



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 52

Loi concernant les soins de fin de vie

Présentation

Présenté par
Madame Véronique Hivon
Ministre déléguée aux Services sociaux et
à la Protection de la jeunesse

Éditeur officiel du Québec
2013

NOTES EXPLICATIVES

Ce projet de loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et de reconnaître la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne.

Le projet de loi vient d'abord préciser les droits relatifs aux soins de fin de vie, notamment en prévoyant le droit, pour une personne, d'obtenir les soins de fin de vie que son état requiert.

Le projet de loi comporte également des règles particulières applicables aux différents dispensateurs des soins de fin de vie que sont les établissements, les maisons de soins palliatifs et les cabinets privés de professionnel afin de préciser l'encadrement et l'organisation de ces soins. Il contient en outre des dispositions prévoyant les fonctions et les pouvoirs particuliers des agences de la santé et des services sociaux et du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le projet de loi prévoit des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, soit la sédation palliative terminale et l'aide médicale à mourir. Il prescrit notamment les conditions permettant à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir ainsi que les exigences qui doivent être respectées avant qu'un médecin ne puisse l'administrer. Le projet de loi précise également les fonctions du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements à l'égard de ces soins.

Le projet de loi institue la Commission sur les soins de fin de vie et prévoit sa composition et ses règles de fonctionnement. Il indique que cette commission aura pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir.

Par ailleurs, le projet de loi met en place le régime des directives médicales anticipées. Il précise notamment les exigences à respecter pour que ces directives aient une valeur contraignante.

Finalemment, le projet de loi contient les dispositions modificatives, transitoires et finales nécessaires à la mise en œuvre de la loi.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET DE LOI :

- Code civil du Québec;
- Code de procédure civile (chapitre C-25);
- Loi médicale (chapitre M-9);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Projet de loi n° 52

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

TITRE I

OBJET DE LA LOI

1. La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

De plus, la présente loi reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

TITRE II

SOINS DE FIN DE VIE

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2. Les principes suivants doivent guider la prestation des soins de fin de vie :

1° le respect de la personne en fin de vie et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer chacun des gestes posés à son endroit;

2° la personne en fin de vie doit, en tout temps, être traitée avec compréhension, compassion, courtoisie et équité, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

3° les membres de l'équipe de soins responsable d'une personne en fin de vie doivent établir et maintenir avec elle une communication ouverte et honnête.

3. Aux fins de la présente loi, on entend par :

1° « établissement » tout établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) qui exploite un centre local de services communautaires, un centre hospitalier ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée, de même que le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

2° « maison de soins palliatifs » un organisme communautaire titulaire d'un agrément délivré par le ministre en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ayant conclu une entente en vertu de l'article 108.3 de cette loi avec un établissement en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes en fin de vie qui utilisent ses services;

3° « soins de fin de vie » les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie, y compris la sédation palliative terminale, de même que l'aide médicale à mourir.

CHAPITRE II

DROITS DES PERSONNES RELATIFS AUX SOINS DE FIN DE VIE

4. Les dispositions du présent chapitre complètent celles du Code civil portant sur les soins ainsi que celles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris portant sur les droits des usagers et des bénéficiaires.

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

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

Les dispositions du présent article s'appliquent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements, des orientations, des politiques et des approches des maisons de soins palliatifs ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

6. Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin ou retirer son consentement à un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie; ce refus de soin ou ce retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen.

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

7. Une personne ne peut se voir refuser des soins de fin de vie au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement à un soin.

CHAPITRE III

ORGANISATION DES SOINS DE FIN DE VIE

SECTION I

RÈGLES PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX DISPENSATEURS DES SOINS DE FIN DE VIE

§1. — Établissements

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

À cette fin, il doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession.

9. Tout établissement doit prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie. Dans le cas d'une instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ce plan doit également prévoir l'offre de soins à domicile aux personnes en fin de vie.

10. Tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes en fin de vie et de leurs proches.

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

Le rapport doit également indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives terminales et d'aides médicales à mourir administrées dans les locaux de toute maison de soins palliatifs avec laquelle l'établissement a conclu une entente ainsi que le nombre de ces soins administrés à domicile par tout médecin exerçant sa profession en cabinet privé de professionnel auquel il est associé en application de l'article 17.

L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.

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

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

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

§2. — *Maisons de soins palliatifs*

14. Les soins de fin de vie peuvent être offerts dans les locaux des maisons de soins palliatifs.

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

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

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

16. Toute maison de soins palliatifs doit se doter d'un code d'éthique portant sur les droits des personnes en fin de vie et adopter une politique portant sur les soins de fin de vie.

Ces documents doivent être diffusés auprès du personnel de la maison, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes en fin de vie et de leurs proches.

§3. — *Cabinets privés de professionnel*

17. Les soins de fin de vie peuvent être dispensés à domicile par un médecin et, dans les limites de sa compétence, par une infirmière qui exercent leur

profession dans un cabinet privé de professionnel au sens de l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Toutefois, un tel médecin ne peut fournir une sédation palliative terminale ou l'aide médicale à mourir à domicile qu'en association avec l'instance locale du territoire où est situé le cabinet.

Une entente écrite prévoit les termes de l'association. Cette entente doit notamment prévoir les mécanismes de surveillance permettant à l'instance locale, ou à l'un de ses conseils ou comités déterminé dans l'entente, de s'assurer de la qualité des soins ainsi fournis.

Sur demande de l'instance locale, le médecin lui communique tout renseignement nécessaire à l'application de l'entente. Les modalités de communication de ces renseignements sont prévues à l'entente.

SECTION II

FONCTIONS PARTICULIÈRES DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

18. Toute agence de la santé et des services sociaux doit déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie dispensés par les établissements et les maisons de soins palliatifs de son territoire.

19. L'agence doit informer la population de son territoire des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins, de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours.

Ces renseignements doivent notamment être accessibles sur le site Internet de l'agence.

SECTION III

FONCTIONS ET POUVOIRS PARTICULIERS DU MINISTRE

20. Le ministre détermine les orientations dont doivent tenir compte un établissement et une agence dans l'organisation des soins de fin de vie, y compris celles dont l'établissement doit tenir compte dans l'élaboration de la politique portant sur les soins de fin de vie.

21. Le ministre peut requérir des établissements et des agences qu'ils lui transmettent, de la manière et dans les délais qu'il indique, les états, données statistiques, rapports et autres renseignements nécessaires afin de lui permettre d'exercer ses fonctions, pourvu qu'il ne soit pas possible de relier ces renseignements à une personne ayant reçu des soins de fin de vie.

22. Une personne autorisée par écrit par le ministre à faire une inspection peut, à tout moment raisonnable, pénétrer dans tout lieu exploité par un

établissement ou une maison de soins palliatifs afin de constater si le présent titre est respecté.

Cette personne peut, lors d'une inspection :

1° examiner et tirer copie de tout document relatif aux soins de fin de vie offerts dans ce lieu;

2° exiger tout renseignement relatif à l'application du présent titre ainsi que la production de tout document s'y rapportant.

Toute personne qui a la garde, la possession ou le contrôle de tels documents doit, sur demande, en donner communication à la personne qui procède à l'inspection.

Une personne qui procède à une inspection doit, si elle en est requise, exhiber un certificat attestant sa qualité.

Quiconque nuit à un inspecteur dans l'exercice de ses fonctions, refuse de lui fournir un renseignement ou un document qu'il a le droit d'exiger ou d'examiner, cache ou détruit un document ou un bien utile à une inspection commet une infraction et est passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 7 500 \$ à 75 000 \$ dans les autres cas.

23. Le ministre peut déléguer à une agence de la santé et des services sociaux le pouvoir prévu à l'article 22.

24. Une personne autorisée par écrit par le ministre ou, le cas échéant, par une agence à faire une inspection ne peut être poursuivie en justice pour une omission ou un acte accompli de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

CHAPITRE IV

EXIGENCES PARTICULIÈRES RELATIVES À CERTAINS SOINS DE FIN DE VIE

SECTION I

SÉDATION PALLIATIVE TERMINALE

25. Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative terminale, la personne qui souhaite recevoir ce soin ou, le cas échéant, la personne habilitée à consentir à ce soin pour elle doit entre autres être informée du pronostic, du caractère terminal et irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Le consentement à la sédation palliative terminale doit être donné par écrit et être conservé dans le dossier de la personne.

SECTION II

AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

1° elle est majeure, apte à consentir aux soins et est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

2° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;

3° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

4° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne ou, en cas d'incapacité physique de celle-ci, par un tiers. Le tiers ne peut être un mineur ou un majeur inapte et ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne.

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

27. Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

29. Si le médecin conclut, à la suite de l'application de l'article 28, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même et l'accompagner jusqu'à son décès.

Si le médecin conclut toutefois qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit informer la personne qui la demande des motifs de sa décision.

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

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et n'est pas associé avec une instance locale pour administrer l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur des services professionnels ou toute autre personne désignée par le directeur général de l'instance locale concernée et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire qui lui a été remis. Les démarches visées au premier alinéa sont alors entreprises.

31. Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, que le médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté.

SECTION III

FONCTIONS PARTICULIÈRES DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

32. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué pour un établissement doit, compte tenu des standards cliniques élaborés par les ordres professionnels concernés, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative terminale et à l'aide médicale à mourir.

33. Le médecin qui fournit une sédation palliative terminale ou l'aide médicale à mourir doit, une fois ce soin administré, transmettre un avis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations d'un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile; si le médecin exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel, cet avis est transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué pour l'instance locale avec laquelle il est associé.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou son comité compétent évalue la qualité des soins ainsi fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables.

34. Dans le cas où aucun conseil des médecins, dentistes et pharmaciens n'est institué pour l'établissement, le chef du service médical ou le médecin responsable des soins médicaux de l'établissement, selon le cas, assume les fonctions confiées à ce conseil par la présente section, et l'avis prévu au premier alinéa de l'article 33 lui est transmis.

CHAPITRE V

COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

SECTION I

INSTITUTION ET FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

35. Est instituée la Commission sur les soins de fin de vie.

36. La Commission est composée de sept membres nommés par le gouvernement, lesquels se répartissent comme suit :

1° quatre membres sont des professionnels de la santé ou des services sociaux, dont au moins deux sont médecins, nommés après consultation des ordres professionnels concernés;

2° un membre est un juriste, nommé après consultation des ordres professionnels concernés;

3° un membre est un usager d'un établissement, nommé après consultation des organismes représentant les comités des usagers des établissements;

4° un membre est issu du milieu de l'éthique, nommé après consultation des établissements d'enseignement universitaire.

Les membres de la Commission sont nommés pour un mandat d'au plus cinq ans. Leur mandat ne peut être renouvelé consécutivement qu'une fois. À l'expiration de leur mandat, les membres demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient remplacés ou nommés de nouveau.

Le gouvernement désigne, parmi les membres, un président et un vice-président. Ce dernier est appelé à assurer la présidence de la Commission en cas d'absence ou d'empêchement du président.

Le gouvernement fixe les allocations et indemnités des membres de la Commission.

37. La Commission peut prendre tout règlement concernant sa régie interne.

38. Le quorum aux réunions de la Commission est de cinq membres, dont le président ou le vice-président.

Sous réserve du deuxième alinéa de l'article 42, les décisions de la Commission sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres présents. En cas de partage des voix, la personne qui assure la présidence dispose d'une voix prépondérante.

SECTION II

MANDAT DE LA COMMISSION

39. La Commission a pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie. À cette fin, elle doit notamment :

1° donner des avis au ministre sur toute question qu'il lui soumet;

2° évaluer l'application de la loi à l'égard des soins de fin de vie;

3° saisir le ministre de toute question relative à ces soins qui mérite l'attention ou une action du gouvernement et lui soumettre ses recommandations;

4° soumettre au ministre, tous les cinq ans, un rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec;

5° effectuer tout autre mandat que le ministre lui confie.

La Commission a également pour mandat de surveiller, conformément à la présente section, l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir.

La Commission transmet au ministre un rapport annuel de ses activités.

40. Dans l'exercice des fonctions qui lui sont dévolues par le premier alinéa de l'article 39, la Commission peut notamment :

1° solliciter l'opinion de personnes et de groupes sur toute question relative aux soins de fin de vie;

2° effectuer ou faire effectuer les études et les recherches qu'elle juge nécessaires;

3° avoir recours à des experts externes afin de lui faire rapport sur un ou plusieurs points précis qu'elle détermine.

41. Le médecin qui administre l'aide médicale à mourir à une personne doit, dans les 10 jours qui suivent, en aviser la Commission et lui transmettre, selon les modalités déterminées par règlement du gouvernement, les renseignements prévus par ce règlement. Ces renseignements sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à quiconque, sauf dans la mesure où ils sont nécessaires pour l'application du présent article et de l'article 42.

Le médecin qui contrevient au présent article commet une infraction et est passible d'une amende de 1 000 \$ à 10 000 \$.

42. Sur réception de l'avis du médecin, la Commission vérifie le respect de l'article 28 conformément à la procédure prévue par règlement du gouvernement.

Au terme de cette vérification, lorsqu'au moins les deux tiers des membres présents de la Commission estiment que l'article 28 n'a pas été respecté, la Commission transmet un résumé de ses conclusions au médecin, à l'établissement concerné, au Collège des médecins du Québec et, le cas échéant, aux autres autorités concernées.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

43. La décision d'une personne de refuser de recevoir un soin ou de retirer son consentement à un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie, de même que celle de recourir à la sédation palliative terminale ou à l'aide médicale à mourir, ne peut être invoquée pour refuser de payer une prestation ou toute autre somme due en matière contractuelle.

44. La présente loi n'a pas pour effet de limiter le droit pour un professionnel de la santé de refuser, conformément à son code de déontologie, de fournir des

soins de fin de vie ou de collaborer à leur fourniture en raison de ses convictions personnelles.

TITRE III

DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

45. Toute personne majeure, apte à consentir aux soins, peut déterminer, dans des directives médicales anticipées, les soins médicaux qui pourraient être requis par son état de santé et auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait inapte à le faire.

Outre les volontés relatives aux soins, ces directives peuvent notamment indiquer le nom d'une ou de plusieurs personnes de confiance chargées de les remettre, au moment opportun, au médecin traitant de l'auteur des directives ou à un autre professionnel de la santé qui lui rend des services.

46. Les directives médicales anticipées sont faites par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre.

47. Les directives devant témoins sont rédigées par la personne elle-même ou, en cas d'incapacité physique de celle-ci, par un tiers suivant ses instructions.

La personne, en présence de deux témoins, déclare qu'il s'agit de ses directives médicales anticipées, mais sans être tenue d'en divulguer le contenu. Elle date et signe les directives à la fin; si elle les a déjà signées, elle reconnaît sa signature. Elle peut aussi, en cas d'incapacité physique, les faire signer par un tiers, en sa présence. Les témoins signent aussitôt les directives en présence de l'auteur des directives et, le cas échéant, du tiers.

Un majeur inapte ou un mineur ne peut agir comme tiers ou comme témoin.

48. Les directives médicales anticipées peuvent être révoquées par son auteur à tout moment et par tout moyen.

Elles ne peuvent toutefois être modifiées que par la rédaction de nouvelles directives, suivant l'une des formes prévues à l'article 46. Ces nouvelles directives remplacent celles rédigées antérieurement.

49. Lorsque des directives médicales anticipées sont remises à un professionnel de la santé, celui-ci les verse au registre des directives médicales anticipées établi conformément à l'article 57 ainsi qu'au dossier de la personne concernée. Si ces directives lui sont remises par son auteur et qu'il est apte à consentir aux soins, le professionnel de la santé s'assure, au préalable, qu'elles sont toujours conformes à ses volontés.

50. Le médecin qui constate un changement significatif de l'état de santé d'une personne apte à consentir aux soins doit, si des directives médicales anticipées ont été versées à son dossier, vérifier auprès d'elle si les volontés exprimées dans ces directives correspondent toujours à ses volontés.

51. Le médecin qui constate l'inaptitude d'une personne à consentir aux soins consulte le registre des directives médicales anticipées. Si des directives médicales anticipées concernant cette personne s'y trouvent, il les verse au dossier de cette dernière.

52. Lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins, les volontés relatives aux soins clairement exprimées dans des directives médicales anticipées qui ont été versées au registre des directives médicales anticipées ou au dossier de la personne ont, à l'égard des professionnels de la santé ayant accès à ce registre ou à ce dossier, la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir aux soins.

53. L'auteur des directives médicales anticipées est présumé avoir obtenu l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision éclairée au moment de leur signature.

54. En cas de refus catégorique d'une personne inapte à consentir aux soins de recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti dans des directives médicales anticipées, l'article 16 du Code civil, prescrivant l'autorisation du tribunal, s'applique.

55. Le tribunal peut, à la demande du mandataire, du tuteur, du curateur ou de toute personne qui démontre un intérêt particulier pour l'auteur des directives médicales anticipées, ordonner le respect des volontés relatives aux soins exprimées dans ces directives.

Il peut également, à la demande d'une telle personne, invalider en tout ou en partie des directives médicales anticipées s'il a des motifs raisonnables de croire que l'auteur de ces directives n'était pas apte à consentir aux soins au moment de leur signature ou que ces directives ne correspondent pas à la volonté de l'auteur dans la situation donnée.

Il peut en outre rendre toute ordonnance qu'il estime appropriée dans les circonstances.

56. Les volontés relatives aux soins exprimées dans un mandat donné en prévision de l'inaptitude d'une personne ne constituent pas des directives médicales anticipées au sens de la présente loi et demeurent régies par les articles 2166 et suivants du Code civil.

En cas de conflit entre ces volontés et celles exprimées dans des directives médicales anticipées, ces dernières prévalent.

CHAPITRE II

REGISTRE DES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

57. Le ministre établit et maintient un registre des directives médicales anticipées.

Le ministre peut assumer lui-même la gestion opérationnelle du registre ou la confier à un organisme assujéti à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1). Le ministre conclut une entente écrite avec ce gestionnaire.

58. Le ministre prescrit, par règlement, les modalités d'accès au registre de même que ses modalités de fonctionnement. Ces modalités doivent notamment prévoir les personnes pouvant verser des directives médicales anticipées dans le registre, outre le cas déjà prévu à l'article 49, et celles qui pourront le consulter.

TITRE IV

DISPOSITIONS MODIFICATIVES, TRANSITOIRES ET FINALES

CHAPITRE I

DISPOSITIONS MODIFICATIVES

CODE CIVIL DU QUÉBEC

59. L'article 11 du Code civil du Québec est modifié :

1° par l'ajout, à la fin du premier alinéa, de la phrase suivante : « Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. »;

2° par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « soins », de « et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus ».

60. L'article 12 de ce code est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « en tenant compte, dans la mesure du possible, des » par « en respectant, dans la mesure du possible, les ».

61. L'article 15 de ce code est modifié par l'insertion, après « constatée », de « et en l'absence de directives médicales anticipées ».

CODE DE PROCÉDURE CIVILE

62. L'article 776 du Code de procédure civile (chapitre C-25) est modifié par l'ajout, à la fin du premier alinéa, de la phrase suivante : « Il en est de même

pour toute demande visée à l'article 55 de la Loi concernant les soins de fin de vie (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) concernant l'application de directives médicales anticipées. ».

LOI MÉDICALE

63. L'article 31 de la Loi médicale (chapitre M-9) est modifié :

1° par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« **31.** L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes. »;

2° par l'ajout, à la fin du deuxième alinéa, du paragraphe suivant :

« 12° administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*). ».

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

64. L'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), modifié par l'article 160 du chapitre 23 des lois de 2012, est de nouveau modifié par l'ajout, après le paragraphe 13°, du suivant :

« 14° dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*). ».

CHAPITRE II

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

65. Malgré l'article 8, un établissement qui, le (*indiquer ici la date de l'entrée en vigueur de l'article 8*), exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui, parmi les soins pouvant être offerts dans le cadre de la mission d'un tel centre, n'offre que des soins palliatifs peut continuer à n'offrir que de tels soins.

Un tel établissement doit, avant de recevoir une personne, lui indiquer les soins de fin de vie qu'il offre.

66. Jusqu'au (*indiquer ici la date qui suit de deux ans celle de l'entrée en vigueur de l'article 10*), le directeur général d'un établissement doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement le rapport prévu au deuxième alinéa de l'article 10 tous les trois mois.

67. Les établissements et les maisons de soins palliatifs ont jusqu'au (*indiquer ici la date qui suit d'un an celle de l'entrée en vigueur de l'article 15*) pour modifier l'entente qu'ils ont déjà conclue en application de l'article 108.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) afin de la rendre conforme aux dispositions de l'article 15.

68. Le ministre doit, au plus tard le (*indiquer ici la date qui suit de cinq ans celle de l'entrée en vigueur du présent article*), et par la suite tous les cinq ans, faire rapport au gouvernement sur l'application de la présente loi.

Un tel rapport est déposé par le ministre dans les 30 jours suivants à l'Assemblée nationale ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux. La commission compétente de l'Assemblée nationale étudie ce rapport.

69. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la présente loi.

70. Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur à la date ou aux dates déterminées par le gouvernement.