

## RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

chargée d'examiner l'objet suivant:

**Exposé des motifs et projet de décret prolongeant d'un an le délai pour soumettre l'initiative  
"Assistance au suicide en EMS" au vote populaire**

La commission s'est réunie le 15 mars 2011.

**Membres présents:** Mmes Catherine Roulet (présidente), Christa Calpini, Edna Chevalley, MM. Maximilien Bernhard, Bernard Borel, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Philippe Jobin, Philippe Martinet, Philippe Modoux, Stéphane Montangero, François Payot, Jean Christophe Schwaab, Philippe Vuillemin, Pierre Zwahlen (en remplacement de Filip Uffer). Excusé : Filip Uffer.

**Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS):** MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat et Karim Boubaker, Médecin cantonal.

### Débat d'entrée en matière

La présidente observe que le délai pour soumettre au vote populaire l'initiative "Assistance au suicide en EMS" échoyait en février 2011 et que, en ce sens, l'EMPD demande au Grand Conseil de se prononcer sur un fait accompli.

Le chef du DSAS exprime ses regrets pour le retard accumulé et rappelle le fondement de la demande de prolongation du délai pour soumettre l'initiative au vote populaire : à savoir l'élaboration et la mise en consultation d'un contre-projet. La décision de présenter un contre-projet découle de la volonté de proposer une alternative face à une initiative jugée excessive par le Conseil d'Etat, et de la volonté de clarifier, pour la suite, des cas difficiles qui se sont concrètement produits dans des établissements sanitaires du canton en matière d'assistance au suicide. D'un côté, le respect de la liberté individuelle des résidents et la garantie d'égalité de traitement entre résidents placés dans des institutions différentes, plaident en faveur de l'obligation de chaque EMS, assimilé à un domicile, à accepter l'aide au suicide dans ses murs. D'un autre côté, il convient d'admettre que l'EMS constitue plus qu'un simple domicile mais aussi une institution de soins "communautaire".

Pourtant un commissaire insiste sur l'importance à respecter les délais constitutionnels, tout particulièrement en matière de droits populaires. Il se demande si ce retard n'est pas dû au fait que le chef du DSAS est lui-même très réservé, comme on l'a vu avec la lourde procédure mise en place au CHUV. Et si ce n'est pas un moyen d'esquiver un débat difficile. Au plan formel, le chef du DSAS précise alors que le Conseil d'Etat a accepté le principe de la prolongation du délai (donc le présent EMPD) le 3 novembre 2010 déjà, soit trois mois avant l'échéance du délai pour soumettre l'initiative au vote populaire, ce qui dans tous les cas ne laissait pas le temps au Grand Conseil de statuer dans les

délais. Sur le fond, il affirme qu'aucune volonté n'émane du Conseil d'Etat de ne pas respecter les délais constitutionnels. Il met en plus en avant le fait que la réflexion au niveau cantonal a été influencée par le débat au niveau fédéral et ses attermolements. On se souvient en effet que la Confédération a mis en consultation une révision de l'article 115 du Code pénal, sur le même thème. Il est cependant probable qu'il faudra des années avant qu'une solution n'entre en vigueur.

Les membres de la commission sont ainsi rassurés. Plusieurs d'entre eux soulignent la maturation nécessaire qu'exige un sujet aussi délicat. Le processus de consultation revêt dès lors toute son importance, d'autant plus s'il permet l'intégration des considérations des diverses parties prenantes et donc l'entrée en débat de ceux qui s'y refuseraient autrement. En ce sens, la prolongation du délai, et donc de la réflexion, se montre utile.

Le médecin cantonal précise aussi que le contre-projet actuellement en cours de rédaction ne compte qu'une ou deux modifications mineures par rapport à la version initiale mise en consultation. Ces modifications portent sur l'allègement de la procédure de validation de la demande d'aide au suicide, l'idée étant de mettre un cadre à l'assistance au suicide dans les établissements sanitaires, et non pas des freins.

### **Lecture de l'exposé des motifs**

(Sont mentionnés uniquement les points ayant donné lieu à des commentaires)

#### *3 – Grandes lignes du contre-projet*

Un commissaire manifeste son opposition, et celle des milieux qu'il représente, à l'initiative et au contre-projet pour les raisons suivantes:

- Primauté du principe de protection de la vie depuis la conception jusqu'à la mort naturelle ; acceptation de l'euthanasie active mais indirecte uniquement, c'est-à-dire le soulagement des souffrances par des moyens qui peuvent entraîner le décès mais sans intention de le faire.
- Prééminence du soulagement physique, moral et spirituel de la personne.
- Profond malaise et très grande réticence de professionnels, au sein des institutions sanitaires, vis-à-vis de l'assistance au suicide.
- Risque de tourisme de la mort en cas d'acceptation de l'initiative ou du contre-projet.
- Abandon du possible recours à l'aide au suicide une fois les personnes correctement informées au sujet des soins palliatifs en particulier.

Le chef du DSAS avance *a contrario* que :

- Le contre-projet soumet à autorisation les demandes d'assistance au suicide au sein des établissements sanitaires ; aucun automatisme n'est donc prévu.
- Les demandes potentiellement acceptables concernent uniquement des personnes atteintes de maladies graves ou incurables, et aucunement des personnes qui seraient simplement fatiguées de vivre.
- Le contre-projet prévoit l'interdiction pour le personnel soignant de participer au suicide assisté de personnes dont il a eu la charge.

Suite à une autre question, le chef du DSAS précise que l'idée de soumettre les demandes d'aide au suicide à une commission chargée de donner son préavis est abandonnée, dans un but de simplification demandée lors de la consultation. Le regard indépendant du médecin responsable de l'établissement concerné devant suffire. Ce médecin pouvant évidemment solliciter l'avis de ladite commission.

Plusieurs commissaires soulignent, dans le même esprit, l'intérêt à mettre en place un cadre en matière d'assistance au suicide (cadre qui, tout en garantissant la liberté et l'égalité de traitement des personnes, reconnaît la spécificité des établissements sanitaires, ou qui fixe des points de repère autant pour le patient que pour le personnel soignant), ainsi que l'importance à accorder suffisamment de

temps à la réflexion pour nourrir un débat de société de qualité. En ce sens, la prolongation de délai demandée s'avère acceptable et justifiée.

Faut-il faire sortir un patient de l'établissement sanitaire afin de pratiquer l'assistance au suicide ? Cette réflexion est en cours. Il reste que, si une personne est hébergée en EMS, elle n'a en principe plus de domicile. De manière plus générale, le chef du DSAS estime que l'assistance au suicide constitue une liberté plutôt qu'un droit. Il serait exagéré de demander à des institutions publiques de fournir (ou accepter dans leurs murs) une "prestation" d'aide au suicide, sous prétexte qu'il s'agirait d'un droit. En ce sens, de telles institutions ne seraient légitimées à agir (ou à accepter l'assistance au suicide en leur sein) que dans les cas où les personnes directement concernées ne seraient pas en mesure d'exercer leur liberté. Dans ce difficile débat, le chef du DSAS met en garde contre une réduction de l'argumentation aux simples questions de "moyens", où un suicide "sale" (défenestration par exemple) paraît inacceptable et un suicide "propre" (ingestion d'une potion létale dans une chambre feutrée) devient acceptable.

Le commissaire qui a manifesté son opposition à l'initiative et au contre-projet tel que mis en consultation se réjouit de constater que le Conseil d'Etat ne souhaite pas favoriser le suicide. Il insiste toutefois sur le fait que, à son avis, le rôle d'un EMS ou d'un hôpital ne doit en aucun cas consister à faciliter le suicide. Le médecin cantonal précise que le rôle d'un établissement sanitaire consiste en effet à aider et que, à ce titre, le processus de validation d'une demande d'assistance au suicide ne constitue pas une facilitation mais bien une aide permettant notamment aux protagonistes de saisir les tenants et les aboutissants de la situation. Le chef du DSAS ajoute que, dans le cadre d'une assistance au suicide en lieu privé (à domicile typiquement), la personne directement concernée est seule à décider de son sort. Dans le cadre d'un établissement sanitaire, il est au contraire prévu une procédure de validation de la demande d'aide au suicide. En ce sens, cette procédure ne correspond aucunement à une facilitation de l'aide au suicide.

### **Lecture du projet de décret**

*Article 1* : accepté par la commission à l'unanimité.

*Article 2* : formule d'exécution.

**A l'unanimité, la commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération le décret.**

Le Mont-sur-Lausanne, le 22 mars 2011.

La présidente :  
(Signé) *Catherine Roulet*