Loi commentée

par Sylvio Normand et Lucie Lauzière

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE, LQ 2014, c 2.

TITRE DE LA LOI	**LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE**	**COMMENTAIRES EXPLICATIFS** **Toute loi possède un titre qui a plusieurs fonctions. Il donne une description du contenu de la loi, un moyen de la distinguer des autres lois, ainsi qu'un moyen de repérage documentaire. Le titre d'une loi doit être clair, concis et neutre.**
	Présenté le 22 mai 2014 **Principe adopté le 22 mai 2014** **Adopté le 5 juin 2014** **Sanctionné le 10 juin 2014**	**Les différentes étapes du processus législatif sont décrites dans le *Règlement de l'Assemblée nationale*, 2024, art 229-257.** **La loi ayant été adoptée par l'Assemblée nationale, elle doit être sanctionnée par le lieutenant-gouverneur (*Loi sur l'Assemblée nationale*, RLRQ c A-23.1, art 29). L'original du**

		projet de loi est alors présenté au lieutenant-gouverneur qui y appose sa signature, suivie de la date.
		La loi débute parfois par un préambule ou une énumération de considérants qui permettent au législateur de justifier son intervention. Le préambule contient les motifs politiques ou les raisons d'opportunité qui ont déterminé le législateur à adopter la loi. L'utilisation du préambule est facultative, sauf dans les lois d'intérêt privé où elle est obligatoire suivant le *Règlement de l'Assemblée nationale*, 2024, art 266. **La *Loi d'interprétation* reconnaît une portée au préambule dans le processus d'interprétation d'une loi : « Le préambule d'une loi en fait partie et sert à en expliquer l'objet et la portée. » (RLRQ c I-16, art 40, al 1).**
FORMULE INTRODUCTIVE	**LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :**	**L'utilisation de cette formule introductive est prévue par la *Loi sur l'Assemblée nationale*, RLRQ c A-23.1, art 31. Le Parlement du Québec est constitué de l'Assemblée nationale et du lieutenant-gouverneur (*Ibid*, art 2)**
DISPOSITIF DE LA LOI		**Le dispositif de la loi comprend l'ensemble des articles qui la composent. Les dispositions sont susceptibles de formuler des règles juridiques (le droit matériel) ou d'énoncer des procédures à suivre dans un contexte donné (le droit formel). La loi comprend généralement, en outre, des dispositions finales de diverses natures.** **Les divisions du texte** **La loi est subdivisée en différents segments (titre, chapitre, section, sous-section) pour parvenir à l'article, susceptible d'être scindé en alinéas, paragraphes et sous-paragraphes. Ces**

		aménagements permettent des regroupements de la matière. Les divisions supérieures à l'article reçoivent un titre (un intitulé) qui doit être, comme pour la loi, bref, complet et précis. L'intitulé identifie le contenu et contribue à la structuration du texte. Dans la hiérarchie, seule la division en articles est indispensable. Une loi peut ne contenir qu'un seul article. La numérotation des articles est consécutive, sans égard aux divisions du texte. La numérotation décimale est employée lorsqu'on ajoute ou insère un nouvel article dans un texte de loi.
Objet de la loi.	**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.	**L'objet de la loi est l'identification du but poursuivi par le législateur. Toute loi a un objet que le législateur se propose de réaliser. Est-ce nécessaire d'énoncer l'objet dans la loi ? Lorsque l'objet ressort clairement de l'ensemble des dispositions, son énoncé peut ne pas être nécessaire. Cependant, l'absence d'une disposition énonçant la volonté du législateur peut aussi nuire à son application. L'énoncé d'objet renforce la structure logique d'un texte législatif.**
Principes devant servir de guide à la mise en œuvre de la loi.	**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;	**Une loi comprend fréquemment des dispositions d'orientation générale en début de texte.**

Définitions.	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 l'application 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 et l'aide médicale à mourir; 4° « soins palliatifs » les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire; 5° « sédation palliative continue » un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès; 6° « aide médicale à mourir » un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de	**Le vocabulaire** **Le législateur est censé s'exprimer selon le sens ordinaire des mots. La matière première du langage législatif est la langue courante.** **On trouve plusieurs termes techniques dans nos lois, mais on ne doit pas présumer que ces termes sont connus du lecteur. L'emploi de mots techniques exige qu'on les définisse dans la loi.** **Les définitions** **Il est fréquent que des termes ou des expressions utilisés dans une loi reçoivent une définition.** **Une définition est cependant inutile si un mot est employé dans son sens courant ou dans le sens que lui donne le vocabulaire juridique général.** **Une définition est utile si on veut étendre ou restreindre le sens ordinaire d'un mot.** **Une définition peut être formelle en simplifiant une expression, par exemple « établissement », de sorte que le sens qui lui est attribué soit adapté à la loi.** **La *Loi d'interprétation* contient des définitions qui s'appliquent à toutes les lois. (RLRQ c I-16, art 61).**

	vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.	
Reconnaissance, à toute personne qui respecte les exigences prévues, du droit de recevoir les soins de fin de vie. **Possibilité de refuser un soin nécessaire pour le maintien en vie ou de retirer un consentement à un tel soin.**	**CHAPITRE II** **DROITS DES PERSONNES RELATIFS AUX SOINS DE FIN DE VIE** **4.** 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 lui sont 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. Elles complètent celles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et celles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour les autochtones cris portant sur les droits des usagers et des bénéficiaires. **5.** Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin. Dans la mesure prévue par le Code civil, le mineur de 14 ans et plus et, pour le mineur ou le majeur inapte, la personne qui peut consentir aux soins pour lui peuvent également prendre une telle décision. Le refus de soin ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen. Le médecin doit s'assurer du caractère libre de la décision et donner à la personne toute l'information lui permettant de prendre une décision éclairée, notamment en l'informant des autres possibilités thérapeutiques envisageables, dont les soins palliatifs.	**Il est souvent nécessaire d'établir le contexte d'application d'une loi en identifiant, par exemple, les personnes visées par son objet, compte tenu de critères déterminés.** **En tant qu'éléments introductifs de la loi, les définitions législatives, le champ d'application de la loi et l'énoncé d'objet sont véritablement les « clés » pour comprendre la loi.**

	6. 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.	
Établissements susceptibles d'offrir les soins de fin de vie. **Adoption d'une politique portant sur les soins de fin de vie dans tout établissement.**	**CHAPITRE III** **ORGANISATION DES SOINS DE FIN DE VIE SECTION I** **RÈGLES PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX DISPENSATEURS DES SOINS DE FIN DE VIE** **§1. — Établissements** **7.** 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 et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses usagers. **8.** Tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes en fin de vie et de leurs proches. Le directeur général de l'établissement doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, le nombre de sédations palliatives continues administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre d'aides médicales à mourir administrées, de même que le nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été. Le rapport doit également indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.	**Les lieux visés pour la mise en œuvre d'une loi demandent à être précisés afin de circonscrire son champ d'application.**

	Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.	
Programme clinique de soins de fin de vie dans tout établissement.	**9.** Tout établissement doit prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie. Dans le cas d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires, ce plan doit également prévoir l'offre de services en soins de fin de vie à domicile. Le plan d'organisation doit tenir compte des orientations ministérielles. Le programme clinique de soins de fin de vie est transmis à la Commission sur les soins de fin de vie.	
Code d'éthique d'un établissement et droits des personnes en fin de vie.	**10.** Le code d'éthique adopté par un établissement en vertu de l'article 233 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie.	
Droit à des soins palliatifs.	**11.** 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.	
Droit d'occuper une chambre seule pour une personne qui reçoit des soins de fin de vie.	**12.** Pour la période précédant de quelques jours le décès d'une personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit lui offrir une chambre qu'elle est seule à occuper.	
	§2. — Maisons de soins palliatifs	
Offre de soins de fin de vie dans les maisons de soins palliatifs.	**13.** Les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie qu'elles offrent dans leurs locaux. Toute maison de soins palliatifs doit, avant de recevoir une personne, lui indiquer les soins de fin de vie qu'elle offre.	

Code d'éthique et politique portant sur les soins de fin de vie dans les maisons de soins palliatifs.	**14.** 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. **15.** 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.	
Soins de fin de vie offerts à domicile.	**§3. — Cabinets privés de professionnels** **16.** 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*.	
Nécessité pour une agence de santé et de services sociaux de déterminer et de faire connaître les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie.	**SECTION II** **FONCTIONS PARTICULIÈRES DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** **17.** Toute agence de la santé et des services sociaux doit, après consultation des établissements et des maisons de soins palliatifs de son territoire, déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie qu'ils dispensent. 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.	**Des autorités sont souvent désignées pour veiller à la mise en œuvre d'une loi.**

	18. 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.	
Pouvoirs du ministre de déterminer les orientations d'un établissement et d'une agence dans l'organisation des soins de fin de vie. **Pouvoirs du ministre d'exiger des établissements de lui faire parvenir des renseignements liés à l'application de la loi.** **Pouvoir accordé à une personne autorisée par le ministre de faire l'inspection d'un établissement ou d'une maison de soins palliatifs afin de constater le respect de l'offre de soins de fin de vie.**	**SECTION III** **FONCTIONS ET POUVOIRS PARTICULIERS DU MINISTRE** **19.** 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. **20.** le ministre peut requérir des établissements, des maisons de soins palliatifs 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 les fonctions qui lui sont dévolues en vertu de la présente loi, pourvu qu'il ne soit pas possible de relier ces renseignements à une personne ayant reçu des soins de fin de vie ou à un professionnel de la santé ou des services sociaux ayant dispensé ces soins. **21.** Une personne autorisée par écrit par le ministre à faire une inspection peut, à tout moment raisonnable, en respectant la spécificité des lieux et des besoins des personnes qui reçoivent des soins de fin de vie, 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.	**Le ministre responsable de l'application d'une loi se voit fréquemment attribuer des fonctions et des pouvoirs spécifiques.**

Délégation du pouvoir d'inspection à une agence.	Une personne qui procède à une inspection doit, si elle en est requise, exhiber un certificat attestant sa qualité. Quiconque nuit à une personne qui procède à une inspection, refuse de lui fournir un renseignement ou un document qu'elle 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. **22.** Le ministre peut déléguer à une agence de la santé et des services sociaux le pouvoir prévu à l'article 21. L'agence informe le ministre de la désignation d'un inspecteur et du résultat de son inspection. **23**. 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.	
Conditions à respecter avant qu'une personne exprime son consentement à la sédation palliative continue.	**CHAPITRE IV** **EXIGENCES PARTICULIÈRES RELATIVES À CERTAINS SOINS DE FIN DE VIE** **SECTION I** **SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE** **24.** Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, la personne en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle doit entre autres être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation. Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. Le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne. **25.** Lorsque la personne qui consent à la sédation palliative continue ne	**Il y a lieu d'établir les différentes situations qui seront couvertes par une loi et de préciser ce qui les distinguent les unes des autres.**

Situation du patient qui consent à la sédation palliative continue, mais ne pouvant dater et signer le formulaire requis.	peut dater et signer le formulaire visé à l'article 24 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.	
Conditions requises pour obtenir l'aide médicale à mourir. **Situation d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir, mais ne pouvant dater et signer le formulaire requis.**	**SECTION II AIDE MÉDICALE À MOURIR** **26.** Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir : 1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29); 2° elle est majeure et apte consentir aux soins; 3° elle est en fin de vie; 4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable; 5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; 6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne. Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci. **27.** Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 26 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.	

Possibilité de retirer une demande d'aide médicale à mourir.	**28.** Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir. Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.	
Obligations que doit respecter le médecin avant d'offrir l'aide médicale à mourir.	**29.** Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit : 1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les 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 relatif à la maladie, 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 doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit. **30.** Si le médecin conclut, à la suite de l'application de l'article 29, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande,	

Situation où le médecin constate que les conditions prévues à l'article 29 sont respectées.	il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle 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. **31.** 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 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'établissement ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur général de l'établissement, ou la personne qu'il a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.	
Situation où le médecin refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29.	Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne qu'il a désignée. Le médecin lui transmet, le cas échéant, le formulaire qui lui a été remis et les démarches visées au premier alinéa sont alors entreprises. Dans le cas où aucune instance locale ne dessert le territoire où est située la résidence de la personne, l'avis mentionné au deuxième alinéa est transmis au directeur général de l'établissement exploitant un centre local de services communautaires sur ce territoire ou à la personne qu'il a désignée.	
Renseignements ou documents devant apparaître au dossier d'une demande d'aide médicale à mourir.	**32.** 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. Doit également être inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration.	

Protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. **Obligation du médecin rattaché à un centre exploité par un établissement qui fournit la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir à une personne d'informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.**	**SECTION III** **FONCTIONS PARTICULIÈRES DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS** **33.** Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué pour un établissement doit, en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. **34.** Le médecin qui fournit la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son administration, informer le 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. 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. **35.** 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 le médecin l'informe conformément au premier alinéa de l'article 34.	**Les fonctions des instances appelées à intervenir demandent à être précisées.**
Obligation du médecin exerçant sa profession dans un cabinet privé qui fournit la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir à une personne d'informer le Collège des médecins.	**SECTION IV** **FONCTIONS PARTICULIÈRES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC** **36.** Un médecin exerçant sa profession dans un cabinet privé de professionnel qui fournit la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs doit, dans les 10 jours de son administration, informer le Collège des médecins du Québec et lui transmettre, selon les conditions et modalités prescrites par le Collège, les renseignements qu'il détermine. Le Collège ou son comité compétent évalue la qualité des soins ainsi fournis, notamment au regard des normes cliniques applicables.	

Obligation du Collège des médecins de présenter annuellement un rapport sur les soins de fin de vie dispensés par des médecins exerçant leur profession dans un cabinet privé.	**37.** Le Collège des médecins du Québec doit, chaque année, préparer un rapport concernant les soins de fins de vie dispensés par des médecins qui exercent leur profession dans un cabinet privé de professionnel. Le rapport doit indiquer le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées par ces médecins à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs. Les renseignements doivent être présentés par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux et par territoire d'agence de la santé et des services sociaux. Le rapport est publié sur le site Internet du Collège et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie au plus tard le 30 juin de chaque année.	
Constitution d'un organisme public. **Composition de la commission.**	**CHAPITRE V** **COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE** **SECTION I** **INSTITUTION ET FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION** **38.** Est instituée la Commission sur les soins de fin de vie. **39.** La Commission est composée de 11 membres nommés par le gouvernement, lesquels se répartissent comme suit : 1° cinq membres sont des professionnels de la santé ou des services sociaux, dont : a) deux membres sont nommés après consultation du Collège des médecins du Québec; b) un membre est nommé après consultation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; c) un membre est nommé après consultation de l'Ordre des pharmaciens du Québec;	**Une loi est susceptible de comprendre des dispositions qui se rattachent au droit formel.** **Des organismes de surveillance peuvent être constitués afin de veiller au bon fonctionnement d'un programme ou d'une offre de service. Il y a alors lieu de constituer l'organisme et de fixer son mandat.**

	d) un membre est nommé après consultation de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec; 2° deux membres sont des juristes, nommés après consultation du Barreau du Québec et de la Chambre des notaires du Québec; 3° deux membres sont des usagers d'un établissement, nommés 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; 5° un membre est nommé après consultation des organismes représentant les établissements. Lorsqu'il procède aux nominations visées au paragraphe 1° du premier alinéa, le gouvernement doit s'assurer qu'au moins un membre est issu du milieu des soins palliatifs. 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.	
Pouvoir d'établir un règlement de régie interne.	**40.** La Commission peut prendre tout règlement concernant sa régie interne.	
Quorum requis pour tenir une réunion.	**41.** Le quorum aux réunions de la Commission est de sept membres, dont le président ou le vice-président. Sous réserve du deuxième alinéa de l'article 47, 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**	
Mandat de la commission.	**42.** 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.	
Production d'un rapport annuel.	La Commission transmet au ministre, au plus tard le 30 septembre de chaque année, un rapport annuel de ses activités. 16	
Dépôt du rapport annuel à l'Assemblée nationale.	**43.** Le ministre dépose les rapports produits par la Commission devant l'Assemblée nationale dans les 30 jours suivant leur réception ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux. La commission compétente de l'Assemblée nationale étudie ces rapports.	
Consultation en vue de formuler un avis au ministre.	**44.** Dans l'exercice des fonctions qui lui sont dévolues par le premier alinéa de l'article 42, la Commission peut notamment, de façon exceptionnelle : 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.	
Transmission requise de données en vue de formuler un avis au ministre.	**45.** La Commission peut exiger des établissements, des maisons de soins palliatifs, des médecins exerçant leur profession dans un cabinet privé de professionnel ou des agences qu'ils lui transmettent, de la manière et dans les délais qu'elle indique, les états, données statistiques, rapports et autres renseignements nécessaires afin de lui permettre d'exercer les fonctions prévues au premier alinéa de l'article 42, pourvu qu'il ne soit pas possible de relier ces renseignements à une personne ayant reçu des soins de fin de vie ou au professionnel de la santé ou des services sociaux les ayant fournis.	
Transmission des renseignements prévus par règlement à la suite de l'administration de l'aide médicale à mourir.	**46.** 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 47. Quiconque constate qu'un médecin contrevient au présent article est tenu de signaler le manquement au Collège des médecins du Québec pour qu'il prenne les mesures appropriées.	**Le règlement prévu à l'article 46 est entré en vigueur le 10 décembre 2015 : *Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin* (« Décret 997-2015 », 11 novembre 2015, *Gazette officielle du Québec*, vol 147, nº 46 (18 novembre 2015), p 4299-4303).**
Vérification de l'avis du médecin suivant l'article 29 par la commission.	**47.** Sur réception de l'avis du médecin, la Commission vérifie le respect de l'article 29 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 29 n'a pas été respecté, la Commission transmet un résumé de ses conclusions au Collège des médecins du Québec et, lorsque le médecin a fourni l'aide médicale à mourir à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement, à l'établissement concerné pour qu'ils prennent les mesures appropriées.	

Traitement des plaintes à l'égard des soins de fin de vie. **Possibilité d'un médecin de refuser pour des convictions personnelles d'administrer l'aide médicale à mourir.**	**CHAPITRE VI** **DISPOSITIONS DIVERSES** **48.** La plainte que toute personne peut formuler à l'égard des soins de fin de vie auprès du commissaire local ou du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, conformément aux règles prévues aux sections i à iii du chapitre iii du titre ii de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, doit être traitée en priorité. Il en est de même d'une plainte formulée à l'égard des soins de fin de vie auprès du syndic du Collège des médecins du Québec. **49.** La décision prise par une personne ou, le cas échéant, par la personne qui peut consentir aux soins pour elle et qui consiste à refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou à retirer son consentement à un tel soin, de même que celle de recourir à la sédation palliative continue 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. **50.** Un médecin peut refuser d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles et un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif. Un tel médecin ou un tel professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne. Le médecin doit en outre respecter la procédure prévue à l'article 31.	**Le fonctionnement adéquat d'un programme ou d'une offre de service peut exiger un mécanisme permettant d'acheminer des plaintes pour recueillir les griefs de la population desservie.**
Consentement anticipé à des soins de fin de vie par une personne majeure.	**TITRE III** **DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES** **Chapitre I** **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** **51.** Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, au moyen de directives médicales anticipées, indiquer si elle consent ou non aux soins médicaux qui pourraient être requis par son état de santé au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.	

Consentement fait par acte notarié ou devant témoins.	**52.** Les directives médicales anticipées sont faites par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre. À la demande de l'auteur des directives, celles-ci sont versées au registre des directives médicales anticipées établi conformément à l'article 63.	
Consentement fait devant témoins.	**53.** Lorsque les directives médicales anticipées sont faites devant témoins, le formulaire est rempli par la personne elle-même. La personne déclare alors, en présence de deux témoins, qu'il s'agit de ses directives médicales anticipées, mais sans être tenue d'en divulguer le contenu. Elle date et signe le formulaire ou, si elle l'a déjà signé, elle reconnaît sa signature. Les témoins signent aussitôt le formulaire en présence de la personne. Si la personne ne peut remplir le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, il peut l'être par un tiers suivant ses instructions. Ce dernier date et signe ce formulaire en sa présence. Un majeur inapte ou un mineur ne peut agir comme tiers ou comme témoin.	
Révocation possible des directives médicales anticipées.	**54.** Les directives médicales anticipées peuvent être révoquées à tout moment par leur auteur au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Elles ne peuvent toutefois être modifiées que par la rédaction de nouvelles directives, suivant l'une des formes prévues au premier alinéa de l'article 52. Ces nouvelles directives remplacent celles rédigées antérieurement. Malgré ce qui précède, en cas d'urgence, lorsqu'une personne apte exprime verbalement des volontés différentes de celles qui se retrouvent dans ses directives médicales anticipées, cela entraîne leur révocation.	
Versement au dossier de directives médicales anticipées remises à un professionnel de la santé.	**55.** Lorsque des directives médicales anticipées sont remises à un professionnel de la santé, celui-ci les verse au dossier de la personne concernée si celles-ci ne l'ont pas déjà été. Si ces directives lui sont remises par leur 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.	
Vérification par le médecin lors d'un changement significatif de l'état de santé d'une personne dont les directives médicales anticipées sont versées à son dossier.	**56.** 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.	
Consultation du registre des directives médicales anticipées lorsqu'un médecin constate l'inaptitude d'une personne à consentir aux soins.	**57.** 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.	
Valeur accordée à des directives médicales anticipées versées au dossier.	**58.** 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.	
Présomption de la transmission de l'information nécessaire permettant une prise de décision éclairée lors de la signature.	**59.** 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.	
Refus d'une personne inapte à recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti dans des directives médicales anticipées.	**60.** 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.	
Intervention du tribunal.	**61.** 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, d'un médecin ou d'un établissement, invalider en tout ou en partie des directives médicales anticipées s'il a des motifs raisonnables de croire que l'auteur	

Ne constituent pas des directives médicales anticipées le mandat donné en prévision de l'inaptitude d'une personne.	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. **62.** 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.	
Constitution d'un registre des directives médicales anticipées.	**CHAPITRE II** **REGISTRE DES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES** **63.** 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 assujetti 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. **64.** 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 et celles qui pourront le consulter.	**Le règlement prévu à l'article 64 est entré en vigueur le 15 juin 2016 : *Règlement sur les modalités d'accès au registre des directives médicales anticipées et son fonctionnement* (« Arrêté numéro 2016 004 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 28 avril 2016 » *Gazette officielle du Québec*, vol 148, nº 20 (18 mai 2016), p 2641-2644).**
Modifications apportées à des lois.	**TITRE IV** **DISPOSITIONS MODIFICATIVES, TRANSITOIRES ET FINALES** **CHAPITRE I** **DISPOSITIONS MODIFICATIVES CODE CIVIL DU QUÉBEC**	**Les dispositions finales de la loi peuvent être modificatives, abrogatives, transitoires ou financières. Elles permettent de désigner le ministre qui sera responsable de son application et de fixer la date de l'entrée en vigueur de la loi.**

	65. 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 assujetti 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 (2014, chapitre 2) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus ». **66.** 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 ». 67. 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** **68.** 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 61 de la Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) concernant l'application de directives médicales anticipées. ». **LOI MÉDICALE** **69.** 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 :	**Une loi comprend souvent des modifications à des lois en vigueur. Ces modifications visent à préserver la cohérence du corpus législatif en apportant des amendements à des lois susceptibles de trouver application en concomitance avec la nouvelle loi.** **Tout changement apporté à un texte de loi constitue une modification dont la portée peut être d'intensité variable. Cela inclut l'ajout ou le remplacement de tout ou partie d'une disposition et même son abrogation. L'abrogation entraîne la disparition totale d'une disposition par rapport au remplacement qui engendre une continuité avec l'ancienne disposition.**

	« 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 (2014, chapitre 2). ». **LOI SUR LA PHARMACIE** **70.** L'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* (chapitre P-10), modifié par l'article 2 du chapitre 37 des lois de 2011, est de nouveau modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « dans le but de maintenir ou de rétablir la santé » par « dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes ». **LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX** **71.** L'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) est 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 (2014, chapitre 2). ».	
Dérogation à l'application de l'article 7 pour un établissement n'offrant que des soins palliatifs.	**CHAPITRE II** **DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES** **72.** Malgré l'article 7, un établissement qui, le (indiquer ici la date de l'entrée en vigueur de l'article 7), 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. **73.** Jusqu'au (indiquer ici la date qui suit de deux ans celle de l'entrée en vigueur de l'article 8), le directeur général d'un établissement doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement le rapport prévu au deuxième alinéa de l'article 8 tous les six mois. L'établissement le transmet, le plus tôt possible, à la Commission sur les soins de fin de vie et le publie sur son site Internet.	**Les dispositions transitoires ont pour but d'harmoniser l'application de la loi dans le temps en prévoyant, par exemple, le maintien du droit antérieur durant un certain délai ou dans un contexte particulier. Elles peuvent également permettre des dérogations aux règles prévues par la loi alors que toutes les conditions requises pour son application ne sont pas encore en place.**

	Jusqu'à cette date, le Collège des médecins du Québec doit également transmettre le rapport prévu à l'article 37 tous les six mois à la Commission sur les soins de fin de vie. 22 **74.** 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 14) 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 14. **75.** Malgré le paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 42, la Commission sur les soins de fin de vie doit transmettre son premier rapport sur la situation des soins de fin de vie au plus tard le (indiquer ici la date qui suit de trois ans celle de l'entrée en vigueur de l'article 42). **76.** Le ministre doit, au plus tard le (indiquer ici la date qui suit de quatre ans celle de l'entrée en vigueur du présent article) faire rapport au gouvernement sur la mise en œuvre de la présente loi, et par la suite tous les cinq ans, faire rapport au gouvernement sur l'application de celle-ci. 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.	**Les organismes qui offrent des services publics sont souvent tenus de produire un rapport de leurs activités.** **Le renvoi** **Le renvoi est un procédé législatif faisant référence à une autre disposition de la même loi (renvoi interne, art 75), à une autre loi ou à certaines dispositions de celle-ci (renvoi externe, art 74). Un renvoi doit être précis.** **Le ministre responsable de l'application d'une loi peut devoir produire un rapport pour rendre compte de sa mise en œuvre.**
Désignation du ministre responsable de l'application de la loi.	**77.** Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la présente loi.	**Une loi relève de l'autorité d'un ministre qui voit à son application. Il lui reviendra de proposer des amendements à la loi en vigueur, si cela s'avère nécessaire.** **C'est le ministre responsable de l'application de la loi qui présente le projet de loi à l'Assemblée nationale en faisant la lecture des notes explicatives.**
Date d'entrée en vigueur de la loi.	**78.** À l'exception des dispositions du deuxième alinéa de l'article 52, de l'article 57, de l'article 58 dans la mesure où elles concernent le registre des directives médicales anticipées et de celles des articles 63 et 64, qui entreront en vigueur à la date ou aux dates déterminées par le gouvernement, les dispositions de la présente loi entreront en vigueur au	**Tous les articles d'une loi ne doivent pas nécessairement entrer en vigueur en même temps.** **La loi fixe au plus tard le 10 décembre 2015 l'entrée en vigueur de la loi, sauf pour les**

	plus tard le 10 décembre 2015, ou à toute date antérieure fixée par le gouvernement.	**articles 52, 57, 58, 63 et 64 qui entrent en vigueur à une date fixée par décret du gouvernement.** **Il s'agit d'un mode d'entrée en vigueur par étapes.** **Les articles 63 et 64 sont entrés en vigueur le 16 décembre 2015 (*Gazette officielle du Québec*, vol 147, n° 52 (30 décembre 2015), p 4968).** **Les 5 articles 52, 57 et 58 sont entrés en vigueur le 15 juin 2016 (*Gazette officielle du Québec*, vol 148, n° 23 (8 juin 2016), p 2839).** **En l'absence de décret du gouvernement pour faire entrer en vigueur les autres articles de la loi à une date antérieure, ceux-ci sont entrés en vigueur le 10 décembre 2015.**

NOTES EXPLICATIVES

Cette 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.

La 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.

La 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 professionnels afin de préciser l'encadrement et l'organisation de ces soins. Elle 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.

La loi prévoit des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, soit la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Elle 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. La loi précise également les fonctions du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements et du Collège des médecins du Québec à l'égard de ces soins.

La loi institue la Commission sur les soins de fin de vie et prévoit sa composition et ses règles de fonctionnement. Elle 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, la loi met en place le régime des directives médicales anticipées. Elle précise notamment les exigences à respecter pour que ces directives aient une valeur contraignante.

Finalement, la loi contient les dispositions modificatives, transitoires et finales nécessaires à sa mise en œuvre.

***

Chaire de rédaction juridique Louis-Philippe-Pigeon
Faculté de droit, Université Laval
Pavillon Charles-De Koninck, local 7172
1030, avenue des Sciences-Humaines
Québec (Québec) G1V 0A6
CANADA

Courriel : crj@fd.ulaval.ca
Facebook : CRJLouisPhilippePigeon
LinkedIn : Chaire de rédaction juridique