là, si je peux m'exprimer... Je ne serai peut-être pas dans le langage du Code civil, là, mais un décès suspect, là, chez une personne qui n'est pas malade, qu'on n'a... qui n'est pas suivie par un professionnel, et quoi que ce soit, donc, serait référé, par exemple, à un cas de coroner pour s'assurer qu'on fait la lumière, là, sur les circonstances du décès.

Mais ce qu'on veut dire, ici, dans le paragraphe, «lorsqu'une personne décède ailleurs que dans une installation», on fait surtout référence, justement... RPA, RI, RTF, domicile, qui ne sont pas des installations visées par la loi dans un établissement, mais qui seraient visitées par des infirmières ou des médecins dans le cadre d'un soin à domicile.

Mme Labrie : O.K. Donc, on parle... Donc, ce que je cherchais... La ministre avait répondu en parlant de continuité de soins. Ça répond pour quand on est dans un établissement. Donc, on est dans cet esprit-là encore de continuité de soins. Quelqu'un qui n'est pas suivi sur une base régulière, on n'ira pas chercher le dernier médecin qui l'a vu. O.K.

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Mme la députée de D'Arcy-McGee.

Mme Prass : Merci. Quand on dit «si aucune personne possédant l'une [des] qualités n'est disponible dans un rayon de 16 km, le bulletin de décès peut être rempli par deux personnes majeures», est-ce que ce n'est pas un petit peu général, pour dire «deux personnes majeures»? Et, pour revenir sur ce que vous avez dit tantôt, est-ce que ça ne devrait pas être plutôt la personne ou personnes, par exemple, qui ont découvert le corps ou ceux qui ont rapporté... Est-ce que ça peut être, par exemple, un agent de la paix? Est-ce que ça peut être, dans ce cas-là, un intervenant ambulancier, etc.? Parce que je trouve que c'est un petit peu flou, «deux personnes majeures».

La Présidente (Mme Massé) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : Oui. En fait, c'est parce que, là, on est vraiment dans la Loi sur la santé publique, et j'avoue que cette... On est au deuxième paragraphe?

Mme Prass : Oui, c'est la fin du deuxième, c'est la dernière phrase.

Mme Bélanger : Oui. En fait, ça ne fait pas partie des discussions qu'on a eues, là, soit en consultations particulières ou comme réflexion dans le cadre de la Loi sur les soins de fin de vie. Je serais embêtée de vous répondre, là, pourquoi on fait référence à deux personnes majeures versus... Tantôt, on était dans d'autres choses, on était plus dans le Code civil. Est-ce que vous avez peut-être une explication? Je laisserais peut-être Me Bérubé...

La Présidente (Mme Massé) : Oui, Me Bérubé.

M. Bérubé (Mathieu) : La réflexion, en fait, qui me viendrait à l'esprit en premier lieu, c'est pour permettre le plus de latitude possible. Puis, comme le bulletin de décès est souhaité dans tous les cas de décès, il pourrait être transmis au ministre de la Santé, puis qu'il puisse effectuer ses fonctions en vertu de la Loi sur la santé publique, bien, de préciser «deux personnes majeures», en fait, ça pourrait être comme vous l'avez dit, là, soit deux agents de la paix, ça pourrait être deux personnes qui vivaient dans le même domicile, des voisins, mais ultimement pour que quelqu'un remplisse le bulletin de décès et qu'il soit transmis, là, au ministre de la Santé.

Mme Prass : O.K., donc, c'est une question de...

M. Bérubé (Mathieu) : Oui.

Mme Prass : Parfait.

La Présidente (Mme Massé) : Bien. Est-ce qu'il y a d'autres questions? Ça va? Donc, nous allons procéder à la mise aux voix. Est-ce que l'article 54 est adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Massé) : Ce qui termine notre bloc 3.

On est donc en mesure de rentrer dans le bloc 4 et nous allons... Je vous donne le temps de tourner les pages, les gens qui nous écoutent, tourner les pages de leur projet de loi ou glisser sur leur ordinateur pour se rendre à l'article 13, que nous allons étudier. Et donc, Mme la ministre, quand vous serez prête... Moi-même, je vais tourner les pages. Vous êtes prête? Alors, allons-y pour l'article 13.

• (12 h 40) •

Mme Bélanger : Alors : Cette loi est modifiée par l'insertion, avant l'article 26, de ce qui suit :

«1. Demande d'aide médicale à mourir

«25.1. L'obtention de l'aide médicale à mourir nécessite qu'au préalable une demande à cette fin soit formulée.

«Une demande d'aide médicale à mourir est appelée "demande contemporaine d'aide médicale à mourir" ou "demande contemporaine" lorsqu'elle est formulée en vue de l'administration de cette aide de façon contemporaine à la demande. Elle est appelée "demande anticipée d'aide médicale à mourir" ou "demande anticipée" lorsqu'elle est formulée en prévision de l'incapacité de la personne à consentir aux soins, en vue d'une administration ultérieure à la survenance de cette incapacité.»

Alors, je ne lirai pas le texte proposé puisque c'est un nouvel article et je viens de le lire, en fait, intégralement. Alors, il est suggéré...

Ah! il manque un petit mot que je n'ai pas lu, alors, merci de me le mentionner.

Alors : «2. Dispositions particulières aux demandes contemporaines d'aide médicale à mourir», donc, fermez le guillemet.

Alors, dans les commentaires : Il est suggéré d'introduire une sous-section comprenant l'article 25.1 qui, à titre introductif, a pour but d'annoncer l'existence dans la loi de deux régimes principaux d'aide médicale à mourir et de les qualifier.

Deux... Non, excusez. Il est également suggéré d'introduire une sous-section 2 portant spécifiquement sur les demandes contemporaines d'aide médicale à mourir, comme on le verra ci-après.

La Présidente (Mme Massé) : Merci, Mme la ministre.

Donc, est-ce qu'il y a des questions ou des commentaires sur cette introduction à l'article 13? Ça va? Je vous laisse le temps parce qu'on a eu à virer, à changer les pages, et tout ça. Je veux juste être certaine qu'on se suit bien. Ça va bien? C'est parfait.

Donc, puisqu'il n'y a pas d'autre intervention, je mets aux voix l'article 13. Est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Massé) : Bien. Alors, on a déjà fini le bloc 4.

On va aller au bloc... Oh! pardon, Mme la ministre, vous aviez un...

Mme Bélanger : Oui, Mme la Présidente. Je demanderais une courte suspension, le temps d'inviter quelqu'un d'autre à la table. Alors...

La Présidente (Mme Massé) : Bien sûr. Alors, nous allons suspendre quelques instants. On vous revient.

(Suspension de la séance à 12 h 42)

(Reprise à 12 h 45)

La Présidente (Mme Massé) : Alors, nous voilà de retour. Nous sommes donc rendus au bloc 5, à l'étude de l'article 14, et je demanderais à la ministre de nous lire l'article, s'il vous plaît.

Mme Bélanger : Mme la Présidente, je vais lire l'article ainsi que le commentaire, mais j'aimerais vous annoncer que je vais aussi avoir un amendement, et donc que je lirai l'article par la suite.

Alors donc : L'article 26 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du premier alinéa par les suivants :

«Pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions du présent article, et de l'article 27 le cas échéant, satisfaire aux conditions suivantes :

«1° elle est majeure et apte à consentir aux soins, sauf exception relativement à cette aptitude de la personne prévue au troisième alinéa de l'article 29;

«2° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

«3° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable ou elle a un handicap neuromoteur grave et incurable;

«4° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

5° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

«Pour l'application du paragraphe 3° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif n'est pas considéré comme une maladie.»;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «le médecin traitant de la personne» par «le professionnel compétent qui traite la personne».

Les commentaires : Le premier alinéa de l'article 26 proposé reprend pour l'essentiel le premier alinéa actuel de l'article 26 de la loi. Compte tenu de la décision Truchon rendant inopérant le critère de «fin de vie», vous pourrez noter que ce critère n'apparaîtra plus au premier alinéa de l'article 26.

Aussi, le paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 26 de la loi est modifié pour permettre à une personne ayant un handicap neuromoteur grave et incurable d'obtenir l'aide médicale à mourir si les autres conditions de la loi sont remplies, et ce paragraphe deviendra le paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 26.

De plus, le deuxième alinéa de l'article 26 proposé apporte une précision importante, soit que, pour l'application du paragraphe 3° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif n'est pas considéré comme une maladie.

Enfin, les troisième et quatrième alinéas de l'article 26 proposé reprennent respectivement les deuxième et troisième alinéas de l'article 26, actuel avec quelques adaptations techniques.

La Présidente (Mme Massé) : Alors, ceci est l'article 11... l'article 14, pardon, tel que décrit.

Vous nous avez annoncé un amendement, d'entrée de jeu. Je sais que... On me signale, du côté de l'opposition officielle, que... Écoutez, c'est ma première présidence, alors peut-être que j'ai fait quelque chose de pas correct, mais, ceci étant dit, l'esprit... Je prendrai votre amendement, puisqu'il est sur Greffier déjà, et vous l'avez annoncé. Ceci étant dit, je fais mon apprentissage, Mme la députée, et, la prochaine fois, je n'agirai pas de la sorte, c'est promis. Mme la ministre.

• (12 h 50) •

Mme Bélanger : O.K., Mme la Présidente, merci. Vous allez voir que l'amendement, tout le monde l'a maintenant, c'est disponible. J'imagine que vous avez ça, là, sur le site... sur Greffier.

La Présidente (Mme Massé) : Sur Greffier, oui.

Mme Bélanger : Alors, je vous invite à le regarder en même temps que moi.

Alors, article 14, article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

Dans le paragraphe 1° de l'article 14 du projet de loi :

1° remplacer, dans le paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie proposé, par «constantes»... remplacer, excusez-moi, «constantes» par «persistantes»;

2° remplacer le deuxième alinéa de cet article proposé par les alinéas suivants :

«Pour l'application du paragraphe 2° du premier alinéa, est assimilée à une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie une personne dont le coût des services de santé assurés qu'elle reçoit ou peut recevoir est assumé autrement qu'en application de cette loi du fait de sa détention au Québec ou du fait qu'elle y réside et qu'elle soit en service actif dans les Forces armées canadiennes.

«Pour l'application du paragraphe 3° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif ne peut pas être une maladie pour laquelle une personne peut formuler une demande.»

Les commentaires : D'abord, l'amendement a pour but de modifier le paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie proposé afin de prévoir qu'une personne doit, pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, éprouver des souffrances physiques ou psychiques persistantes plutôt que constantes.

De plus, l'amendement a pour but de permettre à certaines personnes détenues, en service actif dans les Forces armées canadiennes d'obtenir l'aide médicale à mourir malgré qu'elles ne soient pas des personnes assurées au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29). Enfin, l'amendement reformule l'exclusion applicable au trouble mental autre que neurocognitif afin d'éviter une énonciation maladroite et inexacte.

Texte modifié des premier et deuxième alinéas de l'article 26 :

«26. Pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions du présent article, et de l'article 27 le cas échéant, satisfaire aux conditions suivantes :

«1° elle est majeure et apte à consentir aux soins, sauf exception relativement à cette aptitude de la personne prévue au troisième alinéa de l'article 29;

«2° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

«3° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable ou elle a un handicap neuromoteur grave et incurable;

«4° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

«5° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

«Pour l'application du paragraphe 2° du premier alinéa, est assimilée à une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie une personne dont le coût des services de santé assurés qu'elle reçoit ou peut recevoir est assumé autrement qu'en application de cette loi du fait de sa détention au Québec ou du fait qu'elle y réside et qu'elle soit en service actif dans les Forces armées canadiennes.

«Pour l'application du paragraphe 3° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif ne peut pas être une maladie pour laquelle une personne peut formuler une demande.»

La Présidente (Mme Massé) : Merci, Mme la ministre.

Donc, nous allons... Je vais prendre s'il y a des questions ou des commentaires, et ensuite on va commencer cette discussion-là, puis on verra pour la suite. Mme la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : Merci, Mme la Présidente.

Bien, d'emblée, j'ai des questions sur l'amendement, mais je voulais savoir pourquoi on débute le débat sur ce bloc, étant donné qu'on parle de handicap neuromoteur grave et incurable et que cet article, le 14, qui propose des changements à l'article 26... L'article 26 est référé dans les autres articles que nous allons aborder dans ce bloc, ça fait que j'avoue que... Je veux juste... J'ai un malaise parce que, même si on dit qu'on va suspendre l'adoption de cet article, on ne pourra pas voter sur les articles qui suivent parce que les articles qui suivent réfèrent à l'article 26 de la loi, que nous n'avons pas adopté et modifié.

Et, juste pour que les gens comprennent bien, quand nous sommes à l'opposition, nous n'avons que... ça peut être long pour quelques personnes, mais on a seulement 20 minutes. Ça fait que je ne veux pas... même si on dit qu'on va suspendre puis revenir, parce qu'après on va avoir les indications du comité d'experts et le forum, puis là je n'aurai plus de temps, puis il va falloir que je revienne à la charge avec tous les moyens disponibles à l'opposition pour revenir, pour continuer le débat. Alors, je propose que peut-être nous pouvons... nous pourrions aborder un autre bloc pour avoir une conversation plus fluide. Ça fait que voilà ma proposition, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Massé) : Merci. Je pense que la ministre veut réagir. J'aimerais entendre les autres un peu là-dessus pour me faire une tête, mais ça m'apparaît très recevable, votre truc. Mme la Présidente... Mme la ministre, pardon.

Mme Bélanger : Oui, Mme la Présidente. Alors, bien, en fait, c'est un article qui est très complexe. Il y a beaucoup, beaucoup d'alinéas, bien sûr. Je voulais, d'entrée de jeu, vous présenter l'amendement parce qu'il y a des choses qui sont, d'entrée de jeu, je dirais, plus... dans le fond, plus compréhensibles et peut-être éventuellement plus faciles à faire consensus, là, s'il y a lieu. Je reconnais tout à fait, cependant, que le troisième alinéa, la personne «atteinte d'une maladie grave et incurable ou elle a un handicap neuromoteur grave et incurable», on attend les recommandations du comité d'experts, là, et éventuellement d'une consultation. On n'est pas là.

L'objectif était vraiment de regarder... Par exemple, quand on parle des Forces armées canadiennes ou des personnes qui sont incarcérées, en fait, c'est une modalité, là, parce qu'elles ne sont... ces personnes-là ne sont pas couvertes par la RAMQ. Puis, dans le projet de loi, c'est écrit que, une des conditions, il faut être couvert par la RAMQ. Donc, on se disait... Bien, pour moi, c'était quelque chose qui était quand même assez facile, là, à discuter aujourd'hui, qu'on n'avait pas besoin d'avoir, là, toutes les prochaines étapes. La même chose pour la notion de souffrances constantes versus... non, la notion de souffrances persistantes au lieu de constantes, O.K.? Alors, il y a une nuance, là, puis, bon, les groupes nous l'ont mentionné.

Alors, c'est simplement dans cet esprit-là, c'est qu'on a deux choix : ou on traite de l'amendement, l'amendement étant spécifiquement sur les éléments que je viens de vous présenter... J'ai peut-être oublié que...

Une voix : ...

Mme Bélanger : Et le trouble mental, parce que, dans la loi, la façon dont c'est écrit, c'est que le trouble mental n'est pas une maladie. Donc, on comprend que je venais, en déposant mon amendement, mentionner que... je terminais la phrase, dans le fond, qui est déjà écrite dans le projet de loi : Le trouble mental n'est pas une maladie — attendez, juste me trouver un petit peu ici, là — pour laquelle une personne peut formuler une demande, et non pas : Le trouble mental n'est pas une maladie. Vous comprenez un petit peu la nuance, là. Alors, c'était simplement ça. Ça fait qu'on a deux choix : ou on travaille sur l'amendement, puis, de toute façon, on ne pourra pas passer à travers, on pourra suspendre l'article, ou on n'en parle pas du tout et on passe à autre chose.

La Présidente (Mme Massé) : Mme la députée, est-ce que vous aviez quelque chose à rajouter là-dessus? Est-ce qu'il y a d'autres... Oui, Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Bien, moi, je n'ai pas de problème à ce qu'on travaille l'amendement, mais par contre, l'article, il va falloir le suspendre.

Mme Bélanger : Oui, tout à fait.

La Présidente (Mme Massé) : Donc, là-dessus...

Mme Maccarone : Je souligne le malaise, de ma part, de continuer. Honnêtement, j'entends ce que la collègue dit, mais, moi, mon souhait, ce serait de suspendre le tout puis recommencer le débat plus tard. Ça nous donne une occasion de faire une tête sur ce qui est proposé aussi par la ministre, mais je n'aurais pas de malaise. Présentement, je n'utiliserai pas plus de mon temps sur cet amendement, mais, si la ministre souhaite prendre le

temps, présentement, pour expliquer pourquoi «persistantes» et non «constantes»... Puis je pense qu'elle a fait quand même le lien pour l'autre élément de l'amendement qu'elle a proposé. Je n'aurais pas de malaise, mais je ne souhaiterais pas continuer le débat là-dessus présentement.

La Présidente (Mme Massé) : O.K. Donc, Mme la ministre, il nous reste quelques instants avant la fin de la... avant l'ajournement de la séance, est-ce que vous voulez poursuivre vos explications tel que demandé?

• (13 heures) •

Mme Bélanger : Bien, je pense qu'à la lumière de... Bon, en fait, ce que je peux mentionner, c'est que vous avez les informations, vous allez prendre le temps de constater le tout. Mais je pense que l'objectif de l'amendement, c'était vraiment juste d'aller sur des points qui, pour moi, étaient comme évidents, là, puis on voulait juste clarifier certains mots ou certaines phrases à l'intérieur de ça, mais on peut suspendre l'article et reprendre les travaux en lien avec cet article.

La Présidente (Mme Massé) : Écoutez, oui, madame... Ah! pardon.

Une voix : ...

La Présidente (Mme Massé) : Est-ce qu'il y a consentement pour suspendre l'article, vous aviez bien dit?

Mme Bélanger : Là, on parle de l'article 14 et l'amendement.

La Présidente (Mme Massé) : Et son amendement? Parfait. Est-ce qu'il y a donc un consentement pour suspendre l'article 14 et l'amendement? Consentement.

Et voilà ce qui termine notre matinée, le temps est écoulé. On se retrouve à 14 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 01)

(Reprise à 14 h 05)

La Présidente (Mme Schmaltz) : La Commission des relations avec les citoyens reprend donc ses travaux.

Nous poursuivons l'étude détaillée du projet de loi n° 11, donc, la Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives.

Y a-t-il consentement afin de permettre à la députée de Sherbrooke de remplacer la députée de Sainte-Marie—Saint-Jacques?

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait. Mme la ministre, la parole est à vous.

Mme Bélanger : Oui. Mme la Présidente, j'aimerais, d'entrée de jeu, mentionner qu'en lien avec le bloc 5 je propose que les articles 15 et 16 soient suspendus. Nous avons déjà... nous avons déjà suspendu 14, et qu'on puisse, donc, suspendre les articles 15, 16 et 17.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Et donc y a-t-il consentement pour suspendre l'étude des articles 15, 16 et 17?

Des voix : Consentement.

Mme Maccarone : ...dans le fond, vous ne les avez même pas présentés encore.

Une voix : ...

Mme Maccarone : C'est la même chose.

Une voix : ...on reporte.

Mme Maccarone : On reporte.

Mme Bélanger : On reporte? Donc, on reporte.

Mme Maccarone : Voilà. O.K. Merci.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, nous en sommes au bloc 6, à l'article 18. Je vous propose de procéder par article introduit, et l'article 18 sera mis aux voix dans son ensemble à la toute fin.

Mme la ministre, je vous invite à faire la lecture de l'article 29.1, introduit par l'article 18.

Mme Bélanger : ...je veux quand même mentionner que cet article introduit 19 articles en soi. Alors, on va prendre le temps de les examiner adéquatement.

Alors, je commence la lecture, donc, pour ce qui est de l'article 18.

Alors : 18. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 29, de ce qui suit :

«3. Dispositions particulières aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir

«I. Conditions d'obtention de l'aide médicale à mourir

«29.1. Pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande anticipée, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions des articles 29.2, 29.3 et 29.7 à 29.10, satisfaire aux conditions suivantes :

«1° au moment où elle formule la demande :

«a) elle est majeure et apte à consentir aux soins;

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

«c) elle est atteinte d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins;

«2° au moment de l'administration de l'aide médicale à mourir :

«a) elle est inapte à consentir aux soins en raison de sa maladie;

«b) elle satisfait toujours aux conditions prévues aux sous-paragraphes b et c du paragraphe 1°;

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

«d) elle paraît objectivement éprouver :

«i. les souffrances qu'elle avait décrites dans sa demande, et ce, en raison de sa maladie;

«ii. des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.

«Pour l'application du sous-paragraphe c du paragraphe 1° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble cognitif n'est pas considéré comme une maladie.»

«II. Conditions...»

Une voix : ...

Mme Bélanger : Non, d'accord. Alors, j'arrête là la lecture. Nous allons aller... et je vous amène tout de suite au commentaire concernant l'article 29.1. Alors, je vous invite à aller à la page 33.

Donc, je vais lire le commentaire en lien avec l'article 29.1 : L'article 18 du projet de loi introduit une sous-section 3 comprenant les articles 29.1 à 29.19 applicables spécifiquement aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Ce changement est requis pour tenir compte de la nouvelle structure proposée pour la loi.

L'article 29.1 proposé est la disposition qui prévoit les conditions que doit satisfaire une personne pour formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir et pour obtenir l'aide médicale à mourir.

C'est aussi l'article 29.1 proposé qui exclut le trouble mental comme maladie pouvant donner ouverture à la formulation d'une demande anticipée.

• (14 h 10) •

La Présidente (Mme Schmaltz) : O.K. Est-ce qu'il y a des questions?

Mme Bélanger : Mme la Présidente, j'aimerais annoncer que je vais avoir un amendement à proposer éventuellement.

Mme Maccarone : ...son amendement avant qu'on fasse le débat sur cet article.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Voulez-vous faire le débat sur cet article? Oui? Est-ce que vous voulez faire la lecture?

Mme Bélanger : Oui, je vais faire la lecture. En fait, je l'annonçais parce que, si jamais certaines personnes auraient voulu s'exprimer sur ce que je venais de lire, ça aurait été possible de le faire. Mais, alors donc, je suis prête, effectivement, pour l'amendement.

Donc : Article 18, article 29.1 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

À l'article 29.1 de la Loi concernant les soins de fin de vie, proposé par l'article 18 du projet de loi :

1° remplacer les sous-paragraphes c et d du paragraphe 2° du premier alinéa par les sous-paragraphes suivants :

«c) elle présente, de manière récurrente, les manifestations cliniques liées à sa maladie et qu'elle avait décrites dans sa demande;

«d) sa situation médicale :

«i. se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

«ii. donne lieu à un professionnel compétent de croire, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.»;

2° remplacer le deuxième alinéa par les suivants :

«Pour l'application du sous-paragraphe b du paragraphe 1° du premier alinéa, est assimilée à une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie une personne dont le coût des services de santé assurés qu'elle reçoit ou peut recevoir est assumé autrement qu'en application de cette loi du fait de sa détention au Québec ou du fait qu'elle y réside et qu'elle soit en service actif dans les Forces armées canadiennes.

«Pour l'application du sous-paragraphe c du paragraphe 1° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif ne peut pas être une maladie pour laquelle une personne peut formuler une demande.»

Commentaires : D'abord, l'amendement a pour but de clarifier les conditions portant sur les souffrances que doit éprouver une personne au moment de l'administration de l'aide médicale à mourir, pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande anticipée. Ainsi, une personne qui a formulé une demande anticipée devrait, pour obtenir l'aide médicale à mourir, présenter de manière récurrente les manifestations cliniques liées à sa maladie et décrites dans sa demande et sa situation médicale devrait donner lieu de croire à un professionnel compétent, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.

De plus, l'amendement a pour but de permettre à certaines personnes détenues ou en service actif dans les Forces armées canadiennes d'obtenir l'aide médicale à mourir malgré qu'elles ne soient pas des personnes assurées au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

Enfin, l'amendement reformule l'exclusion applicable au trouble mental autre que neurocognitif afin d'éviter une énonciation maladroite et inexacte.

Vous avez, dans vos documents, le texte modifié. Je ne crois pas que j'ai besoin de lire le texte modifié, vous l'avez. Si vous le souhaitez, je peux le lire, mais vous l'avez, là. En fait, tout ce que je viens de présenter vient... est expliqué dans le texte, là, modifié. Merci.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'il y a des interventions, des questions?

Mme Maccarone : ...30 secondes, Mme la Présidente, juste pour relire une fois, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Schmaltz) : ...un instant pour vous laisser le temps.

(Suspension de la séance à 14 h 16)

(Reprise à 14 h 20)

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait, donc, nous allons reprendre.

Je pense que, Mme la députée de Westmount—Saint-Louis, vous aviez une question.

Mme Maccarone : Oui, merci. Merci pour le temps, c'est grandement apprécié, parce que, là, on rentre vraiment dans tout ce qui est technique. Et je remercie aussi la ministre de prendre le temps dans sa lecture. Ça nous aide beaucoup dans la compréhension puis la suite des travaux, c'est apprécié.

Quand on arrive à le paragraphe où on adresse qui qui est assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie, je souhaite savoir, pour que ce soit clair, c'est qui qui sera adressé. C'est l'avant-dernier paragraphe. Je ne les ai pas tous comptés, là, mais c'est l'avant-dernier paragraphe dans l'amendement en question. Je pourrais le lire, c'est : «Pour l'application du sous-paragraphe b du paragraphe 1° du premier alinéa, est assimilée à une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie une personne dont le coût [de ces] services de santé assurés qu'elle reçoit ou peut recevoir est assumé autrement qu'en application de cette loi du fait de sa détention au Québec — ça fait que je comprends ce que la ministre, elle avait proposé dans l'article 14, que nous avons suspendu — ou du fait qu'elle y réside et qu'elle soit en service actif dans les Forces armées canadiennes.»

Bien, je veux savoir, d'abord, c'est qui qui est couvert. Juste pour que ça soit clair, c'est qui qui sera éligible?

Mme Bélanger : Je laisserais la parole à Mme Geneviève, ici. Juste me rappeler votre nom de famille.

Mme Landry (Geneviève) : Landry.

Mme Bélanger : Mme Geneviève Landry.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'il y a consentement?

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait. Mme Landry.

Mme Landry (Geneviève) : Oui, bonjour. Merci pour le droit de parole. Geneviève Landry, directrice générale adjointe de la qualité, coordination interne et des affaires autochtones au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cet article vise à couvrir des personnes résidant sur le territoire québécois, deux types en particulier, qui ne sont pas assurées par la loi de la Régie de l'assurance maladie, donc qui ne répondent pas à, quand on regarde nos conditions d'admissibilité, «elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie», donc, notre point b du premier paragraphe de l'article 29.1. Ces personnes qui résident sur le territoire québécois, donc, qui sont en pénitencier fédéral, donc purgent une sentence de plus de deux ans, ou encore qui sont des militaires sur des bases militaires,

elles ont une couverture d'assurance santé à l'extérieur de notre système de santé de la Régie de l'assurance maladie et, pour cette raison, elles ne rencontrent pas cette condition. Donc, nous sommes dans un principe administratif qui freine l'accès à un soin pour ces personnes. Donc, ce sont vraiment ces deux types de personnes que l'on vise.

Par ailleurs, on a fait quand même un 360° pour s'assurer qu'on n'échappait pas d'autres clientèles, nécessairement. Ce sont des besoins émergents, des demandes émergentes, d'où le fait d'arriver ici, là, à ce moment-ci, avec ces demandes-là. On a pu conclure que, par exemple, les gens de la GRC étaient déjà couverts, avaient accès. Les communautés autochtones sur réserves non conventionnées également avaient accès. Donc, on croit quand même avoir fait le tour, là, en donnant accès à ces deux clientèles-là, au sens de la Loi de l'assurance maladie. Est-ce que ça répond?

Mme Maccarone : J'aurais une question complémentaire. Est-ce que ça, ça veut dire, d'abord, que les demandeurs d'asile, eux, n'auront pas accès? Parce qu'en arrivant ici ça peut prendre du temps avant d'avoir accès au régime, d'avoir cette couverture, ça fait que ça, ça veut dire, eux, ils seront exclus. Puis, si ma compréhension est bonne puis la réponse est oui, pourquoi? Puis est-ce qu'on a une flexibilité pour s'assurer que ces personnes aussi seront couvertes?

Mme Landry (Geneviève) : Je prendrai votre question en délibéré pour m'assurer de bien y répondre parce que je ne gère pas le programme des demandeurs d'asile. Cependant, effectivement, là, il y a eu des préoccupations à cet égard. Donc, je la prends en délibéré, et, si vous permettez, on reviendra.

Mme Maccarone : Tout à fait. Je pense que j'ai des collègues qui ont d'autres questions, Mme la Présidente, pendant qu'ils sont en train de se parler de plusieurs questions.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Oui, on a une question, donc, de Mme la députée de D'Arcy-McGee.

Mme Prass : Oui. L'amendement que vous présentez au paragraphe 2°d.ii, on parle de la notion de souffrance, et ce qu'on a entendu souvent durant les consultations, c'est justement que c'est une notion qui est très personnelle et qui doit être décrite par la personne dans sa demande anticipée. Donc là, on change pour dire «donne lieu [à croire à un professionnel compétent], sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique», etc. Pour la notion de base des informations dont il dispose, est-ce que vous faites référence à la définition de souffrance de la personne dans leur demande?

Mme Bélanger : Si on se souvient, lors des consultations particulières, plusieurs professionnels nous l'ont dit, ça va être difficile d'évaluer la souffrance des personnes, et plusieurs nous ont demandé, dans le fond, de s'assurer que le jugement clinique des professionnels puisse être exercé, et donc c'est pour ça qu'on retirerait... Là, vous voyez un petit peu, là, le d.ii, c'est biffé en rouge, là, dans les documents que vous avez, alors... parce que les professionnels nous disent : Comment on va faire pour évaluer des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables, qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables?, alors que, là, on est, il faut se souvenir, on est dans la demande anticipée, alors, comment le professionnel va faire pour évaluer?

Alors, c'est pour ça que, dans le fond, on le remplace ici, donc, «donne lieu à un professionnel compétent de croire, sur la base des informations dont il dispose — c'est des observations cliniques — et selon le jugement clinique qu'il exerce, [que la personne] éprouve des souffrances», là, vous avez tout le reste du texte.

Peut-être pour compléter ma réponse, j'inviterais... Nous avons un médecin autour de la table, alors on pourrait l'inviter à s'exprimer à ce sujet-là, si mes collègues...

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'il y a un consentement?

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, il y a... La parole est à vous.

M. Evoy (François) : Bonjour. Merci beaucoup. François Evoy, je suis neurologue, médecin neurologue au CHUS-Estrie—CIUSSS depuis près de 30 ans. Je ne suis pas un expert en maladies neurodégénératives, en démences. Je suis un neurologue spécialisé, mais pas dans ce domaine-là, mais je suis très intéressé à l'organisation des soins et à la qualité des soins depuis des années, et je suis président de l'Association des neurologues du Québec, actuellement, alors c'est un sujet qui m'intéresse particulièrement.

Cet article-là est important pour une raison, c'est qu'il faut voir un peu... Parce qu'écrire une loi, c'est une chose, mais l'appliquer en est une autre, et ça, on va beaucoup se baser sur le jugement du personnel soignant. Et ça peut devenir un casse-tête, définitivement, à gérer parce qu'une fois que la demande est écrite, il va y avoir des décisions importantes à prendre sur l'avenir du malade, de la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir par demande médicale anticipée. Donc, évidemment, le but premier, c'est la volonté de l'individu, qui doit être respectée, donc c'est de l'autodétermination. Et comment on peut juger de l'autodétermination? Bien, ça va être grâce à sa demande. Donc, il va falloir que la demande soit assez claire puis fasse part, pour donner des indices aux médecins, au personnel soignant, de quel moment, que le patient nous décrive, avant d'arriver dans cet état, qu'est-ce qui pour lui serait jugé comme une souffrance qui serait inacceptable.

Puis, quand on parle de souffrance, c'est qu'on a toujours l'impression que c'est une souffrance physique. On dit «souffrance physique et psychologique», mais le patient qui va avoir une démence avancée, sa souffrance, on a comme un biais où il faut que la personne semble souffrante physiquement ou qu'il y ait quelque chose au niveau du comportement qui soit vraiment... qui paraisse très anormal ou dérangent, mais la vérité n'est pas si simple que ça. C'est que, dans un état de démence avancée, par exemple dans la maladie d'Alzheimer, le malade, à un moment donné, bon, il passe de l'aptitude à consentir à la non-aptitude à consentir et il peut devenir extrêmement calme, finalement, donc sa souffrance pourrait ne pas être apparente, où les gens autour de lui, son entourage, le personnel soignant pourraient dire : Il m'apparaît tout à fait confortable. Mais, si on se base sur la demande initiale du patient, c'est là qu'on donne les balises, c'est que, pour le médecin traitant, qu'est-ce qu'il doit faire, ou pour le personnel soignant, l'IPS, c'est d'aller voir la demande et de pouvoir... de voir ce qui est écrit spécifiquement dans cette demande. Qu'est-ce que le malade souhaitait? C'était quoi, son but? Et ça peut être aussi simple que : Moi, quand je vais arriver à tel état, par exemple l'incontinence, ou encore lorsque je ne reconnaitrai plus mes proches, donc, des balises qui sont quand même assez claires : Bien, pour moi, peu importe que j'aie l'air heureux ou pas, pour moi, ça va être une souffrance psychique ou physique qui m'apparaît inacceptable. Donc, on enlève un aspect de subjectivité qui met le poids de la décision sur le personnel traitant et sur les proches, parce qu'il va y avoir le tiers responsable de la famille qui va avoir à gérer ça aussi émotivement au moment où on va procéder à l'aide médicale à mourir, et ça amène cet aspect-là de jugement qui va être davantage incarné pour le patient lui-même. Donc, ça ne sera pas un «une taille pour tous», ça va être «moi, je veux que ce soit de telle façon». Et je crois que cet amendement-là offre cette possibilité-là au personnel soignant et aux proches, parce que c'est eux qui, ultimement, vont avoir à vivre avec la décision de la personne qui devient inapte.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Oui, Mme la députée de D'Arcy-McGee.

• (14 h 30) •

Mme Prass : Bien, juste pour renchérir un petit peu sur ce que vous avez dit, justement, dans des cas, par exemple, où une personne qui a une démence et que leur notion de souffrance, c'est quand ils ne reconnaissent plus la famille, etc., est-ce qu'il ne serait pas nécessaire au moins de faire une mention de la façon dont la personne, elle décrit dans sa demande les souffrances? Parce que, sinon, il y a ambiguïté, ici, qu'un professionnel puisse évaluer qu'une personne a des souffrances, mais peut-être ce n'est pas le niveau de souffrance à laquelle elle est atteinte pour avoir l'administration de l'aide médicale à mourir, parce que c'est comme si on niait, justement, la façon dont la personne a décrit ses souffrances. On n'a pas... Je comprends que c'est difficile d'évaluer et qu'il faut qu'il y ait un espace pour les professionnels de pouvoir faire l'évaluation eux-mêmes, mais de complètement enlever cette notion de leur... de la façon dont eux, ils décrivent la souffrance, bien, c'est enlever l'importance de ce qu'ils ont mis, justement, dans leur demande. Donc, je comprends qu'il faut qu'il y ait une évaluation, mais je pense qu'il faut aussi qu'il y ait un lien avec ce que... la volonté de la personne dans leur demande.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Oui, Mme la ministre.

Mme Bélanger : Je veux être sûre de bien comprendre. Donc, il y a tout le jugement professionnel, bien sûr, mais le lien avec la façon dont la personne va inscrire, je dirais, peut-être, ses volontés puis ce qu'elle interprète pour elle-même, ce qui est jugé une souffrance physique et psychique au moment où elle est apte à le faire, et il va falloir qu'elle le décrive. O.K., je suis tout à fait d'accord avec ça. Cependant, je ne sais pas si ça doit être écrit dans cet article... Ce n'est pas à cet article-là qu'on pourra traiter de ça, là. Peut-être, de votre côté, là... Parce qu'ici, dans le fond, on parle davantage des conditions. Attendez un peu, là, que... En fait, je comprends l'élément que vous amenez, c'est de dire : Bien, étant donné ça, il faut que la personne ait... puisse exprimer clairement et de façon formelle et officielle ce qu'elle entend par rapport à ses propres souffrances, là, anticipées, on va dire ça comme ça. O.K.

Mme Prass : Mais toujours en comprenant que le professionnel a la latitude...

Mme Bélanger : Tout à fait.

Mme Prass : Exact.

Mme Bélanger : Exactement, oui.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Il y avait une question... Ah! une des deux. Mme Westmount—Saint-Louis... bien, Mme la députée.

Mme Maccarone : Oui, merci de la précision, Mme la Présidente.

Je veux revenir sur le d, point ii. On dit «donne lieu [de croire à un professionnel compétent]». Lors des auditions, on a entendu beaucoup de groupes qui nous ont parlé d'un groupe interdisciplinaire, puis ça faisait partie aussi de ce que nous avons discuté lors de la commission spéciale. Alors, je voulais savoir, est-ce que ça, ça sera utilisé, peut-être, plus tard?

Peut-être, c'est parce qu'on n'est pas dans le bon article, où on introduit la notion de groupe interdisciplinaire, mais rendu... Moi, ma compréhension, c'est, au moment où nous allons procéder à mettre en vigueur la demande anticipée, si on rejoint tous ces critères puis si ça donne lieu de croire à un groupe interdisciplinaire de professionnels qui sera peut-être

établi, tout dépendamment des expertises requises... Parce qu'on comprend que des fois ça va être un neurologue, d'autres moments, ça va être un psychiatre qui va aussi accompagner ou un... je ne sais pas, un autre spécialiste de la santé. Est-ce que c'est ici que nous devrions aborder cette précision?

La Présidente (Mme Schmaltz) : Oui, Mme la ministre.

Mme Bélanger : ...Mme la Présidente.

Non, parce que regardez, là, vraiment, l'énoncé de 29.1, on dit que «pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande anticipée — on est dans la demande anticipée aussi, je veux juste quand même... juste le rappeler — une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions[...], satisfaire aux conditions suivantes». Alors là, ce qu'on est en train de parler, c'est des conditions, on n'est pas en train de parler du comment, O.K.? Là, on parle des conditions, c'est vraiment ça, c'est de ça dont on parle, elle doit «satisfaire aux conditions suivantes».

Mme Maccarone : C'est ça, ou peut-être, je ne vous suis pas, Mme la ministre. C'est parce que, quand on rentre au point ii, on introduit «au moment de l'administration de l'aide médicale à mourir :», puis là on fait le a, b, c, d, puis le d, point ii, c'est pour ça. Je comprends ce que vous êtes en train de dire «au moment où elle formule», mais là c'est vraiment dans le point ii, «au moment de l'administration», où je rejoins les questions de ma collègue de D'Arcy-McGee puis les précisions que nous avons entendues du Dr Evoy.

Mme Bélanger : Mais on est toujours, quand même... Excusez-moi.

Une voix : ...

Mme Bélanger : Oui, ça va? On est toujours, quand même, dans les conditions suivantes, là, «satisfaire aux conditions suivantes : 1° au moment de formuler la demande», et un deuxième moment, «au moment de l'administration», là, c'est d'autres conditions. Mais on est toujours dans le grand titre, là, si on veut, le grand titre où... en tout cas, «satisfaire aux conditions suivantes». Là, il y a deux volets, là-dedans : au moment de la demande puis au moment de l'administration. Je ne sais pas si tout le monde...

Une voix : ...

Mme Bélanger : Oui. Et à 29.4, à l'article 29.4, plus loin, c'est vraiment, là, la responsabilité du professionnel. Cet article-là, là, comme je vous l'ai mentionné tantôt, introduit 19 articles, alors c'est assez complexe, là.

Mais, si je peux me permettre, je pense qu'on peut passer à travers l'article 29.1. Les questions qu'on a eues sont très pertinentes, assurons-nous que vos observations, là, se retrouvent dans les prochains articles, là. On va y aller article par article, là, on va toutes les étudier vraiment à fond. Mais, pour le moment, là, 29.1, c'est vraiment satisfaire aux conditions. On n'est pas dans le formulaire, on n'est pas dans le comment, on n'est pas dans l'équipe interdisciplinaire, on n'est pas là.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'il y a une autre intervention? Est-ce qu'il y a un consentement pour que madame puisse intervenir? Oui.

Mme Lavoie (Térésa) : Térésa Lavoie, avocate légiste au ministère de la Justice, affectée au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Juste pour ramener le contexte de 29.1, quand on avait travaillé le projet de loi n° 38, la dernière fois, on introduisait 14 ou 15 articles, là on en introduit 19.

Quand on avait discuté le projet de loi n° 38, il avait été souvent question des deux moments, justement, dans le cadre de la demande anticipée, soit le moment où la personne formule la demande et le moment où la personne devient admissible à recevoir l'aide médicale à mourir. Puis, à l'époque du projet de loi n° 38, comme il y avait plusieurs articles, puis que les conditions pour la formulation de la demande apparaissaient au début de la section, puis que les conditions d'administration apparaissaient plus vers la fin, ça ne nous permettait pas d'avoir une vue générale sur l'ensemble des conditions permettant à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre d'une demande anticipée, donc, l'article 29.1, on l'avait amené en amendement au p.l. n° 38 pour apporter un article englobant qui fait l'inventaire ou qui recense toutes les conditions. Après, les autres articles viennent comme éclater un peu les dispositions ou le cheminement, le processus qui doit être suivi pour les fins de l'administration de l'aide médicale à mourir. Le 29.1 fait comme juste rassembler, en quelque sorte, les éléments les plus cruciaux, les conditions qu'on retrouve après dans les autres dispositions jusqu'à 29.19.

Mme Maccarone : J'entends, puis je comprends, puis ce n'est pas une question de désaccord, puis je ne veux pas perdre trop de temps là-dessus. C'est juste qu'il faut que vous me dites, d'abord, où on va parler du comité interdisciplinaire, pour que je vous suive, parce que, même si je reviens au 29.4, je ne vois pas le comité interdisciplinaire quand on passe à l'acte. Ça fait que ce serait bien peut-être, pour nous aider à vous suivre, de savoir quand est-ce que nous allons voir ceci, dans quel article puis s'il y a des amendements aussi, comme ça nous serons en mesure de vous suivre mieux.

Je comprends, on parle des conditions pour remplir la demande, puis si on vient à passer à l'acte à l'intérieur de la demande, pour que ça soit clair pour la personne qui remplit la demande anticipée, si je vous suis bien, là, je fais une paraphrase dans mes propres mots à moi. On souhaite au moins un professionnel, mais c'est parce qu'on ne le décrit pas de cette façon. Peut-être, ce n'est pas moi... Ce n'est pas clair, parce qu'on parle de seulement un professionnel, le professionnel compétent, et non le comité. Je ne sais pas.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Allez-y.

• (14 h 40) •

Mme Bélanger : ...Mme la Présidente, je vais quand même juste rappeler que ce n'est pas le comité qui va décider de l'acte, hein, c'est le médecin ou l'IPS, puis ils vont se faire valider par un deuxième intervenant. Le comité a un rôle important, aviseur, au niveau du plan d'intervention interdisciplinaire. Là, on n'est pas là-dedans.

Mais, pour répondre à votre interrogation, là, ce que je demanderais peut-être, là, aux gens qui sont avec nous, là, ici, de ce côté-ci, de prendre en note... Parce que, de ce que je comprends de la demande, il y a eu une intervention sur le formulaire, c'est ce que je comprends, puis là on a une deuxième intervention, de votre côté, sur le comité interdisciplinaire. Est-ce qu'il y a un autre élément? Parce que j'essaie de ramasser, là, les...

Parce que, là, pendant qu'on va continuer à examiner article par... De toute façon, nous adopterons cet article-là à la fin, quand on aura fait tout le tour de cet article-là, vous comprenez? Ça fait qu'il n'y a pas d'enjeu là, il faut juste s'entendre. Est-ce qu'on comprend les énoncés qui sont là? Ça soulève des questions. Ces questions-là, on va vous y répondre, mais moi, je propose qu'on puisse au moins s'assurer sur ce qui est là, là, est-ce que c'est clair. Mais les enjeux que ça soulève, on va y revenir, on va les prendre en délibéré.

Mme Maccarone : Dans les réponses que vous allez nous ramener, je pense que ça va être plus éclairant si on amène ça à un exemple concret puis qu'on peut dire : Personne A, quand ils vont poursuivre à faire ceci, voici comment ça va se procéder, comme ça, je pense que ça va nous amener à avoir une compréhension plus facile. Ça fait que la personne A, Suzie, va poursuivre avec sa demande, puis voici toutes les conditions, puis voici comment ça va se manifester pour elle. Je pense que les gens vont être plus en mesure de comprendre pourquoi que ce n'est pas ici qu'on traite le groupe interdisciplinaire, là. Bon, puis évidemment ma collègue, elle a des questions.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Je pense, il y a une...

Mme Caron : Oui. Bien, pour faire le tour des questions, c'est la première fois, je pense, dans les articles, dans les blocs qu'on a vus, qu'on utilise le terme «trouble neurocognitif». Est-ce qu'il est décrit ailleurs dans les articles qu'on n'a pas... les articles qu'on n'a pas vus encore?

Mme Bélanger : Oui. Me Térésa.

Mme Lavoie (Térésa) : En fait, on a l'alinéa miroir pour les demandes contemporaines, à l'article 26 qui est introduit par l'article 14 du projet de loi, un mot-à-mot, pareil.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, s'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons procéder à la mise aux voix...

Des voix : ...

La Présidente (Mme Schmaltz) : Non, l'amendement? L'amendement, oui, c'est bon? O.K. Donc, l'amendement... Oui?

Mme Bélanger : Mme la Présidente, on aurait une réponse par rapport aux demandeurs d'asile, alors... parce que ça fait partie de la question qui est en lien avec les personnes assurées, là, ou non par la Loi sur l'assurance maladie.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Ah! d'accord. Bon, est-ce qu'il y a consentement? Oui?

Mme Landry (Geneviève) : Merci, Mme la Présidente. Donc, est-ce que je dois me renommer, ou ça va avec l'intervention précédente?

La Présidente (Mme Schmaltz) : Non.

Mme Landry (Geneviève) : Ça va? Donc, la réponse est non, ils ne sont pas couverts, là, par cette... ce changement d'assurance, en fait, par l'assurance maladie, par ce changement.

Mme Maccarone : Puis est-ce qu'il y a eu une discussion en ce qui concerne l'inclusion pour ces personnes qui, évidemment, souhaitent faire partie de la fabrique québécoise puis...

Mme Bélanger : Pour les demandeurs d'asile, là, ils ont accès aux services de santé si leur vie est menacée, O.K., exemple une personne qui arrive qui est enceinte. Bon, mais là l'aide médicale à mourir, c'est une autre chose,

c'est un soin ultime. Puis je pense que les... il faut éviter, là, de se retrouver, au Québec, avec un tourisme médical de demande d'aide médicale à mourir, aussi, O.K.? Alors, je pense que c'est vraiment important de refermer à ce niveau-là.

Dans l'expérience que j'ai, et puis à Montréal, on le sait, qu'il y a quand même beaucoup de demandeurs d'asile, il y avait un établissement qui s'occupait... spécifique au niveau du réseau de la santé, pour donner des programmes spéciaux, à ma connaissance, jamais eu de situation où des demandeurs d'asile auraient demandé l'aide médicale à mourir. Donc, je ne pense pas qu'il y a lieu d'examiner ça de plus près, là, ça ne fait pas partie... à ma connaissance, on n'a jamais eu une demande à ce niveau-là.

Maintenant, ça ne veut pas dire... Quelqu'un qui est demandeur d'asile, qui a des souffrances puis qui a une maladie, bon, etc., bien, va être pris en charge par le système de santé, selon les programmes qui sont prévus, les douleurs seront soulagées, etc., là, mais on n'est pas dans ce qu'on est en train de discuter aujourd'hui, là.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement de la ministre?

Donc, s'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons procéder à la mise aux voix. L'amendement à l'article 18, 29.1 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait. L'amendement est adopté.

S'il n'y a plus d'intervention, nous allons procéder à l'article 29... Oui, Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Oui, merci. Oui, j'ai des interventions à faire sur l'article 29.1 qui ne concernent pas l'amendement, c'est au niveau des conditions à satisfaire au moment de formuler la demande. Une des conditions, c'est d'être atteint «d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins», donc on comprend qu'il faut déjà avoir un diagnostic. Je ne veux pas jeter un pavé dans la mare, là, mais je voudrais quand même qu'on discute de cette question-là, parce que ça a été porté à notre attention que parfois des personnes qui vont avoir un diagnostic, par exemple, d'alzheimer vont avoir ce diagnostic-là à un moment où la capacité, l'aptitude à consentir va déjà être dépassée, et donc la personne a son diagnostic peut-être un peu tard. J'avoue avoir été assez sensible à ça.

Puis je me questionne aussi s'il n'y a pas une cohérence à aller chercher avec les autres directives médicales anticipées que les personnes peuvent faire puis que... Bon, évidemment, elles n'ont pas besoin de diagnostic pour donner des directives médicales anticipées. Ça fait que je voudrais quand même avoir la discussion ici avec vous : Pourquoi c'est obligatoire d'avoir un diagnostic de maladie grave et incurable menant à une incapacité à consentir pour formuler une demande anticipée, dans la mesure où, de toute façon, dans l'application, il faudra qu'elle soit dans cette situation-là? Mais au moment de formuler la demande, de l'enregistrer pour l'avenir, pour quelles raisons on exige d'avoir un diagnostic? C'est quoi, les raisons derrière ça?

La Présidente (Mme Schmaltz) : Vous pouvez répondre, Mme la ministre, ou... Docteur, oui.

M. Evoy (François) : Oui, je peux répondre?

La Présidente (Mme Schmaltz) : Oui, allez-y, oui.

M. Evoy (François) : Oui, Mme la Présidente.

Mme la députée, bien, j'ai l'impression que... Votre remarque est tout à fait pertinente, et on peut vraiment se poser cette question. Je pense que ça va être un choix comme tous les choix qui ont été vis-à-vis de l'aide médicale à mourir, pour l'application, c'est d'essayer de limiter autant que possible, que ce ne soit pas un soin qui soit conventionnel comme, par exemple, on va avoir dans les directives médicales anticipées, où on n'a pas besoin d'avoir une maladie pour dire : Bien, si cela m'arrivait, telle situation, par exemple... j'ai une démence ou un trouble neurocognitif qui survient, un jour, bien, par exemple, si ça survient, bien moi, je n'aimerais pas, à tel niveau, qu'on m'alimente par voie parentérale, par un tube, qu'on m'alimente par un soluté.

Donc là, on est davantage dans le niveau de soins. Le niveau de soins, c'est quelque chose... tout le monde devrait se poser cette question-là si on a une maladie grave. L'aide médicale à mourir est un soin particulier, puis je pense que, vraiment, il y a eu un choix de société, il y a un choix, au niveau des gens qui ont réfléchi sur l'aide médicale à mourir, qu'on devait le garder comme un soin particulier, et, pour cette raison-là, on veut que le diagnostic soit déjà posé, pour que la réflexion sur la maladie soit déjà avancée et que la personne qui désire faire ses directives médicales anticipées pour l'aide médicale à mourir ait pu en parler avec ses proches et réaliser qu'est-ce que ça impliquait au juste.

Donc, je pense que c'est un choix politique. Est-ce que c'est quelque chose qui pourrait changer un jour? Peut-être, mais je pense que, pour l'instant, ça demeure un consensus et une recommandation, là, qui était... bien, avec le comité sur les changements, les modifications sur les lois de...

Une voix : ...

M. Evoy (François) : ...de fin de vie, oui, c'est ça, pardon.

• (14 h 50) •

La Présidente (Mme Schmaltz) : Mme la ministre, je pense, vous voulez rajouter?

Mme Bélanger : Bien, la question est fort pertinente, mais en même temps il faut se souvenir qu'on a un devoir de prudence, puis je pense que c'est important de mettre les balises. Déjà, au Québec, on a fait une réflexion depuis plus de 10 ans concernant mourir dans la dignité, l'aide médicale à mourir, et je pense que, comme parlementaires, il faut vraiment, je dirais, encadrer de façon quand même assez stricte. Et puis ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de place au jugement clinique, et tout ça, mais il faut faire attention. Puis j'avoue que la directive médicale anticipée, pour moi, c'est quelque chose qui est différent que le processus de demande d'aide médicale à mourir.

Puis le meilleur exemple, puis je ne veux pas, là, prendre trop de temps, mais, pour moi, la directive médicale anticipée, ce serait : Bien, si un jour je fais un arrêt cardiaque, et puis que vous me réanimez, puis que ça fait deux mois que je suis aux soins intensifs, que je fais plusieurs arrêts cardiaques, bien là, ma demande médicale anticipée, ce serait : Ne me réanimez pas, ça ne serait pas : Donnez-moi l'aide médicale à mourir. Voyez-vous la nuance?

Ça fait que... Et là c'est pour ça que je pense qu'il faut vraiment s'attarder à notre projet qui est l'aide médicale à mourir. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de lien avec d'autres choses, ceci étant dit, là, naturellement, mais, pour moi, le fait de mettre «maladie grave et incurable menant à l'incapacité», je pense que ça fait en sorte aussi qu'on va vraiment baliser. On ne veut pas, là, que ce soit quelque chose qui soit ouvert, là, et offert si facilement que ça, on parle de la vie des gens. Alors, voilà.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Merci, Mme la Présidente.

Bien, si je peux me permettre, je partage ce souhait-là, que ce soit balisé. Évidemment, il faut être très prudents avec ça, puis je ne propose pas d'élargir davantage du tout, c'est plutôt... La question, ici, c'est plus : Qui va pouvoir remplir ce formulaire, finalement, de demande anticipée d'aide médicale à mourir?

J'avoue être assez sensible à ce qu'on nous a dit, que parfois le diagnostic venait trop tard pour être en mesure de le faire. C'est une crainte que beaucoup de gens ont. Beaucoup de gens ont vu ou accompagné un de leurs proches qui vivait cette situation-là, sont très bien équipés pour comprendre de quoi il en retourne, puis ils sont terrifiés à l'idée de passer par là eux-mêmes, puis ils voudraient pouvoir le dire à l'avance, exprimer leur souhait par rapport à ça.

Je vous soumets humblement que, là... je ne sais pas, je n'étais pas présente dans tous les travaux de la commission, peut-être que la députée de Roberval pourrait m'éclairer sur ce qui a été dit autour de ça pendant les travaux de la commission, mais moi, j'avoue que, dans la mesure où, là, il n'est pas question d'y avoir accès au sens de le faire, mais d'avoir accès au formulaire pour dire plus tard ce qui m'arrivera, je me questionne sur pourquoi l'accès au formulaire doit être aussi restrictif, c'est la question que je pose en ce moment. Parce qu'évidemment qu'au moment de l'appliquer, cette condition-là, pour moi, là, elle est essentielle, là, ce n'est pas ça que je veux soulever ici, mais, quand on me répond : Bien, c'est important que la personne soit déjà dans cette réflexion-là autour du diagnostic, puis tout ça, évidemment, pour certaines personnes, la réflexion va s'entamer au moment du diagnostic, pour d'autres personnes qui ont côtoyé de près certaines maladies, cette réflexion-là, elle est entamée bien avant, puis le risque de peut-être avoir un véritable diagnostic un peu tard, il existe.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc on est... nous sommes toujours sur l'article 29.1 proposé par... oui, proposé par l'article 18. Est-ce qu'il y a d'autres interventions? Oui, Dr Evoy.

M. Evoy (François) : Peut-être, Mme la Présidente, un commentaire. C'est sûr, c'est une situation qui peut survenir, mais c'est extrêmement rare. La maladie... la plupart des troubles neurocognitifs évoluent assez lentement, donc, et le moment où les gens deviennent inaptes à consentir... Les gens demeurent aptes à consentir pendant une bonne partie de la maladie, là, on parle... Dans la maladie d'Alzheimer, qui est la maladie la plus fréquente, même chez quelqu'un qui a un trouble modéré, donc, qui est très évident dans la vie de tous les jours, les gens vont souvent être capables... vont être encore aptes à consentir. À vrai dire, l'aptitude à consentir pour ce genre de soin là va probablement survenir assez précocement dans la maladie, j'ai l'impression, où les gens vont avoir eu le temps d'avoir cette réflexion-là.

Puis c'est un peu, je pense, ce que la Commission des soins de fin de vie recommandait, c'est que le diagnostic devait être posé pour que la réflexion sur le sujet puisse se faire, donne le temps à la personne de vraiment réfléchir sur ce qu'elle veut vraiment plutôt que, dans une demande anticipée... médicale anticipée, de dire : Bon, si ça m'arrive, un jour, de façon hypothétique, je veux que ce soin-là me soit donné. Et, comme le disait Mme la ministre, bien, on veut que ça demeure un soin d'exception. Alors, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de personnes qui soient lésées, en bout de ligne, par une recommandation telle qu'elle est formulée actuellement.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Mme la députée de Roberval.

Mme Guillemette : ...ça nous a été apporté aussi en commission spéciale, on en a longuement discuté, même les gens venaient nous dire : Bien, moi, si je fais un ACV, je voudrais être en mesure de demander l'aide médicale à mourir, faire une demande anticipée. Mais en fait c'est un gros processus, hein, faire... juste le formulaire, tu sais, ça demande une équipe médicale qui accompagne ces gens-là, donc on a les directives médicales anticipées qui sont là.

Et ce qu'on ne voulait pas faire, non plus, c'est de créer l'illusion qu'on allait avoir accès à l'aide médicale à mourir, puis, vous l'avez dit d'emblée, bien, laissons-leur remplir le formulaire, même s'ils ne rempliront pas les critères finaux. Donc, on ne voulait pas créer, non plus, l'illusion que les gens pourraient penser d'y avoir accès et de créer un goulot d'engorgement aussi, au niveau des professionnels, pour remplir le formulaire, parce que ce ne sera pas quelque chose d'une demi-heure, une heure, là, qu'on fera, ce sera un long processus accompagné par des professionnels.

Et il faut que... comme l'a dit le docteur tout à l'heure, il faut que ça demeure un soin d'exception, donc c'est pour ça que nous, les membres de la commission spéciale, on souhaitait ne pas aller là et qu'on a conservé le critère d'avoir déjà un diagnostic. Puis, comme vous l'avez dit, les gens qui vivent ça de près, de par de la famille proche, ils ont le temps de penser, puis, quand arrive le moment, ils sont prêts à rédiger puis ils savent qu'est-ce qu'ils veulent, qu'est-ce qu'ils ne veulent pas ou qu'est-ce que... Ça fait que, même si le laps de temps est quand même peut-être plus court un peu pour eux, ils auront, là, l'opportunité de remplir le formulaire. C'est un peu comme ça qu'on l'a travaillé.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Bien, merci. Je suis contente des réponses que j'ai obtenues. Je pense que c'est important de nommer, ici, les raisons pour lesquelles on prend des décisions comme celles-là. Donc, je remercie mes collègues pour la réponse.

La Présidente (Mme Schmaltz) : D'accord. D'autres interventions sur l'article 29.1? D'accord.

Bon, nous allons procéder à l'article 29.2, proposé par l'article 18. Mme la ministre, veuillez en faire la lecture, s'il vous plaît.

Mme Bélanger : Mme la Présidente, donc, l'article 29.2, à la page 28, pour mes collègues, donc, ça se lit ainsi, ça commence par :

«II. Conditions et autres dispositions relatives à la formulation de la demande anticipée».

Donc : «29.2. La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande anticipée et la consigner dans le formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

«Lorsque la personne qui formule la demande ne peut la consigner dans ce formulaire ou le dater et le signer parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, 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.»

Le commentaire est à la page 35 : L'article 29.2 reprend la règle importante prévue également dans le régime des demandes contemporaines, eu égard au fait que la personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même sa demande. La loi prévoira qu'à cette fin un formulaire de demande soit élaboré par le ministre.

Cet article permet à une personne qui ne pourrait rédiger physiquement sa demande anticipée d'avoir recours à un tiers pour ce faire, reprenant ainsi les dispositions de l'article 27 applicables dans le cadre du régime des demandes contemporaines.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Merci. Avons-nous des... Mme la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : Oui. Encore une fois, peut-être, ce n'est pas le bon moment, mais là je commence à avoir beaucoup de questions en ce qui concerne la formule. On a entendu beaucoup de recommandations en commission, avec les auditions, puis nous aussi, lors de la commission spéciale. Est-ce que, là, on parle de... Parce que la personne qui va remplir le formulaire, est-ce que c'est devant un notaire? Est-ce que c'est devant un médecin? Comment que ce serait rempli? Là, on introduit la notion du tiers. Est-ce qu'on a une définition de c'est qui, le tiers? Puis toutes ces questions, ça se peut qu'elles sont répondues dans d'autres articles, ça fait que, si c'est le cas, juste me rediriger à la bonne place.

Et peut-être plus précisément pour le 29.2, une troisième question que j'aurais, c'est... Là, on parle de la formulation, aussi, de la demande, il faut être apte, puis on parle du tiers de confiance, puis on parle de le dater et signer. Mais on a aussi entendu plusieurs recommandations, non seulement... en particulier des professionnels de la santé qui disaient qu'on devrait revoir. Ça fait que quand est-ce qu'on va introduire la notion de revalider que les critères qui sont écrits dans la demande anticipée sont toujours en vigueur, puis, bon... puis qu'il y ait une réflexion de la réalité? Ça fait que ces trois aspects, pour moi, peut-être, sont manquants un peu.

• (15 heures) •

Mme Bélanger : ...on est vraiment dans la formulation, mais à 29.8 on est vraiment dans le volet de l'acte notarié.

Mme Maccarone : Est-ce que c'est à 29.8 que nous allons aussi adresser le tiers?

Mme Bélanger : Le tiers se retrouve à un autre article. Si quelqu'un peut m'indiquer... Le tiers de confiance se retrouve à 29.7, si je ne me trompe pas... 29.6, 29.7 et... O.K., donc, ça commence à 29.6. 29.7 aussi, on parle du tiers de confiance... non, 29.6.

Mme Maccarone : 29.6.

Mme Bélanger : 29.6.

Mme Maccarone : Et, en ce qui concerne la fréquence de révision, est-ce que c'est ici que nous devons traiter... puis là je présume qu'il y a une ouverture, ça se peut que vous avez délibéré puis vous avez pris une décision de ne pas incorporer une révision, puis, si c'est le cas, bien, je souhaite savoir pourquoi. Mais, s'il y a une ouverture d'incorporer la notion d'une révision, à... quelle fréquence sera peut-être recommandée? Nous avons plusieurs experts qui

nous accompagnent. Je dirais que je suis plutôt favorable à ceci, tout dépendamment de la façon que nous allons remplir le formulaire, parce qu'on a aussi entendu qu'on souhaite que le processus soit accessible, facile. On ne veut pas amener une lourdeur non plus à nos professionnels, on ne veut pas que ce soit trop coûteux. Mais je peux comprendre aussi... après un trois ans, ça se peut que les... ce qu'on souhaite a évolué, changé, on parle quand même d'une fin de vie. Alors, comment est-ce qu'on voit ça pour s'assurer que la personne concernée est protégée, mais aussi qu'on fait ça d'une manière transparente, un accompagnement dans le processus? Ce n'est pas pour amener une lourdeur, mais c'est quand même un processus qui est sérieux.

Mme Bélanger : Oui. Mme la Présidente, en fait, là, tout ce qui concerne le volet du formulaire, la signature du registre va être traité un peu plus loin. Ça fait que je vous... là, je vous invite, à ce moment-là, là, à reprendre votre interrogation. On peut le prendre en note, là. Parce que, dans le fond, votre question vise la révision du processus. Est-ce qu'il est prévu une révision de la décision, de la... puis à quelle fréquence, si oui?

Mme Maccarone : J'aurais une demande de procédure d'abord, juste pour s'assurer qu'on a de la clarté. Parce que je comprends qu'on n'adopte pas, mais, dans notre processus dans la commission, quand on mettra fin au débat, habituellement, même si on n'a pas voté sur l'article parce que c'est un article qui est volumineux avec plusieurs aspects, on n'a pas le droit de revenir. Moi, je ne veux pas manquer une opportunité, si ce n'est pas plus tard, mais peut-être... c'est ici que nous devons insérer la notion de révision, d'avoir la permission de revenir. Je comprends, tout se fait avec le consentement. Je ne veux pas manquer une opportunité parce qu'on a dit : On clôt le débat, ça fait qu'on ne peut pas revenir pour modifier, si on dit que, dans le fond, ça devrait être ici qu'on le fait.

La Présidente (Mme Schmaltz) : ...on peut revenir dessus.

Mme Maccarone : Dès qu'on aura un consentement de faire ça, s'il y a lieu, là. Parfait.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'on a consentement?

Mme Bélanger : Ah oui, consentement, tout à fait.

Mme Maccarone : Parfait. O.K.

Mme Bélanger : Alors, consentement, oui, oui.

Mme Maccarone : O.K., parfait.

Mme Bélanger : En fait, j'ai pris la peine de l'annoncer au début, là, que cet article-là introduisait 19 autres articles, alors, c'est difficile d'avoir une vue globale, là, avec plusieurs pages et 19 articles. Mais les questions sont pertinentes, on les retrouve dans plusieurs articles, là, subséquents, puis sinon, comme je l'ai mentionné, les questions qui sont posées, on va y revenir pour y répondre.

Là, il y a une question précise dans votre intervention que je comprends qui est en lien avec : Est-ce que... Une fois que le formulaire est signé, bon, chez le notaire, est-ce qu'il y a une fréquence pour le réviser, ou bien c'est bon après jusqu'à tant qu'on le retire ou qu'on change d'idée?

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait. Avons-nous d'autres interventions sur l'article 29.2? Non? Donc, s'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons procéder, donc, à la mise aux voix de l'amendement. Non?

Une voix : ...

La Présidente (Mme Schmaltz) : On passe à 29.3? Parfait, d'accord. Bon, il n'y a pas d'amendement, c'est bon. Donc, nous allons passer à l'article 29.3.

Mme Bélanger : Alors, l'article 29.3 : «La personne qui formule une demande anticipée doit être assistée par un professionnel compétent.

«Avec l'aide de ce professionnel, la personne doit décrire de façon détaillée [...] sa demande les souffrances physiques ou psychiques qui devront être considérées...»

Non. Excusez, je reprends :

«Avec l'aide de ce professionnel, la personne doit décrire de façon détaillée dans sa demande les souffrances physiques ou psychiques qui devront être considérées, une fois qu'elle sera devenue inapte à consentir aux soins et qu'un professionnel compétent constatera qu'elle paraît objectivement éprouver ces souffrances, et ce, en raison de sa maladie, comme la manifestation de son consentement à ce que l'aide médicale à mourir lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues par la présente loi seront satisfaites.

«Le professionnel doit s'assurer que les souffrances décrites dans la demande remplissent les conditions suivantes :

«1° elles sont médicalement reconnues comme pouvant découler de la maladie dont la personne est atteinte;

«2° elles sont objectivables pour un professionnel compétent qui aurait à les constater avant d'administrer l'aide médicale à mourir.»

Les commentaires, à la page 35 : L'article 29.3 proposé par l'article 18 du projet de loi établit l'obligation pour la personne qui formule une demande anticipée d'être assistée, pour ce faire, par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée. C'est aussi cette disposition qui vient encadrer le contenu à caractère médical qui devra être énoncé dans la demande anticipée par la personne et avec l'assistance d'un professionnel compétent.

Et, Mme la Présidente, je voulais juste annoncer que j'aurai un amendement aussi.

La Présidente (Mme Schmaltz) : D'accord. Est-ce que vous voulez en faire la lecture?

Des voix : ...

La Présidente (Mme Schmaltz) : Il est sur Greffier.

Mme Labrie : En fait, je voulais poser la question à la ministre. Donc, par «professionnel compétent», j'imagine qu'on parle toujours, ici, du médecin et de l'IPS. Bon. Ici, il est question de formuler la demande, là, pas d'administrer l'aide médicale à mourir, donc je me demandais : Est-ce que ça a été réfléchi de peut-être faire en sorte que d'autres professionnels de l'équipe de soins puissent être cette personne-là qui accompagne la personne qui formule la demande? Je pense aux travailleurs sociaux, aux psychologues. Est-ce que ça a été réfléchi?

La Présidente (Mme Schmaltz) : Oui, allez-y.

Mme Bélanger : Bien, Mme la Présidente, en fait, ici, on parle de la responsabilité du... de l'intervention, de l'aide médicale à mourir comme telle, puis on a convenu que c'était un professionnel compétent, donc l'infirmière IPS et/ou le médecin.

Dans votre intervention, dans le fond, c'est : Est-ce que d'autres professionnels peuvent accompagner la personne, faire partie d'une équipe plus élargie? Bien sûr, mais ils ne sont pas compris dans le sens de «professionnels compétents», pas parce qu'ils ne sont pas compétents, là, mais dans ce que la loi sous-entend, là, ici.

Mme Labrie : En fait, le sens de ma question, c'était plutôt les personnes qui peuvent accompagner la personne au moment où elle formule la demande. Là, en ce moment, ce qu'on dit, c'est : juste un médecin ou une IPS. Je suis en train de vous demander : Est-ce que ça a été réfléchi de permettre aussi à d'autres professionnels? Je comprends qu'on ne les inclura pas, pour tout l'ensemble de la loi, dans la définition de «professionnel compétent». Moi, je ne suis pas en train de vous demander de leur permettre d'administrer l'aide médicale à mourir, mais, au niveau de les accompagner pour remplir le formulaire, il me semble probable que ces personnes-là puissent avoir l'expertise, là, d'accompagner une personne qui veut faire une demande anticipée dans la rédaction du formulaire. Donc, je vous soumets la question : Est-ce que ça a été réfléchi de permettre, par exemple, à des psychologues ou des travailleurs sociaux, au moment du formulaire...

Mme Bélanger : Donc, est-ce qu'un professionnel pourrait être impliqué, là, au moment de la signature, soit avec un... de remplir le formulaire soit avec l'IPS ou le médecin? Est-ce qu'un autre professionnel pourrait...

Des voix : ...

Mme Bélanger : Je ne vois pas de problème avec ça. Je ne sais pas si c'est nécessaire de l'écrire, c'est ce que je veux juste mentionner. Mais je vais laisser...

Mme Lavoie (Térèse) : En fait, l'article 29.3 vient donner l'obligation à un professionnel compétent de prêter assistance. Donc, c'est l'article qui vient camper le fait que la personne doit être assistée pour la formulation de sa demande. En ce moment, c'est vrai, c'est un professionnel compétent, comme on l'a défini dans la Loi concernant les soins de fin de vie. La personne, elle pourrait être accompagnée de d'autres professionnels de son choix si elle le souhaite, si elle donne son consentement, il n'y a rien... la loi ne l'interdit pas, là, il n'y a pas d'empêchement. Si elle souhaite être accompagnée par un travailleur social, un psychologue, il n'y en aurait... il n'y aurait pas de problème, si tout le monde est d'accord.

Mme Labrie : Juste pour m'assurer que je comprends bien votre réponse, dans le fond, quand vous dites qu'elle pourrait être accompagnée aussi, par exemple, par une travailleuse sociale, est-ce que c'est en plus de la présence d'un professionnel compétent?

Mme Lavoie (Térèse) : Oui, oui.

Mme Labrie : Donc, il faut que les deux soient dans la pièce. Tu sais, ça ne pourrait pas être en remplacement d'un médecin ou d'une IPS...

Mme Lavoie (Térèse) : Non.

• (15 h 10) •

Mme Labrie : ...mais, bon, donc ce serait possible qu'un autre, par exemple un professionnel plus en santé mentale, puisse être là, mais ça s'ajoute au professionnel compétent.

Mme Lavoie (Térésia) : Oui, exactement.

Mme Labrie : O.K. Bien, je comprends la réponse. Donc, ça n'exclut pas leur participation. Je me demande si c'est nécessaire que les deux soient présents, dans la mesure où peut-être qu'ils peuvent avoir l'expertise suffisante, là, pour les accompagner, sans qu'un médecin puis une IPS... ou une IPS soit présente, je vous le soumets, là. C'est sûr que ça impliquerait une rédaction différente, là, dans la mesure où on ne parle pas du même geste professionnel quand on parle de professionnel compétent, ici, là, que pour l'administration, mais je...

Mme Bélanger : Je veux juste être sûre de bien saisir, là. En fait, qu'est-ce que vous souhaitez? Je veux juste claire, là. Parce que, là, ici, on parle du professionnel compétent, donc c'est l'IPS ou le médecin. Et là je comprends votre intervention, mais j'ai perdu un bout, là, quand vous avez indiqué : Est-ce que c'est nécessaire qu'on...

Mme Labrie : C'est parce que la réponse que j'ai obtenue est à l'effet que, oui, un psychologue ou un travailleur social pourrait être présent. Cependant, comme c'est une obligation légale qu'il y ait un médecin ou une IPS, ce professionnel-là en santé mentale peut être présent, mais c'est comme en plus. Moi, je vous dis, peut-être qu'on pourrait envisager que c'est suffisant en soi, la travailleuse sociale ou le psychologue, pour aider la personne à remplir le formulaire; peut-être que vous trouvez que non, aussi. Mais je vous pose la question : Est-ce que ça doit... On ne parle pas de l'administration, ici, on parle de remplir le formulaire. Est-ce que ça doit absolument être un médecin ou une IPS qui se trouve dans la pièce avec la personne, ou on peut penser aussi à élargir la liste des professionnels qui peuvent le faire?

Mme Bélanger : Personnellement, je laisserais ça à «professionnel compétent» parce que, lors des consultations, vous vous souvenez, il y a des médecins qui nous ont dit qu'ils pouvaient prendre plusieurs heures à compléter le formulaire. Ça fait que supposons que quelqu'un décide de compléter son formulaire avec, je ne sais pas, moi, sa travailleuse sociale, on va dire ça comme ça, qui est compétente, par ailleurs, bien, le médecin va refaire l'exercice, là. Il faut... Moi, là, ce que je comprends là-dedans, là, c'est que le médecin ou l'IPS doivent avoir... ne peuvent pas juste faire faire un formulaire comme ça, là, ils vont être obligés de refaire l'exercice. Moi, personnellement, je laisserais ça à «personnel compétent».

Par contre, la personne qui s'en va... qui va pour rédiger son formulaire peut y aller avec un professionnel qu'elle connaît, en qui elle a confiance, aussi qu'elle connaît depuis longtemps, puis ça pourrait être une autre infirmière, même, une infirmière clinicienne, pas une IPS, mais une infirmière. Alors... Mais, dans le sens de ce qui est écrit là, puis je pense que tantôt vous l'avez mentionné aussi, là, Me Lavoie, dans le fond, c'est vraiment au moment de... tu sais, pour formuler la demande anticipée puis de le laisser avec un professionnel compétent, moi... parce qu'il ne faut pas oublier, là, qu'avec ça il va y avoir beaucoup de formation, là, alors c'est... Puis, je veux dire... Alors, d'après moi, ce n'est pas tous les professionnels qui peuvent les... Tous les professionnels peuvent probablement avoir... aider les personnes, les accompagner, mais je ne suis pas certaine que... Vous comprenez? Après ça, il va falloir former... Qui on va former pour ça, là?

Ça fait que je pense qu'il faut vraiment que ça soit vu comme quelque chose de très spécialisé. Il ne faut pas généraliser ça, là, dans l'ensemble, comme ça, du réseau. Alors, c'est pour ça que je limiterais ça aux personnes... aux IPS qui vont administrer l'aide médicale à mourir ainsi qu'aux médecins. Je le laisserais vraiment très, très circonscrit.

Mme Labrie : O.K. Bien, peut-être juste pour clore là-dessus, là, parce que je n'en ferai pas une énorme bataille non plus, moi, je ne proposais pas qu'il y ait un dédoublement, je proposais plutôt que ce soit en remplacement, là, du médecin, donc...

Mme Bélanger : Oui, c'est ça.

Mme Labrie : ...puis évidemment que je suis d'accord que ça va prendre une formation spécifique pour le faire. Après cette formation là, on pourrait... en fait, le critère pourrait être que le professionnel a suivi cette formation, sans que la liste soit limitative du titre «professionnel», mais évidemment que cette formation-là, elle m'apparaît nécessaire aussi. Après ça, si c'est le choix de la ministre de faire en sorte que ce soient seulement les médecins et les IPS qui la reçoivent, cette formation-là, bon, bien, c'est... ça, c'est le choix qu'elle fait, là.

Mme Bélanger : O.K. Si vous permettez, Dr Evoy pourrait...

La Présidente (Mme Schmaltz) : ...

M. Evoy (François) : Bien, peut-être juste un petit commentaire. C'est sûr que l'aide médicale à mourir est un soin médical, puis évidemment, déontologiquement, les médecins et les IPS, qui sont les responsables, finalement, d'administrer le soin, en bout de ligne, doivent expliquer au patient, donc obtenir le consentement éclairé, et évidemment ils doivent aussi juger de l'aptitude à consentir. Donc, ça demande un niveau, quand même, de formation professionnelle qui

va être assez élevé, et c'est un peu la responsabilité de... du personnel compétent... du professionnel compétent, pardon, de remplir le formulaire et qu'il doit y avoir une connaissance de la clinique aussi, de la maladie, spécifiquement, pour pouvoir faire en sorte que la demande soit extrêmement précise pour pouvoir respecter les volontés. Donc, c'est certain que d'élargir ça... Parce que je pense que même pas tous les médecins et IPS vont se sentir compétents pour le faire, sincèrement. Donc, je pense que ça prend un niveau de compétence assez important pour éviter les dérives, parce qu'il y a ça aussi, là, comme problématique, éventuellement. Donc, je suis assez d'accord avec Mme la ministre à ce sujet-là.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Vous vouliez intervenir?

Mme Bélanger : Ça va pour moi, c'est complet.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Ah! d'accord. Parfait.

Pour votre information, les amendements déposés sur Greffier ce matin ont été remplacés par les versions avec commentaires. Donc, de nouveaux amendements ont aussi été versés, alors... pour votre information.

Est-ce qu'on a d'autres interventions? Oui, Mme la députée de...

Mme Blais : ...

La Présidente (Mme Schmaltz) : ...Abitibi-Ouest.

Mme Blais : Concernant les professionnels compétents, est-ce qu'on aurait pu rajouter «médecins et IPS» pour être plus clair? C'est une question que je me pose.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Allez-y.

Mme Bélanger : Oui. Bien, en fait, peut-être que les avocats, là, pourront compléter, mais, quand on parle de professionnel, ici, compétent, on l'a mentionné lors des articles antérieurs, «professionnel compétent», ici, fait référence... médecin et IPS, O.K., donc... et ça a été traité dans un des articles. Ça fait que, donc, maintenant, pour les... tous les articles que nous étudions, à toutes les fois qu'on voit «professionnel compétent», ça fait référence à ce qu'on a adopté, là, dans les articles antérieurs.

Mme Blais : Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce que vous voulez lire l'amendement?

Mme Bélanger : Oui, je vais y aller avec l'amendement.

Donc, amendement à l'article 29... l'article 18, article 29.3 de la Loi concernant les soins de fin de vie :

À l'article 29.3 de la Loi concernant les soins de fin de vie, proposé par l'article 18 du projet de loi :

1° remplacer, dans le deuxième alinéa, «souffrances physiques ou psychiques» et «paraît objectivement éprouver ces souffrances, et ce, en raison de sa maladie, comme la manifestation» par, respectivement, «manifestations cliniques liées à sa maladie» et «présente ces manifestations, comme l'expression»;

2° dans le troisième alinéa :

a) remplacer, dans ce qui précède le paragraphe 1°, «souffrances» par «manifestations cliniques»;

b) remplacer, dans le paragraphe 1°, «découler de» par «être liées à»;

c) remplacer, dans le paragraphe 2°, «objectivables pour» par «observables par».

Commentaires — je vais lire le commentaire : L'amendement est d'abord un amendement de concordance avec l'amendement ayant apporté des modifications à l'article 29.1 de la Loi concernant les soins de fin de vie, proposé par l'article 18 du projet de loi.

Il a pour but de préciser qu'une personne qui formule une demande anticipée doit, avec l'aide d'un professionnel compétent, décrire de façon détaillée les manifestations cliniques liées à sa maladie. Une fois la personne devenue inapte et que ces manifestations seront constatées par un professionnel compétent, elles seront considérées comme l'expression du consentement de la personne à ce que l'aide médicale à mourir lui soit administrée lorsque toutes les autres conditions prévues à la loi seront satisfaites.

De plus, l'amendement vise à préciser, au deuxième alinéa de l'article 29.3 de la Loi concernant les soins de fin de vie, proposé par l'article 18 du projet de loi, que les manifestations cliniques détaillées dans la demande anticipée doivent être observables par un professionnel compétent.

• (15 h 20) •

La Présidente (Mme Schmaltz) : D'accord. Est-ce qu'on a des interventions? On peut suspendre quelques instants. Ah! Mme la députée de D'Arcy-McGee.

Mme Prass : Je comprends que vous voulez remplacer — excusez-moi — la notion de «souffrances physiques ou psychiques» par «manifestations cliniques», mais antérieurement, pour l'article 29.1, on évoque encore la notion de «souffrances physiques ou psychiques». Donc, je suggère, pour que ça soit cohérent, que partout où vous avez «souffrances», ça se remplace plutôt par «manifestations cliniques», si c'est ça que vous voulez plutôt évoquer.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Vous voulez suspendre...

Mme Bélanger : On va suspendre, s'il vous plaît.

(Suspension de la séance à 15 h 21)

(Reprise à 15 h 23)

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, nous reprenons l'étude détaillée. Mme la ministre.

Mme Bélanger : Oui. Mme la Présidente, je demanderais à Me Lavoie de répondre à l'intervention de ma collègue.

Mme Lavoie (Térésia) : Oui. Alors, si j'ai bien compris votre question, au début, dans le projet de loi tel que déposé, on évoquait les souffrances décrites dans la demande de la personne puis on évoquait aussi, pour le moment deux, «les souffrances qui sont jugées persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions jugées tolérables». On a modifié par amendement, tantôt, à 29.1, la référence à «souffrances décrites dans la demande» pour que ce soit plus fidèle à la réalité, à ce qui va se passer pour la personne lorsqu'elle va compléter la demande. Ce qu'elle va décrire, c'est des manifestations cliniques liées à la maladie qui vont, pour elle, lorsqu'elles vont apparaître, constituer, je vais dire ça comme ça, le consentement qu'elle donne pour recevoir l'aide médicale à mourir, éventuellement, lorsque toutes les autres conditions prévues dans la loi vont être prévues... ou respectées.

Il reste une notion de souffrance, parce qu'en bout de piste, avant l'administration de l'aide médicale à mourir, il peut y avoir un délai, là, entre la manifestation clinique de la maladie... entre les manifestations cliniques de la maladie qu'elle va avoir identifiées dans sa demande, mais il faut aussi qu'elle éprouve des souffrances persistantes, insupportables et jugées intolérables, là, qui ne peuvent pas être apaisées dans des conditions jugées tolérables. Donc, on a le critère des manifestations cliniques et le critère de souffrances.

Puis je vous ramènerais à l'article 1 de la loi, où on parle de l'objet de la loi. L'objet de la loi, c'est de prévoir des soins qui visent notamment à apaiser des souffrances. Donc, dans le contexte des maladies qui sont admissibles à l'aide médicale à mourir, il y a nécessairement une souffrance qu'on veut apaiser. Mais, à l'étape de la demande, on ne demande pas... on ne demandera pas à la personne de venir décrire les souffrances qu'elle ne veut pas vivre, mais bien plutôt les manifestations cliniques qui pour elle vont représenter le consentement à recevoir l'aide médicale à mourir. C'est pour ça qu'il va demeurer une notion de souffrance dans les articles, parce qu'on est, à ce moment-là, à l'étape d'avant l'administration de l'aide médicale à mourir, ce que le médecin doit vérifier ou le professionnel compétent devra vérifier.

La Présidente (Mme Schmaltz) : D'accord. D'autres interventions? Mme la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : Oui, merci. Je veux revenir à la pratico-pratique. Là, on parle de... puis c'est dans le texte modifié, mais c'est aussi dans l'article en question. Ça fait que, si vous le permettez, c'est «la personne qui formule une demande anticipée doit être assistée par un professionnel compétent», je sais qu'on a adressé ça, puis j'avais demandé comment ça va se produire sur le terrain pour une personne concernée. Ça fait que je souhaite savoir... Exemple, moi, là, je souhaite faire une demande anticipée... Puis la raison que je pose cette question, parce... c'est parce que je suis allée plus loin, puis au 29.8 on dit que ça doit être fait «par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire visé» dans l'article que nous avons déjà discuté... dans le formulaire que nous avons déjà discuté.

Ça fait que c'est quoi, la pratique? Comment ça va fonctionner? Permettez-moi d'être un peu mêlée, parce que j'ai l'impression qu'on le fait avec un professionnel de la santé qui va tout décrire avec moi, qui va faire toutes les validations, mais maintenant, après qu'on fait ça, est-ce que ça va être notarié? Ça va être quoi, le processus? Parce que ce n'est pas clair pour moi. Est-ce qu'on pense que le notaire va suivre? Est-ce qu'il va être présent à cette réunion, qui peut être très, très longue? C'est quoi, le processus pour ça?

Mme Bélanger : Peut-être juste mentionner... Votre interrogation est très pertinente, mais là on est dans le processus, on est dans le cheminement, dans... Tandis que là, dans... le projet de loi ne décrira pas un processus, va décrire des articles, O.K.? L'application, après, ça va être dans des guides cliniques, ça va être dans l'explication d'une procédure clinique, mais la loi ne décrira pas tout le processus : Premièrement, vous devez faire telle chose; après ça, vous allez faire telle affaire; après ça, vous allez là. En tout cas, ce n'est pas comme ça que je comprends la loi. Je comprends votre interrogation, là, mais ce n'est pas comme ça que le projet de loi est bâti, là. Ce n'est pas par étapes, là, de dire : Vous allez faire ci, puis après ça on va aller là. Ce n'est pas comme ça qu'est bâti le projet de loi. Peut-être, Me Lavoie, là, vous pouvez donner une explication. Je comprends vos interrogations, là, ce n'est pas évident de faire une réflexion article par article comme ça, un en arrière de l'autre, là, je le comprends très bien.

Mais là on était à l'article 29.3, O.K.? Je voudrais juste qu'on revienne à ça, parce que ça va être très difficile, en termes de méthodologie, là. Mais l'article 29.3, là, vise vraiment la demande anticipée. Là, on a eu une question sur la souffrance, on a répondu à ça. Dans le fond, ce qu'on comprend, tantôt, de l'explication, c'est que c'est difficile de décrire une souffrance qu'on n'a jamais connue, O.K., donc la personne va décrire des... C'est dans ce sens-là, là aussi. Ça fait qu'on comprend que c'est pour ça, là, qui... Mais là, après, pour votre... par rapport à votre intervention, là, sur le processus, ce n'est pas l'article 29.3, là, qui peut répondre à ça, là, ça, c'est clair.

Mme Maccarone : J'aurais besoin d'une clarification. Peut-être, c'est parce que j'ai besoin de savoir... Sur le terrain, là, une personne qui ferait la demande, je veux que ça soit clair, est-ce qu'on propose, ici... Parce que, encore une fois, je ne veux pas manquer une opportunité. Si c'est maintenant que nous devons vider la question, faisons-le. Est-ce que c'est plus tard? Parce que, comme j'ai dit que je vois, là, le 29.8, la demande anticipée doit être faite par acte notarié, mais je comprends aussi, quand on parle de... je vais utiliser le bon terme, là, nous sommes en train de parler de mettre à l'oeuvre, «right»? On parle aussi de faire avec le professionnel. Comment ça va fonctionner? Peut-être, ce n'est pas tout écrit article par article. Ce n'est pas mon premier rodéo, je sais que des fois c'est mêlant, puis on fait par blocs, ça se peut que, tu sais, ça va être traité plus tard. Mais, pratico-pratique, pour une personne qui fait la demande, ça va être quoi? Tu sais, il y a des gens qui nous écoutent. Puis je commence à être mêlée. Est-ce qu'on fait ça avec un professionnel? Est-ce qu'on fait ça avec un notaire? Est-ce que c'est parce que c'est fait ensemble? Ce serait quoi, le processus qui est proposé pour les conditions?

• (15 h 30) •

Mme Lavoie (Térésia) : En fait, sur le plan juridique, plus, moi, je peux tenter de vous donner quelques grandes lignes d'éclairage. C'est certain que, dans la loi, on a tenté, quand on a rédigé, de faire une certaine chronologie. C'est sûr qu'une loi, ce n'est pas un guide ou une ligne du temps, on ne peut pas tout faire ressortir. Ça, c'est... Mais par contre il y a quand même quelques éléments clés qui apparaissent dans la loi qu'on... On peut voir le cheminement, là, une étape vient avant l'autre.

Le premier point de départ, puis on l'a ciblé à l'article 29.1 tantôt, on l'a soulevé, le diagnostic est vraiment fondamental pour la formulation de la demande. Ça, c'est certain que tout ce qui précède le diagnostic, on ne l'a pas, c'est la personne qui va recevoir les soins dans le cours ordinaire de sa vie qui va un jour avoir un diagnostic. A ce moment-là, ça va être aussi la responsabilité ou la possibilité pour le médecin de voir avec elle les traitements qui sont à sa disponibilité, puis, si l'aide médicale à mourir est un soin qui peut l'intéresser, le médecin va pouvoir en discuter avec la personne. Évidemment, dans une... dans leur relation thérapeutique, ils peuvent aborder ces sujets-là. La loi, ce qu'elle vient faire, elle vient parler du formulaire, parce que c'est là que les droits commencent à se cristalliser, de la personne. Donc, les premiers articles, je dirais, 29... permettez-moi de me référer à mes petits papiers pour bien vous orienter, 29.2 vient un peu camper les obligations liées à la personne, sa capacité, en fait, de formuler la demande : pas de capacité, pas de possibilité de demande. 29.3, là, c'est l'étape où on parle de l'assistance nécessaire par un professionnel compétent. C'est la base, s'il n'y a pas de rencontre médicale avec... bien, ou avec une infirmière praticienne spécialisée qui donne l'assistance, bien, la demande ne pourra pas voir le jour, autrement dit. 29.4, on voit les...

Mme Maccarone : Ce n'est pas pour vous interrompre, je veux juste ajouter une précision, ici...

Mme Lavoie (Térésia) : Oui, allez-y.

Mme Maccarone : ...à 29.3, c'est parce qu'on dit «avec l'aide de ce professionnel, la personne doit décrire de façon détaillée», peut-être, c'est ici que... qui crée le manque de compréhension pour moi. Ça fait que ça veut dire, dans mon cheminement avec l'IPS ou mon neurologue expert qui... C'est rare qu'on a un médecin qui nous accompagne en commission. Dr Evoy, merci, on est contents de vous avoir. Ça fait que je vais remplir un formulaire qui va être détaillé, qui va décrire toutes les souffrances, puis là vous... Ça fait que, là, je suis bien... là, je suis en train de remplir quelque chose avec le médecin. O.K. Ça fait que j'ai bien compris.

Mme Lavoie (Térésia) : En fait, ce que... peut-être un élément que je pourrais vous ajouter, là, à 29.2, on ne l'a peut-être pas soulevé tout à l'heure, là, mais on parle bien d'un formulaire prescrit par le ministre. Donc, il va y avoir une étape qui va être effectuée, du côté gouvernemental, là, si je peux dire ça comme ça. Le ministre va établir le gabarit pour la demande anticipée, comme il l'a fait pour la demande contemporaine. Là, la réflexion autour du contenu du formulaire va être faite, à ce moment-là, de façon officielle, puis ça va être concrétisé plus tard aussi.

Mme Maccarone : Une autre question. Comme vous le savez, on avait fait la demande à maintes reprises de savoir si nous pouvons le voir avant l'adoption de la loi, puis c'est qui qui sera consulté, comment que nous allons contribuer, parce qu'on peut imaginer que c'est complexe, mais... Continuez.

Mme Lavoie (Térésia) : Si vous me le permettez, juste pour continuer, tout à l'heure, ce que j'essayais de vous mentionner pour les autres articles, c'est ça, 29.4, 29.5, c'est beaucoup en lien avec le moment où ça se passe entre le professionnel et la personne. 29.6, on parle du tiers de confiance, parce que lui aussi, il doit apparaître rapidement s'il est pour être dans le processus de la demande, pour l'épauler dans son cheminement.

Puis votre question sur acte notarié, et tout ça, comment ça se passe, qui est présent, ça se passe à 29.8, où là on vient dire la forme de la demande. Il y a le formulaire, mais le formulaire peut être complété devant témoins. Puis, à 29.9, on dit que toutes les personnes qui doivent signer le formulaire, dont les deux témoins, doivent être présentes lors de la signature devant le notaire, ça va être une autre façon de procéder, puis, quand on sera rendus à 29.8, on pourra peut-être élaborer davantage sur comment ça pourrait se faire, là, avec le... quand il y a un notaire qui est impliqué.

Mme Maccarone : Ça fait partie des étapes, si on est ici puis on parle de le document qui sera préparé avec le professionnel identifié, ce document, il y a un registre, et c'est écrit dans le dossier du patient. Ça, ça réside où? Puis c'est qui qui y a accès? Puis est-ce que je dois amener ça avec moi à mon notaire? Non, ce n'est pas ça, peut-être juste les premières questions.

Mme Lavoie (Térèse) : Dans la chronologie de la loi, on est venu parler de la forme devant témoins, acte notarié, puis ensuite on a un autre article où on vient obliger le dépôt de la demande dans le registre par le professionnel compétent ou par le notaire instrumentant. Puis, dans le fond, le notaire, on pourra le voir plus tard en l'exposant davantage, mais ce n'est pas impossible qu'il soit dans le même bureau que le professionnel compétent au moment où la demande se fait avec le personnel compétent. Puis parce qu'on... il y avait d'autres considérations sur la disponibilité de tout un chacun puis essayer de pas rendre les processus lourds, ça va être aussi possible de faire ça après avec le notaire instrumentant, puis ça va être avec le professionnel compétent, mais la personne va pouvoir prendre ce qu'elle aura complété avec son professionnel compétent, aller faire notarié ou pas, ou prévoir par acte notarié son formulaire qui va être annexé à l'acte notarié. Donc là, je pourrais dire que ça se passe en deux temps, mais ça ne demeure pas moins valable, une demande en bonne et due forme.

Mme Maccarone : Merci. C'est beaucoup plus clair, puis à moins que je n'avais pas compris en commission parlementaire... aux auditions, moi, j'avais compris que les professionnels de la santé avaient quand même une crainte avec toute cette documentation. Alors, peut-être, Dr Evoy, vous pourriez nous dire comment vous, vous voyez ça, le registre, puis comment ça va être mis en vigueur, le pratico-pratique pour vous, parce que, là, on comprend que vous faites partie... une grande partie de l'étape, avant qu'on procède à le 29.8, parce qu'ici c'est vous, ça fait que, là, je reviens vraiment à 29.3. Merci beaucoup de me situer, Me Lavoie, c'est apprécié.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Dr Evoy.

M. Evoy (François) : Mme la Présidente, bien, à vrai dire, la documentation va être très, très importante. Vous avez vu, le processus doit être balisé, là, de façon parfaite, et à la fin, bien, la documentation doit être disponible. Et heureusement on a déjà les directives médicales anticipées qui sont disponibles, là, sur une base de données, puis maintenant qui est disponible sur le Dossier santé Québec. Je crois, ce qui est prévu, c'est que les directives médicales anticipées pour l'aide médicale à mourir soient disponibles aussi sur les mêmes plateformes. Alors, peu importe où on va aller... Puis il y avait même la possibilité qu'on puisse rajouter une petite... un petit collant sur notre permis de conduire ou notre carte d'assurance maladie, donc, pour faire savoir à tous qu'il y a une demande d'aide médicale à mourir par directive médicale anticipée pour cet individu, puis, pour nous, c'est... ça va faciliter vraiment les choses, définitivement, et pour le patient, évidemment.

Mme Maccarone : Merci.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Quelque chose à rajouter? Oui.

Mme Bélanger : Mme Landry aimerait compléter aussi la réponse.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Allez-y.

Mme Landry (Geneviève) : Merci, Mme la Présidente, et merci, Dr Evoy.

En complément, la vision que Dr Evoy vient de nous présenter, c'est vraiment la vision. Concrètement, une fois le projet de loi adopté, là, sous la prérogative des parlementaires, le formulaire, d'une part, sera déposé dans un registre à la RAMQ. C'est le même registre qui contient actuellement les directives médicales anticipées. Donc, il y a déjà un endroit prévu pour déposer. Et, dans une vision de long terme, bien, effectivement, il y a d'autres moyens.

Par ailleurs, le formulaire, quant à son contenu, évidemment, le but n'est pas, là, de le décrire ou de le prescrire, ici. J'entends bien les préoccupations. Ce que les professionnels nous rapportaient, c'était un équilibre entre certaines cases, mais en même temps une trame narrative pour bien reconnaître, justement, les manifestations cliniques dont on parle. Donc, c'est toute la préoccupation qui habite, actuellement, là, justement, les réflexions par rapport à un tel formulaire. Donc, effectivement, on a entendu cet écho-là des professionnels lors des auditions, puis ce sera le défi, tout comme le premier formulaire qui existe actuellement pour les demandes contemporaines. Donc, c'était, bien entendu, cette mixité, cet équilibre dans le formulaire. Merci.

La Présidente (Mme Schmaltz) : D'autres interventions sur l'amendement?

Donc, s'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons procéder à la mise aux voix. L'amendement à l'article 18, 29.3 est-il adopté?

Des voix : ...

Mme Maccarone : ...les amendements, oui, excusez-moi, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Oui, l'amendement.

Mme Maccarone : Vous avez tout à fait raison, oui.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, c'est adopté?

Mme Maccarone : Oui.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait. Alors, nous allons passer à l'article 29.4. Mme la ministre.

• (15 h 40) •

Mme Bélanger : Alors, oui. Donc : «29.4. Le professionnel compétent qui prête assistance à la personne doit :

«1° être d'avis qu'elle satisfait aux conditions prévues au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 29.1 et que sa demande est faite conformément à l'article 29.2, 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 vérifiant qu'elle a bien compris la nature de son diagnostic et en l'informant de l'évolution prévisible de la maladie et du pronostic relatif à celle-ci, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;

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

«d) 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 souhaitait contacter.»

Pour ce qui est du commentaire, donc : L'article 29.4 proposé par l'article 18 du projet de loi est une disposition qui encadre, en quelque sorte, la manière dont le professionnel compétent doit prêter assistance à la personne qui formule une demande anticipée. Essentiellement, un tel professionnel doit faire des vérifications quant au caractère libre et éclairé de la demande anticipée de la personne.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'on a des interventions sur l'article 29.4? Mme la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : Oui. Pourquoi l'utilisation de la terminologie «ses proches»? On a entendu le Barreau qui a dit : Peut-être, ce serait mieux d'utiliser une terminologie qui est plus neutre, comme «la personne identifiée». On a eu beaucoup de débats, quand nous avons entendu les groupes qui sont venus, que ça se peut que ce n'est pas un proche, nécessairement. Alors, est-ce qu'il y a une ouverture de peut-être amender cette terminologie pour être plus neutre, pour donner... Parce qu'un proche, pour moi, en tout cas, ça identifie un membre de la famille, un ami, mais ça se peut que ce serait autre personne. Pour une personne qui est plutôt seule, par exemple, on a dit que ça pourrait être identifié comme une personne qui représente un corps professionnel, un médecin, le travailleur social. Ce n'est pas nécessairement un proche, mais c'est un professionnel qui fait partie de ma vie. Ça fait que le Barreau ont recommandé, dans leur mémoire, d'utiliser plutôt «personne identifiée», ça fait que je soumets que peut-être c'est un endroit où nous pourrions amender.

Mme Bélanger : Bien, peut-être, Mme la Présidente, étant donné, là, que ma collègue fait référence à des commentaires qu'on a entendus, là, de la part du Barreau, je laisserais répondre, donc, Me Lavoie, là, concernant la notion de proche, qui est, quand même, pour moi, quand même assez englobante, là, mais je vais laisser Me Lavoie.

Mme Lavoie (Térèse) : Oui. Juste pour renchérir sur ce que la ministre vient de mentionner, c'est vrai que, dans certaines lois, on va dire «un proche parent» ou «un allié», ça, c'est un concept qui serait vraiment précis, là, plus restrictif, je dirais, alors qu'ici on a utilisé uniquement la notion de proche. Si je ne me trompe pas, je n'ai pas eu le temps de regarder avant de répondre à votre commentaire, mais on l'utilise aussi à l'article 26, le proche. Puis le proche, ça peut être le proche au sens que la personne donne à ce terme-là, ce n'est pas proche... On ne l'a pas défini, «proche», il est vraiment interprété largement, là. Donc, ça pourrait être toute personne que la personne elle-même considère comme étant un proche.

Mme Maccarone : Les membres de la commission aussi suggèrent de faire ce changement, par contre, de ne pas utiliser «proche», puis de plutôt, dans...

Une voix : ...

Mme Maccarone : Merci. Tout le monde sait de quoi je parle. Eux aussi disent que c'est trop restrictif puis ils proposent d'utiliser plutôt «personne identifiée». Ça fait que ce n'est pas juste un groupe. Ça fait que je comprends, peut-être... On n'a pas adopté le 26, ça fait que, peut-être, ce serait un amendement que nous pourrions aborder dans les deux endroits, encore une fois, pour être plus... bien, pas transparent, mais plus neutre dans la définition. Parce que, si on ne définit pas «proche», je comprends, mais c'est peut-être un langage qui est plus inclusif. Voilà.

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

Mme Maccarone : Si on n'a pas une réponse, on pourra déposer un amendement. C'est juste qu'avant de créer un amendement, peut-être... Parce que je sais que Mme la ministre puis l'équipe sont en train de regarder plusieurs choses. Est-ce que ce serait un élément qui serait aussi étudié?

Mme Bélanger : En fait, peut-être, si vous permettez, je pense que, moi, ce que je demanderais à l'équipe, j'aimerais savoir une définition, tu sais, parce que, dans le fond, ils nous ont suggéré un autre mot, qui est la «personne identifiée». Personnellement, moi, je trouve ça plus... «Personne identifiée», je trouve que ce n'est pas le même sens que «proche» pour moi, c'est une personne identifiée. Ça fait que, donc, j'aimerais ça peut-être, pour qu'on... pour ne pas allonger nécessairement le débat, là, votre commentaire est pertinent, mais je pense que, pour nous éclairer, étant donné que c'est le Barreau, on pourrait reprendre à quel moment ils nous ont dit ça, là, lors des consultations particulières. Puis moi, j'aimerais avoir la définition. Bien, je sais, c'est quoi, une personne identifiée, mais la notion de proche me semble quelque chose de plus englobant. Alors, j'aimerais peut-être avoir la définition de «proche» puis on pourra le reprendre, à ce moment-là.

Mme Maccarone : Pendant que l'équipe est en train de réfléchir, suggestion que ça peut être les deux, ça peut être «proche et/ou personne identifiée». Ce serait peut-être un moyen d'adresser la préoccupation.

Mme Bélanger : Oui, pour le laisser, dans le fond... Parce que, on le sait, on est dans un... on est dans l'aspect légal.

Mme Maccarone : Oui, tout à fait. Je ne suis pas contre l'idée de «proche», c'est juste pour s'assurer qu'il y a quand même une inclusivité. Je serais très à l'aise d'avoir un amendement qui inclut les deux.

Mme Bélanger : Bien, je pense que ça, c'est intéressant, là, donc, un amendement indiquant «proche et/ou personne identifiée», quelque chose comme ça, là, vous verrez dans le... comment le libeller, mais je pense que, oui, ça donne plus de...

Mme Maccarone : Est-ce qu'on écrit l'amendement ou est-ce qu'on se fie sur votre équipe? Je vois Me Bérubé en train de partager son accord en arrière.

Mme Bélanger : Bien, on peut... Donc, on suspend, on écrit et on vous redonne le tout.

Mme Maccarone : Parfait. Merci.

La Présidente (Mme Schmaltz) : O.K. Donc, on suspend.

(Suspension de la séance à 15 h 46)

(Reprise à 16 h 06)

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, nous allons poursuivre l'étude détaillée du projet de loi n° 11.

Nous avons reçu, donc, l'amendement, parfait, et, la lecture, je pense que c'est Mme la députée de Westmount—Saint-Louis.

Mme Maccarone : Merci. Alors, article 18, article 29.4 de la Loi concernant les soins de fin de vie : Remplacer le sous-paragraphe d du paragraphe 1° de l'article 29.4 de la Loi concernant les soins de fin de vie, proposé par l'article 18 du projet de loi, par le sous-paragraphe suivant :

«d) si elle le souhaite, en [entretenant à] sa demande avec ses proches ou avec toute autre personne qu'elle identifie;».

Alors, le texte modifié de l'article 29.4 se lira... O.K., il faut que je lise le tout :

«29.4. Le professionnel compétent qui prête assistance à la personne doit :

«1° être d'avis qu'elle satisfait aux conditions prévues au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 29.1 et que sa demande est faite conformément à l'article 29.2, notamment :

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

«b) en [assurant] auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en vérifiant qu'elle a bien compris la nature de son diagnostic et en l'informant de l'évolution prévisible de la maladie et du pronostic relatif à celle-ci, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;

«c) en [entretenant à] sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;

«d) si elle le souhaite, en s'entretenant [à] sa demande avec ses proches ou avec toute autre personne qu'elle identifie;».

La Présidente (Mme Schmaltz) : Interventions?

Mme Maccarone : La seule chose que je rajouterais, que je remercie Mme la ministre, et son équipe, et surtout Me Bérubé pour sa belle plume pour la rédaction de cet amendement. Merci.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait. Donc, s'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons procéder à la mise aux voix. L'amendement à l'article 18, 29.4 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, l'article... l'amendement à l'article 29.4 est adopté. Alors, nous allons passer à l'article 29.5.

Mme Maccarone : Mme la Présidente, il y avait aussi une autre question qui a été soulevée lors des auditions par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, qui propose de changer le... puis, dans le fond, on aurait dû peut-être le proposer avant, de changer le «des» pour «les», devant «membres de l'équipe de soins». Puis ceux qui ont décrit leur explication de pourquoi ils souhaitaient avoir cet amendement, l'objectif, c'est de renforcer la disposition pour assurer la prise en compte de l'opinion professionnelle des autres membres de l'équipe soignante, dont le travailleur social, le tout dans le meilleur intérêt de la personne.

• (16 h 10) •

La Présidente (Mme Schmaltz) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : En fait, j'aimerais juste, si vous permettez, reprendre, là, parce que je n'ai pas compris exactement ce qui est demandé.

Mme Maccarone : Selon l'Ordre des travailleurs sociaux, ils proposent, dans le point c du 29.4, le 1^o, quand on dit «en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle», eux, ils proposent qu'on utilise «les» au lieu de «des» parce que, selon eux, ça va s'assurer que l'opinion professionnelle des autres membres de l'équipe soignante, entre autres, eux, je présume... de s'assurer qu'ils feront partie de la discussion, ce serait fait dans le meilleur intérêt de la personne. Ça fait qu'ils souhaitent avoir l'inclusivité, je pense, des personnes qui pourront s'entretenir.

Mme Bélanger : En fait, je ne suis pas en faveur de remplacer «des» par «les» parce que, pour moi, ça inclut, là, l'ensemble des membres de l'équipe de soins, les travailleurs sociaux, comme les psychologues, comme d'autres catégories de professionnels. «En s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe» ou «avec les membres», je trouve que, quand on dit «les membres», ça vient spécifier davantage plus quelque chose, puis là je pense qu'au contraire il faut laisser ça assez large, là, au niveau de l'équipe interdisciplinaire. Moi, je laisserais «avec des membres de l'équipe».

Une voix : ...

Mme Bélanger : Oui, effectivement, ça pourrait être même avec un autre médecin, par exemple un médecin spécialiste, etc., là. Ça fait que moi, je laisserais «des membres», «avec des membres».

Mme Maccarone : Ça fait que, dans le fond, l'esprit du législateur, ça inclut toutes les personnes, ça fait que ça ne changerait rien à mettre «les» au lieu de «des».

Mme Bélanger : Oui, puis ça va dans le sens de l'intention qu'ils avaient, là, dans leur intervention.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Ça va?

Mme Maccarone : Oui, merci.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce qu'on a d'autres interventions sur l'article 29.4? Non? Donc, s'il n'y a pas d'autre intervention, nous allons passer à l'article 29.5.

Mme Bélanger : L'article 29.5 : «Le professionnel compétent qui prête assistance à la personne doit l'aviser que sa demande anticipée, formulée dans le respect de la présente loi, ne conduira pas automatiquement à l'administration de l'aide médicale à mourir. À cette fin, il doit notamment l'informer de ce qui suit :

«1^o la constatation éventuelle qu'elle paraît objectivement éprouver des souffrances décrites dans sa demande ne permettra pas à elle seule l'administration de l'aide médicale à mourir;

«2^o cette aide ne pourra lui être administrée que si deux professionnels compétents sont d'avis que les deux conditions suivantes sont respectées :

«a) elle paraît objectivement éprouver des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables;

«b) elle satisfait à toutes les autres conditions prévues au paragraphe 2^o du premier alinéa de l'article 29.1;

«3^o la possibilité de retirer ou de modifier sa demande anticipée et les conditions et modalités applicables à ce retrait ou à cette modification.

«Le professionnel compétent doit s'assurer de fournir l'information prévue aux paragraphes 1^o à 3^o du premier alinéa de manière claire et accessible à la personne.»

D'accord, commentaires, donc, je suis à la page 37, pour mes collègues. Alors : L'article 29.5 a pour objet d'affirmer clairement que les souffrances décrites par la personne dans sa demande anticipée n'entraînent pas

systématiquement et à elles seules l'administration de l'aide médicale à mourir et que le retrait et la modification de sa demande demeurent possibles dans la mesure où elle est apte à consentir aux soins.

Et je voudrais juste vous informer que j'aurai un amendement pour cet article 29.5.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Est-ce que nous avons des interventions?

Mme Maccarone : Habituellement, ce qu'on fait, c'est qu'on lit un article puis tout de suite on lit l'amendement pour être en mesure de se saisir de ce qui est souhaité par le législateur, ça fait que...

La Présidente (Mme Schmaltz) : Mme la ministre.

Mme Bélanger : Alors donc, article 18, article 29.5 :

Au premier alinéa de l'article 29.5 de la Loi concernant les soins de fin de vie proposé par l'article 18 du projet de loi :

1° remplacer, dans le paragraphe 1°, «paraît objectivement éprouver les souffrances» par «présente, de manière récurrente, les manifestations cliniques liées à sa maladie et»;

2° remplacer le sous-paragraphe a du paragraphe 2° par le sous-paragraphe suivant :

«a) sa situation médicale donne lieu de croire, sur la base des informations dont ces professionnels disposent et selon le jugement clinique qu'ils exercent, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables;».

Commentaires : L'amendement en est un de concordance avec l'amendement ayant apporté des modifications à l'article 29.1 de la Loi concernant les soins de fin de vie, proposé par l'article 18 du projet de loi. Il ajuste ainsi le contenu des informations que le professionnel compétent qui prête assistance à la personne souhaitant formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir doit lui fournir.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Parfait. Est-ce qu'on a des interventions sur l'amendement? Nous avons la députée de La Pinière.

Mme Caron : Je comprends que c'est... du texte original... bien, amendé, c'est qu'on veut que la personne soit prévenue qu'elle peut retirer son consentement... bien, sa demande, qu'elle peut la modifier aussi, sa demande anticipée. Puis, pour faire suite à ce que ma collègue de Westmount—Saint-Louis disait un peu plus tôt, c'est que, si on a statué sur une obligation de renouveler la demande, admettons, aux cinq ans ou aux 10 ans, comme il avait été proposé par certains, est-ce qu'on ne devrait pas l'indiquer aussi là pour que la personne sache que ça va être une obligation de renouveler tous les cinq ans, ou tous les 10 ans, ou quelle que soit la fréquence déterminée? Parce que, sinon, on pourrait dire qu'elle ne le saura jamais, là, même si c'est quelque chose qui est traité plus loin.

Mme Bélanger : Bien, c'est une bonne question, et la question, je vais dire, de la validité de la demande ou du renouvellement, je ne crois pas que ça a été adressé dans le projet de loi.

Une voix : ...

Mme Bélanger : O.K. Donc, ce qu'on me dit, c'est que c'était dans le projet de loi n° 38, et que ça avait été retiré, et que ça n'a pas été adressé, là, dans le projet de loi actuel. Donc, ce que je comprends, c'est qu'à partir du moment où il y a une demande qui est faite, anticipée, elle est bonne jusqu'au moment où la personne décide soit de changer d'avis soit de retirer complètement ou de la modifier elle-même, et c'est inscrit... Plus tard, on verra que ça va être inscrit dans un registre, là, mais là ça, c'est une autre étape. Mais il y avait... Donc, on n'a pas prévu qu'il y ait, par exemple, à toutes les... je ne sais pas, mettons, à tous les cinq ans, là, l'obligation de remettre à jour.

Je veux quand même juste mentionner que... Bien, je vais y aller de façon très matérielle, là, bien, il y a des coûts engendrés à ça parce qu'à chaque fois qu'on repasse, surtout si c'est un document notarié... L'autre chose, c'est pour ça aussi qu'on restreint le processus pour que ça soit quelque chose de très accompagné dans le temps, et tout ça, pour justement... Ce n'est pas qu'une personne ne peut pas changer d'idée. Oui, elle peut changer d'idée, mais là, à tous les cinq ans, il faudrait mettre... mettons qu'on dit cinq ans, là, si on mettait un moment, ça veut dire mettre une procédure de vérification pour s'assurer de rejoindre les gens aussi. Si les gens ne le font pas spontanément ou ne se manifestent pas, quelle serait l'obligation du gouvernement, par exemple, de rejoindre ces personnes-là?

Alors, il y a beaucoup, beaucoup de questions de faisabilité de ça et de lourdeur administrative. Ça aussi, c'est des choses que les gens nous ont mentionnées. Alors donc, il faut, je pense, être très, très prudent. Puis comment on va faire pour déterminer la durée de la validité? Ça va-tu être trois ans, cinq ans, en fonction du diagnostic, en fonction de... Alors, là aussi, on rentre dans un autre élément.

Puis, pour moi, ma plus grande préoccupation par rapport à ça, c'est vraiment, une fois que la personne a signifié ce geste-là... Bien, je vais prendre un exemple, ce n'est peut-être pas le bon exemple, là, mais c'est juste pour essayer de clarifier mon idée, mais quelqu'un fait un testament, est-ce qu'on va lui dire, à tous les 10 ans : Tu devrais changer ton testament... ou à tous les cinq ans, ou à tous les 15 ans? On va dire : O.K., elle fait son testament, après ça la personne, elle a une obligation, ça lui appartient de faire modifier son testament, dépendamment s'il y a des changements dans sa vie ou quoi que ce soit.

Alors là, d'amener cette condition-là, je ne suis pas certaine, comme société, comment on va être capables d'appliquer ça en termes de responsabilité gouvernementale, de gérer un processus comme ça.

• (16 h 20) •

Mme Caron : En fait, si je peux me permettre, c'est que... c'est parce que, si je l'ai apporté, c'était... parce que je comprends la lourdeur qu'il peut y avoir autour de recommencer le processus. Est-ce que ça ne pourrait pas être quelque chose de beaucoup plus léger, entre guillemets, de simplement renouveler... dire que, oui, on renouvelle la demande? C'est parce que c'était une recommandation, la recommandation n° 4, de la Fédération des médecins spécialistes, alors j'imagine qu'ils avaient une bonne raison de le proposer. Puis on n'en a pas discuté par la suite, mais, eux, c'est ça, leur recommandation se lisait ainsi : «Insérer au projet de loi l'obligation pour la personne de mettre à jour périodiquement sa demande anticipée tant qu'elle demeure apte.»

La Présidente (Mme Schmaltz) : Me Evoy.

M. Evoy (François) : Oui, peut-être que ça a été... François Evoy, neurologue.

Bien, j'ai participé dans la rédaction, puis c'est un peu un angle mort, mais je pense que ce n'était pas de refaire le processus ou d'avoir des temps... c'est juste que le patient se sente libre de pouvoir, à n'importe quel moment, finalement, dire qu'il ne veut plus, tout simplement... qu'il ne désire plus ce soin-là. Mais en même temps c'est clair que, dans le sens inverse, la lourdeur que ça implique de faire des réévaluations périodiques, c'est très, très difficile. Puis évidemment plus la maladie avance, plus l'évaluation est difficile parce que, là, il faut refaire l'aptitude à consentir de façon détaillée, et donc c'est un petit peu ça qui est problématique.

Donc, moi, que les patients... Je pense, l'esprit de la Fédération des médecins spécialistes, c'est que le patient se sente libre, comme pour n'importe quel soin, finalement, de décider qu'il ne désirait plus le soin, mais le fait qu'il y ait un petit quelque chose de contraignant, que ça demande quand même une procédure... Tu sais, on ne peut pas dire : Je ne veux plus le soin, il faut que la réflexion en sens inverse se fasse aussi, là. Donc, ça ne doit pas être automatique, je dirais, là, ça ne doit pas être : Aujourd'hui, je décide que je ne veux plus l'aide médicale à mourir. Bien, évidemment, il faut s'assurer que le patient est encore apte à consentir, etc. Donc, s'il veut que la demande soit caduque, on doit refaire l'évaluation, d'une certaine façon.

Mme Caron : D'accord, mais là ça veut dire que la personne qui change d'idée... parce que ça disait bien «jusqu'à tant qu'elle demeure apte». Donc, c'est sûr qu'on ne dit pas... On ne se met pas dans une situation où la personne... tu sais, on refait un processus alors que la personne est inapte, de toute façon, à le faire. Mais ça veut dire que, s'il y a de nouveaux traitements, de nouveaux médicaments qui peuvent, je ne sais pas, moi, ralentir la maladie ou bien qui peuvent freiner certains symptômes, qui font en sorte qu'on n'atteint pas encore... la personne ne pourrait pas dire : Bon, bien là, moi, j'enlève cette... tu sais, je ne veux pas renouveler ma demande ou...

Mme Bélanger : Ma compréhension, là, c'est que la personne, en tout temps, peut retirer sa demande et la modifier, en tout temps, la personne peut le faire. C'est juste que nous, dans un projet de loi, on indique une fréquence d'obligation de révision, mais une personne, en tout temps... Puis je pense qu'on le voit à quelque part, là, il faudrait me rappeler l'article en question, mais en tout temps...

Puis, je pense, peut-être, aussi, juste... Je me permets de mentionner que Dr Evoy était présent lors... vous étiez dans... avec Dr Oliva lors de... lorsqu'on les a reçus, là, en consultations particulières. Donc, c'était le président de la Fédération des médecins spécialistes, là, qui a principalement fait l'intervention, mais je me souviens que vous étiez présent. Puis, je pense, c'est peut-être intéressant d'en profiter, là, pendant que vous êtes avec nous... justement, par rapport à ce qui a été mentionné, puis comment on peut, justement, appliquer ou aller dans le sens de ce qu'ils nous ont mentionné, là. Je pense, c'est une mise en garde qui est intéressante, mais comment on pourrait traduire ça, là, pour s'assurer... parce que, l'objet, là, c'est que la personne, en tout temps, puisse retirer sa demande ou la modifier, la modifier, parce que... L'exemple de l'alzheimer, c'est un bon exemple. Quelqu'un a un diagnostic d'alzheimer aujourd'hui, puis dis-moi quand je vais être rendu là... et on identifie les manifestations cliniques, mais supposons qu'en cours de route un nouveau médicament arrive, et qu'on a ce médicament-là, et que, là, oups! je réfléchis ça autrement, là, non, O.K., ce n'est plus tout à fait ça, bien, en tout temps, la personne peut retirer sa demande.

Mme Caron : O.K., bien, je vous rejoins là-dessus. C'est parce que, là, ce que j'ai compris, c'est qu'il disait qu'on ne pouvait pas changer d'idée comme ça.

M. Evoy (François) : Non, mais je pense que c'est de la façon dont la loi a été pensée, par exemple, c'est qu'évidemment, si quelqu'un retire sa demande, c'est clair qu'il faut refaire une évaluation de l'aptitude à consentir, c'est tout à fait normal, mais évidemment je pense que, dans l'esprit... Puis c'est ce que disait la Fédération des médecins spécialistes, c'est que, oui, quelqu'un peut retirer sa demande à n'importe quel moment, mais il doit y avoir quand même un processus, parce que le médecin... On ne peut pas juste recevoir la demande, comme médecin, puis dire : O.K., vous ne désirez plus l'aide médicale à mourir, donc on va retirer votre demande. Il faut s'assurer que son désir de retrait est aussi... qu'il a l'aptitude à consentir au moment où il fait sa demande de retrait. Donc, ça ne peut pas se faire comme ça, il y a une petite complexité supplémentaire. Ce n'est pas comme refaire son testament parce que, par définition, quand tu fais ton testament, tu es apte à consentir à chaque fois.

Mme Caron : Mais donc ce que vous dites, c'est qu'il faut refaire... il faudra refaire l'évaluation de son aptitude.

M. Evoy (François) : Tout à fait, oui.

Mme Caron : Mais, si la personne est toujours apte, on ne va pas lui mettre des bâtons les roues pour retirer ou modifier ce qu'elle veut.

M. Evoy (François) : Non, absolument pas, non, mais, c'est ça, de donner une contrainte où il faut, justement, aux quatre ans ou à cinq ans, le refaire, si le patient ne le désire pas, je ne pense pas que ce soit nécessaire. Je pense que c'est à la demande que ça doit se faire, puis je pense que la Fédération des médecins spécialistes était tout à fait confortable avec cette situation-là.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Mme la ministre, rapidement.

Mme Bélanger : La question est tout à fait pertinente, mais, à 29.11, il est question, justement, là, «une personne apte à consentir aux soins peut, en tout temps, retirer sa demande», puis là il y a d'autres éléments. Quand on sera là, on pourra reprendre la discussion, là, parce que... sur le comment, etc., là, c'est vraiment bien indiqué, à ce niveau-là.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Je sais... Il y a Mme la députée de D'Arcy-McGee qui voulait intervenir aussi.

Mme Prass : Juste vous mentionner que, lors des consultations, il y a des groupes qui sont venus, qui ont parlé de cet élément-là et pour dire... Par exemple, il y a des gens qui peuvent oublier en cours de route qu'ils ont rempli leur demande. Donc, l'idée de faire la vérification à des années d'intervalle... Premièrement, tu sais, ça peut être le médecin, justement, qui était présent lors de la rédaction de la demande qui peut être celui qui fait le suivi. Il y a des façons... Je pense qu'il y a des façons d'y penser, mais c'est tellement primordial, la question de la vie. Donc, ce n'est pas parce qu'on prend une décision un jour que ça tient toujours. Comme on l'a dit, on peut le retirer, on peut le modifier, on peut oublier. On peut avoir un accident en cours de route qui fait en sorte qu'on ne se rappelle pas qu'on l'a fait. Je pense que c'est juste important qu'il y ait plus d'une fois qu'il faut faire la vérification.

Mme Bélanger : ...de l'expérience que j'ai, là, cette décision-là, pour moi, c'est une décision qui est personnelle. De faire porter la responsabilité sur un médecin ou une IPS qui peut avoir changé dans sa pratique en cours de route... Supposons que la personne a eu le formulaire, et tout ça, avec un médecin traitant et que le médecin traitant s'en va, qui va faire le suivi? Ça fait que, voyez-vous, on rentre dans une espèce de logistique, là, qui va être très, très difficile d'application. Puis je pense que, si on allait de l'avant, il faudrait vraiment aller consulter les médecins pour déterminer la fréquence, mais, je ne le sais pas, moi, je veux vous entendre là-dessus, là. On ouvre une boîte de... Déjà, on ouvre une boîte, de mettre des médecins... à leur donner l'obligation de faire le suivi de tout, ça va être extrêmement compliqué.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Il reste 30 secondes.

Mme Maccarone : La suggestion que j'avais c'est... Si on a de la difficulté de l'enchâsser dans la loi parce qu'on ne veut pas créer une lourdeur... Puis l'exemple que la ministre... elle donne un terme de... tu sais, un acte notarié pour le testament, par exemple, est très bon. Est-ce qu'on ne peut pas l'incorporer dans le guide, par exemple? Ça fait que ça, ce serait peut-être une pratique que nous pourrions mettre... comme ça, ce serait plus clair, puis l'ordre va comprendre... ou tous les professionnels vont pouvoir dire : Bien, ça fait partie d'une pratique que nous allons mettre à l'oeuvre si ce n'est pas enchâssé dans la loi.

La Présidente (Mme Schmaltz) : Donc, écoutez, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux au mardi 25 avril 2023, à 18 h 15, où elle entreprendra un nouveau mandat. Merci.

(Fin de la séance à 16 h 30)