

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Véronique Hurni Auto délivrance : la défenestration en attendant EXIT

L'initiative EXIT devra être votée par les Vaudois le 17 juin 2012, en attendant les blocages sont toujours d'actualité puisque la presse relate le tragique destin de cet homme de 84 ans qui a mis fin à ces jours en se défenestrant depuis sa chambre au troisième étage de l'Hôpital Intercantonal de la Broye.

Cet homme souffrait d'une grave maladie pulmonaire irréversible, et l'amputation et l'étouffement qui le guettaient à cause de sa maladie lui ont fait prendre cette décision d'un suicide violent.

Il ne manquait qu'une seule pièce au dossier de cet homme très âgé, celle d'un avis médical certifiant qu'il était en pleine possession de ses capacités de discernement pour choisir une assistance au suicide.

Visiblement, cette pièce n'a pu être obtenue malgré le fait qu'il était rentré à l'hôpital mi-février.

L'hôpital a procédé à une évaluation psychiatrique qui a conclu que ce patient souffrait d'un syndrome dépressif et donc une autre expertise psychiatrique allait être demandée pour répondre à la question de sa réelle capacité de discernement. Ce patient n'a pas pu obtenir ce certificat et le fils de cet homme a eu l'impression d'un blocage de la part de l'institution.

Comme je l'ai dit lors de la discussion finale sur l'initiative EXIT et le contre-projet, c'est bien là le nœud du problème puisque la décision finale peut être remise en cause par l'équipe soignante et le médecin responsable pour de multiples raisons et ceux-ci peuvent faire traîner les choses pour diverses raisons.

Ces mourants font alors face à des lenteurs administratives et rentrent à domicile avant que la commission d'éthique ne se prononce, ou alors finissent par mourir dramatiquement.

Si l'on peut tolérer que le personnel soignant, tout au moins une partie d'entre eux, n'admette pas cette façon de quitter la vie et considère que cela va à l'encontre de son travail ou de sa sensibilité, il est par contre inqualifiable que la procédure mise en place par la commission d'éthique du HIB se transforme en un obstacle administratif quasi infranchissable et favorise ainsi l'attitude oppositionnelle de l'institution au détriment du choix d'un patient très affaibli et vulnérable.

Cette même commission fondée en 2010 ne s'est d'ailleurs jamais réunie, selon les dires de son président !

Aussi, je me permets de poser les cinq questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. Quel a été le parcours exact de ce patient depuis son hospitalisation à l'Hôpital Intercantonal de la Broye mi-février 2012 ?
2. Quelles sont les raisons qui ont permis de douter de la capacité de discernement de ce patient et qui a formulé cette décision négative et sur quels critères ?
3. Est-il normal qu'une commission, fondée en 2010, ne se soit jamais réunie alors même que ce sujet

est d'actualité depuis février 2009 ?

4. Plutôt que de faire des débriefings, ne serait-il pas plus simple de former le personnel soignant sur ces éventualités ?

5. Est-ce que le Conseil d'Etat pense mettre en place une formation sur les aspects éthiques et légaux pour tous les soignants employés par l'Etat pour les sensibiliser à cette éventualité après la votation du 17 juin 2012 ?

Je remercie le Conseil d'Etat pour sa réponse dans le délai de trois mois.

Le CE souligne que la situation évoquée par Madame la députée Hurni est soumise au secret médical d'autant plus que le patient est décédé et que le secret persiste après le décès de la personne. La famille n'est pas habilitée à lever le secret. Le CE a dû tenir compte de cela dans l'élaboration de ses réponses à l'interpellation de Madame la députée Hurni, en particulier pour les questions 1 et 2.

### **1 QUEL A ÉTÉ LE PARCOURS EXACT DE CE PATIENT DEPUIS SON HOSPITALISATION À L'HÔPITAL INTERCANTONAL DE LA BROYE MI-FÉVRIER 2012 ?**

Au nom des motifs évoqués en préambule, il n'est pas possible de fournir des détails liés au dossier médical du patient et d'indiquer ainsi son parcours exact à l'hôpital. Le CE relève néanmoins qu'il s'est passé 29 jours entre l'hospitalisation du patient et son suicide. La prise en charge médicale du patient n'atteste d'aucun manquement au devoir de diligence du personnel sanitaire, ni de lenteur ou retard dans la mise en place d'un traitement adéquat.

Il est avéré que la famille et le patient lui-même ont initié des démarches auprès de l'Association EXIT quelques jours seulement avant qu'il ne se donne la mort ; en l'occurrence le premier contact de la famille avec EXIT a eu lieu 8 jours avant et celui du patient 2 jours avant. Dans ce court laps de temps, le personnel médical de l'hôpital n'a pas été contacté par EXIT.

Il paraît en outre utile de relever qu'EXIT, selon les conditions précisées sur son site internet, ne peut agir que si la capacité de discernement du requérant a été établie. Il faut également que la personne soit membre de l'association "depuis un certain temps".

En l'espèce, le patient s'est donné la mort peu après avoir formellement demandé son adhésion à EXIT, alors même que l'évaluation de sa capacité de discernement avait été fixée cette même semaine.

### **2 QUELLES SONT LES RAISONS QUI ONT PERMIS DE DOUTER DE LA CAPACITÉ DE DISCERNEMENT DE CE PATIENT ET QUI A FORMULÉ CETTE DÉCISION NÉGATIVE ET SUR QUELS CRITÈRES ?**

S'agissant de données couvertes par le secret médical, le CE ne peut répondre à cette question. Il précise cependant qu'il y avait lieu d'attendre l'évaluation de la capacité de discernement avant toute décision d'assistance au suicide et qu'aucun manquement dans la prise en charge du patient ne peut être reproché au personnel soignant.

### **3 EST-IL NORMAL QU'UNE COMMISSION, FONDÉE EN 2010, NE SE SOIT JAMAIS RÉUNIE ALORS MÊME QUE CE SUJET EST D'ACTUALITÉ DEPUIS FÉVRIER 2009 ?**

De manière similaire à ce qui se passe en Europe, la Suisse assiste depuis plusieurs années à la création de commissions d'éthique dans les établissements hospitaliers. Dans le canton de Vaud, la grande majorité des établissements disposent d'une telle commission. Toutefois, le CE précise qu'il n'existe pas de disposition légale imposant leur création et que par conséquent, l'Etat n'est pas fondé de veiller, ni à leur existence, ni à leur fonctionnement. De manière générale, il est de la compétence et de la responsabilité de la direction de l'établissement de s'assurer que son personnel soignant puisse répondre à des situations difficiles, notamment des demandes d'assistance au suicide. Toutefois, le CE relève, qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas d'obligation de disposer de directives qui règlent les questions relatives à une adhésion en urgence à une association d'aide au suicide pour un patient hospitalisé, même si la plupart des hôpitaux disposent d'une procédure pour une demande concernant l'assistance au suicide.

Le personnel soignant est donc en principe capable de gérer ce type de requête en considérant tous les aspects médicaux, légaux et éthiques d'une telle demande, notamment concernant l'évaluation de la capacité de discernement dans des délais raisonnables.

### **4 PLUTÔT QUE DE FAIRE DES DÉBRIEFINGS, NE SERAIT-IL PAS PLUS SIMPLE DE FORMER LE PERSONNEL SOIGNANT SUR CES ÉVENTUALITÉS ?**

Les deux approches sont essentielles. Elles sont favorisées par le CE dans la mise en œuvre des mesures nécessaires au fonctionnement du système sanitaire, en particulier lorsqu'il s'agit de suicide médicalement assisté.

### **5 EST-CE QUE LE CONSEIL D'ETAT PENSE METTRE EN PLACE UNE FORMATION SUR LES ASPECTS ÉTHIQUES ET LÉGAUX POUR TOUS LES SOIGNANTS EMPLOYÉS PAR L'ETAT POUR LES SENSIBILISER À CETTE ÉVENTUALITÉ APRÈS LA VOTATION DU 17 JUIN 2012 ?**

S'agissant principalement du respect du droit des patients dans des situations particulièrement délicates, le CE considère que la formation ne doit pas se centrer uniquement sur les aspects éthiques et légaux mais doit tenir compte également des aspects humains et favoriser surtout la communication entre les intervenants. Les professionnels de la santé sont en général sensibilisés sur ce point notamment par le biais des directives de l'AVDEMS et de la plupart des hôpitaux.

Il est par ailleurs d'ores et déjà prévu - la votation du 17 juin 2012 ayant eu lieu- que le DSAS envoie aux établissements sanitaires une information afin que les professionnels de la santé tiennent compte de ces aspects.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 27 juin 2012.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*