

**RAPPORT DE MAJORITE DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE
PUBLIQUE**

chargée d'examiner les objets suivants :

Exposé des motifs et projet de décret constatant la validité de l'initiative « Assistance au suicide en EMS » et ordonnant la convocation des électeurs aux fins de se prononcer sur cette initiative et sur le contre-projet du Grand Conseil

et

Préavis du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur l'initiative populaire « Assistance au suicide en EMS » et Projet de loi portant sur la validité de l'initiative populaire « Assistance au suicide en EMS » et modifiant la loi du 29 mars 1985 sur la santé publique (LSP) par ladite initiative

La commission s'est réunie trois fois : le 1er juillet, le 29 août et le 5 septembre 2011. Présidence : Mme Catherine Roulet.

Membres présents le 01.07.2011 : Mmes Christa Calpini, Véronique Hurni (remplaçant Pierre Grandjean). MM. Maximilien Bernhard, Bernard Borel, Michel Desmeules, Philippe Jobin, Philippe Martinet, Philippe Modoux, Stéphane Montangero, François Payot, Claude Schwab (remplaçant Pierre Zwahlen), Jean Christophe Schwaab, Filip Uffer, Philippe Vuillemin.

Membres présents le 29.08.2011 : Mmes Christa Calpini, Véronique Hurni (remplaçant Michel Desmeules). MM. Maximilien Bernhard, Bernard Borel, Jean-Michel Favez (remplaçant Stéphane Montangero), Pierre Grandjean, Philippe Jobin, Philippe Martinet, Philippe Modoux, François Payot, Roger Saugy (remplaçant Pierre Zwahlen), Jean Christophe Schwaab, Filip Uffer, Philippe Vuillemin.

Membres présents le 05.09.2011 : Mme Christa Calpini. MM. Maximilien Bernhard, Bernard Borel, François Cherix (remplaçant Filip Uffer), Michel Desmeules, Pierre-André Gaille (remplaçant Jean Christophe Schwaab), Pierre Grandjean, Philippe Jobin, Philippe Martinet, Philippe Modoux, François Payot, Nicolas RoCHAT (remplaçant Stéphane Montangéro), Philippe Vuillemin, Pierre Zwahlen.

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, M. Karim Boubaker, Médecin cantonal, Mme Christiane Sauvageat, Juriste au Service de la santé publique (SSP).

Le Professeur Gian Domenico Borasio, Chef du Service des soins palliatifs du CHUV, ainsi que ses collègues, ont envoyé un courrier aux député-e-s. Le professeur a également demandé à être entendu par la commission. Après discussion, celle-ci refuse, argumentant qu'il faudrait, dans ce cas, aussi entendre un représentant des initiants. En outre, le courrier du 16 juin 2011 du Service des soins palliatifs étant suffisamment clair, il suffit à aider la commission dans sa réflexion.

Dans son propos liminaire, le chef du DSAS met en avant les éléments suivants :

- le caractère inadéquat de l'initiative, ce qui explique que lui soit opposé un contre-projet. En

effet, l'initiative part du principe, a priori acceptable, que l'EMS constitue un équivalent du domicile du résident, le refus de l'EMS d'admettre en son sein l'assistance au suicide contrevenant alors au respect des droits de la personne résidente. Or, de l'avis du chef du DSAS, un EMS est certes le domicile du résident mais ne peut pas être considéré sous cet angle uniquement : il s'agit aussi d'une institution ayant ses propres contingences, d'un lieu de vie comprenant d'autres résidents ainsi que du personnel. Aussi doit-il être tenu compte de cette complexité dans la réflexion concernant l'assistance au suicide ;

- la nécessité de clarifier les responsabilités de chacun et chacune dans ce contexte marqué par la complexité. En effet, un soignant qui ne chercherait pas à empêcher une tentative de suicide, risque de voir sa responsabilité mise en cause pour non assistance à personne en danger, alors qu'une telle exigence en matière de responsabilité n'existe guère dans le cas d'une association pratiquant l'assistance au suicide. Le contre-projet permettra dès lors, tout en garantissant le droit à l'autodétermination de la personne, de clarifier le rôle de chacun et, notamment, de décharger le personnel soignant de sa responsabilité grâce à une procédure officielle d'examen des demandes d'aide au suicide ;
- la volonté du Conseil d'Etat de régler par la même occasion la question de l'assistance au suicide dans les hôpitaux. Même si ces derniers ne sont pas des lieux de résidence au même sens que les EMS, cette problématique s'y pose également. Pour prévenir le risque d'un développement incontrôlé des demandes d'aide au suicide à l'hôpital où les admissions sont aisées, émanant de personnes ayant par ailleurs conservé leur domicile, le chef du DSAS prévoit que le recours à l'assistance au suicide dans ces lieux de courts séjours ne soit permis que si le retour au domicile n'est pas possible d'un point de vue médical.

Discussion générale

De manière générale, la discussion révèle trois positions de fond :

A. Une opposition tant à l'initiative qu'au contre-projet, au motif fondamental du respect de la vie (opposition à l'aide au suicide). Ainsi, le commissaire qui représente cette tendance met en avant :

- la primauté du principe de protection de la vie ; l'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 ;
- la prééminence du soulagement physique, moral voire spirituel de la personne. En ce sens, le rôle de l'Etat consiste à poser un cadre permettant l'allègement des souffrances mais en aucun cas facilitant l'aide au suicide en institution ;
- la contradiction, d'un côté, à avancer le principe de l'assistance à personne en danger et, de l'autre côté, à tolérer l'aide au suicide ;
- l'inadéquation à faire de l'assistance au suicide une norme institutionnelle ;
- le risque pour le corps médical de devoir produire des actes contraires au serment d'Hippocrate ;
- l'article 3a de la LPFES qui stipule que les EMS « sont également des lieux de vie où les résidents peuvent maintenir ou développer une vie sociale satisfaisante », une telle disposition se révélant contradictoire avec la perpétration d'actes d'euthanasie en EMS ;
- l'inconséquence des initiants qui affirment que le droit à mourir relève d'une affaire privée ne concernant ni l'Etat ni l'Eglise, tout en lançant une initiative proposant une modification légale (donc concernant l'Etat) et tout en passant sous silence les demandes faites aux ecclésiastiques

d'apporter leur concours à des suicides assistés (ce qui concerne l'Eglise au premier chef) ;

- la difficulté à déterminer ce que signifie « le droit de mourir dans la dignité » et l'inadéquation à définir ce droit comme celui de se suicider ;
- la mise à disposition pour tous de soins palliatifs ;

B. Une opposition à l'initiative et une acceptation du contre-projet, en adaptant le contenu de ce dernier. Ainsi, les commissaires de cet avis soulignent entre autres :

- l'obligation d'œuvrer à une solution nuancée qui écarte toute vision simplificatrice, qui intègre la complexité des situations réelles et qui tient compte de la liberté individuelle tout en posant un cadre ;
- l'intérêt à définir l'assistance au suicide et son processus en soi ;
- la nécessité de ne pas subordonner l'avis du résident ou patient aux décisions du corps médical et du personnel soignant ;
- l'importance à faire en sorte que les établissements réfractaires à l'aide au suicide puissent vivre au mieux le fait que la loi leur impose la tenue en leur sein d'assistances au suicide justifiées ;
- la nécessité de respecter les éventuels conflits de conscience du personnel, la survenue d'un tel conflit ne devant aboutir à aucune pression sur la carrière du professionnel concerné ;
- l'intérêt à disposer d'un exposé des motifs plus circonstancié (rappel des textes pertinents parus dans *Médecin et droit médical*, des discussions relatives à la motion du Conseiller national Ruffy concernant l'assistance au décès, de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de conflit de conscience, etc.).

Pour le surplus, les commissaires favorables à cette position relèvent que les récents sondages d'opinion montrent qu'une large majorité de la population est favorable à une certaine autodétermination en matière de fin de vie. Ainsi, le risque est-il grand que l'initiative, malgré ses défauts, soit acceptée.

C. Une critique du contre-projet (faire voter l'initiative sans contre-projet direct ou indirect) au motif qu'il introduit des obstacles au plein exercice des droits de la personne. Ainsi, la commissaire qui représente cette tendance met en avant :

- le peu de cas enregistrés de suicide assisté en EMS (4 cas en 2009 dans le canton ; âge moyen des résidents concernés : 79 ans) ;
- le signal fort que représentent le récent vote zurichois (refus de l'interdiction de l'aide au suicide) ainsi que la récente décision du Conseil fédéral (renonciation à légiférer plus avant en la matière, soulignement du principe de l'autodétermination en fin de vie) ;
- le fait que c'est le résident ou le patient, au bénéfice du soutien de ses proches et de l'équipe soignante, qui décide d'une demande d'assistance au suicide et non pas l'association d'aide au suicide, cette dernière pouvant d'ailleurs refuser une demande ;
- la volonté des initiants et des associations d'aide au suicide, non pas d'entrer en force dans les EMS ou les hôpitaux, mais de lutter contre de graves dysfonctionnements parfois constatés (non-respect du droit à l'autodétermination des personnes) ;
- le fait que le personnel soignant n'a de tout temps, semble-t-il, jamais été contraint de participer à un suicide assisté ;
- la possibilité toujours existante que, en vertu du contre-projet, un médecin réticent face à l'aide au suicide invoque l'absence de capacité de discernement d'une personne pour lui refuser sa

demande d'assistance au suicide ;

- l'intérêt à ce que les institutions réfractaires à l'aide au suicide s'annoncent, ceci dans l'optique de laisser le choix de l'établissement aux futurs résidents/patients.

Ces trois tendances se déclinent de façons variées, au sein de la commission, lorsque sont, en particulier, abordés les thèmes suivants :

Position du Conseil fédéral

Plusieurs commissaires s'interrogent du possible impact sur la position du Conseil d'Etat de l'attitude du Conseil fédéral qui a renoncé à légiférer sur l'assistance au suicide, estimant que les dispositions actuellement en vigueur (art. 115 du Code pénal) suffisaient. Le chef du DSAS dit se réjouir de cette issue dans la mesure où elle justifie *a posteriori* une action du canton en la matière et dans la mesure où la solution cantonale adoptée ne risque plus de se trouver en contradiction avec le droit fédéral. Le chef du DSAS concède toutefois que, sans la pression de l'initiative, le Conseil d'Etat se serait lui aussi abstenu de légiférer, tant la complexité de la matière apparaît effectivement difficile à appréhender du point de vue légal.

Le chef du DSAS insiste sur la nécessité d'opposer un contre-projet à une initiative jugée inadaptée car tendant à faire de l'assistance au suicide un **droit** plutôt qu'une **liberté**, c'est-à-dire une mission de service publique ou une prestation que chacun (y compris, à la limite, les personnes en mesure de se suicider sans aide) serait en droit d'exiger dans le cadre des institutions agissant pour le compte de l'Etat, plutôt qu'une simple liberté laissée à l'individu. Le chef du DSAS estime de plus que l'initiative ne présente pas suffisamment de garde-fous : elle fait essentiellement référence au Code pénal (caractère non punissable de l'assistance au suicide si elle n'est pas réalisée pour des motifs égoïstes), sans pour autant mentionner les règles de bonne pratique que les associations d'aide au suicide affirment appliquer (évaluation serrée de la capacité de discernement de la personne et de sa motivation éclairée et persistante à mettre fin à ses jours, etc.). Garde-fous et règles de bonne conduite ne devraient pas, selon le chef du DSAS, être laissées à la seule appréciation des associations d'aide au suicide mais être fixées dans la loi.

En outre, le chef du DSAS met en garde contre la possibilité que, lors de la votation, l'accumulation des refus du contre-projet pour des motifs différents voire opposés conduise à un succès de l'initiative. D'où l'idée d'élaborer un contre-projet le plus rassembleur possible.

Périmètre du contre-projet

Un commissaire souligne le fait que l'initiative ne parle que d'EMS sans référence aucune aux hôpitaux, et plaide en conséquence contre l'intégration dans le contre-projet du cas des hôpitaux. Selon lui, éviter une telle adjonction servirait à accroître les chances de succès du contre-projet en votation populaire, la possibilité restant de légiférer sur les hôpitaux, dans un deuxième temps, si le besoin s'en faisait ressentir.

A contrario, plusieurs députés insistent sur l'importance d'inclure les hôpitaux dans le périmètre du contre-projet parce que :

1. les hôpitaux s'avèrent obligatoirement confrontés à la question de l'aide au suicide (pour preuve, le CHUV et le GHOL notamment ont adopté leur procédure ad hoc) ;
2. aucune raison n'incite, du moins pour l'instant, à protéger particulièrement les hôpitaux en la matière ;
3. il convient d'éviter des transferts de personnes d'un hôpital à un EMS au seul motif que l'assistance au suicide est possible dans la seconde institution et pas dans la première.

Bref, pour beaucoup, la question du périmètre du contre-projet appelle clarification. Dans cette perspective, le critère d'un possible retour ou non au domicile (en vue d'y procéder à une aide au

suicide) peut apparaître comme un élément propre à justifier une distinction pertinente entre EMS et hôpitaux.

Le chef du DSAS estime quant à lui important d'inclure les hôpitaux dans le périmètre du contre-projet, tant la problématique de l'assistance au suicide s'impose nécessairement à eux. De même, le chef du DSAS juge possible de traiter les hôpitaux dans leur spécificité sans pour autant les libérer de leurs obligations en matière d'assistance au suicide. La solution consisterait, selon lui, à trouver une bonne définition du retour à domicile. Pour ce faire, le chef du DSAS propose de remplacer la formulation de l'alinéa 4 de l'article 27d (nouveau) LSP par : « Si le patient dispose d'un logement, et si le lieu de soins concerné n'a pas de mission d'hébergement, le médecin responsable peut exiger que l'assistance au suicide se déroule au domicile du patient, sous réserve que celui-ci soit transportable ».

Vu le caractère transversal de la LSP, un commissaire se demande s'il ne conviendrait pas d'étendre la réflexion aussi aux institutions qui ne sont pas reconnus d'intérêt public, et/ou s'il ne conviendrait pas d'introduire dans la loi l'obligation pour tout établissement d'élaborer et de faire connaître ses lignes directrices en matière d'assistance au suicide. Le chef du DSAS estime de son côté que, pour les institutions qui ne dépendent pas de la manne publique et ne remplissent ainsi pas une mission publique déléguée, devraient régner tant la liberté d'entreprise et de commerce que la liberté d'accepter ou de refuser une assistance au suicide.

Implication du personnel soignant

Le chef du DSAS souligne que le contre-projet prévoit que le personnel soignant de l'établissement ne soit pas autorisé à participer à titre professionnel aux suicides assistés qui se déroulent dans les murs de l'institution. Il y a donc dissociation claire entre les prestations de soins et les éventuelles prestations relatives à l'aide au suicide, sauf pour le médecin responsable de l'établissement, amené à prendre une décision (d'ailleurs sujette à un possible recours) sur la demande d'assistance au suicide. Un soignant de l'établissement peut toutefois assister à un suicide mais alors à titre privé (si, par exemple, existe un lien de parenté avec la personne en fin de vie).

L'absence du personnel soignant durant l'acte d'aide au suicide pose le problème des garde-fous à prévoir pour éviter les éventuels dérapages (comme en finir avec un sac plastique sur la tête, la potion létale ne se montrant pas suffisamment efficace). A ce propos, le chef du DSAS rend attentif au fait que, si des garde-fous particuliers sont envisagés, il conviendra alors de déterminer qui assurera le contrôle des règles établies et selon quelles modalités. Autant, dès lors, que le médecin prescripteur assume ses responsabilités en la matière...

Rôle du médecin responsable

Pour un commissaire, la prescription d'une substance létale relève de l'unique responsabilité du médecin traitant et pas de celle du médecin responsable de l'établissement. Il se pourrait ainsi que le pharmacien soit habilité à refuser d'honorer une prescription provoquant la mort (car dépassant l'indication thérapeutique). Pour d'autres encore, dans la même idée, il importe de ne pas attribuer au médecin responsable de l'établissement la responsabilité de s'assurer que le moyen employé pour procéder à l'aide au suicide est soumis à prescription médicale. Autrement dit, il conviendrait de ne pas assigner au médecin responsable de l'établissement la responsabilité de la prescription faite par un autre (le médecin de l'association d'aide au suicide ou le médecin traitant).

Le chef du DSAS indique que l'alinéa 6 de l'article 27d (nouveau) LSP cherche simplement à éviter l'usage de moyens impropres pour procéder à l'aide au suicide. Le chef du DSAS se dit toutefois prêt à envisager une modification voire une suppression de cette disposition.

Une députée avance l'idée que le deuxième avis médical concernant les demandes d'assistance au suicide pourrait être celui d'un médecin des associations d'aide au suicide.

Accréditation des associations d'aide au suicide

Une autre voie que celle du contre-projet présenté consisterait à instaurer l'accréditation obligatoire des associations d'aide au suicide, c'est-à-dire leur fournir une autorisation d'exercer moyennant le respect par elles de certaines règles (équivalentes à celles posées par le contre-projet). Cette solution, que le chef du DSAS juge comme n'étant pas la meilleure, impliquerait de toute façon un acte législatif (modification de la loi sur la santé publique).

Lecture de l'exposé des motifs et du préavis du Conseil d'Etat

(sont mentionnés uniquement les points ayant donné lieu à discussion)

5 – Commentaires du contre-projet

L'obligation de disposer de la capacité de discernement pour formuler une demande valable d'aide au suicide fait débat. En effet, selon un commissaire, cette exigence exclurait entre 30% et 40% des personnes concernées par une demande d'assistance au suicide. De plus, la capacité de discernement est présumée (cf. article 16 du Code civil), ce qui implique que l'existence de cette capacité n'a pas à être prouvée par le patient. Au contraire, c'est aux autres acteurs impliqués de démontrer, avec toutes les difficultés que cela représente, l'éventuelle incapacité de discernement du patient.

Le médecin cantonal convient que le critère de la capacité de discernement, sans être le meilleur instrument dans ce type de situation, constitue néanmoins un outil important pour que les différents partenaires impliqués puissent opérer des choix. Il précise encore que le cadre proposé insiste sur le nécessaire travail en équipe (patient, famille, personnel soignant) qu'implique l'évaluation de la capacité de discernement de la personne demandant une aide au suicide. Cette évaluation cherche de même à tenir compte des possibles variations dans le temps de la capacité de discernement du patient. Le chef du DSAS ajoute que la capacité de discernement constitue la condition *sine qua non* pour parler de suicide. Ainsi, une personne qui aiderait un patient incapable de discernement à mettre fin à ses jours commettrait un meurtre, même si le patient procédait lui-même à l'acte final. De même, une directive anticipée prévoyant qu'une personne autorise l'assistance au suicide pour le jour où elle serait frappée d'incapacité de discernement, n'apparaît juridiquement pas admissible.

Lecture du projet de loi

(sont mentionnés uniquement les points ayant donné lieu à discussion)

Article 2

La formule « droit de mourir dans la dignité » employée par les initiants est jugée tendancieuse par un commissaire, au point qu'il nourrit des doutes sur la validité de l'initiative. Ainsi, une association « pour le droit de mourir dans la dignité » ne signifierait pas obligatoirement que ladite association soit favorable au recours au suicide (assisté ou non).

Le chef du DSAS précise à ce propos que le texte de l'initiative se montre clair dans la mesure où ce dernier parle explicitement d'assistance au suicide. Ainsi, l'argument d'une possible mésinterprétation du libellé de l'initiative par le corps électoral tombe. Au demeurant, le chef du DSAS rappelle que le contre-projet permet d'inscrire dans la loi les règles de bonnes pratiques dont se dotent généralement les associations d'assistance au suicide, ce que ne réalise pas l'initiative.

Un autre commissaire relève, quant à lui, l'extrême prudence dont il faut faire preuve, en démocratie directe, avant de décréter invalide une initiative populaire. De fait, pour lui, l'initiative en question se montre indubitablement valide.

Lecture du projet de décret

(sont mentionnés uniquement les points ayant donné lieu à discussion)

Article 1

A l'unanimité moins 1 abstention, la commission adopte l'article tel que rédigé.

Article 2

Art. 27d (nouveau) LSP – Assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public

Le périmètre du contre-projet fait débat (cf. supra). Au même titre que beaucoup de gens jugent inopportun de légiférer plus en avant sur l'assistance au suicide que ne le fait l'article 115 du Code pénal, un commissaire plaide pour que le contre-projet n'élargisse pas le périmètre d'action envisagé par l'initiative et s'en tienne aux EMS.

Plusieurs autres commissaires avancent au contraire que la médicalisation croissante des EMS et les fréquents allers-retours entre l'EMS et l'hôpital qu'effectuent certains résidents/patients rendent de plus en plus ténue la frontière entre ces deux types d'institution, il serait dès lors regrettable de restreindre ce contre-projet aux seuls EMS. Le chef du DSAS va dans le même sens tout en ajoutant (1) que, par leurs activités, les hôpitaux sont d'ores et déjà, confrontés à la problématique de l'aide au suicide, et (2) que le contre-projet, par l'amendement proposé à l'alinéa 4 de l'art. 27d (nouveau) LSP, tient compte des spécificités des hôpitaux qu'il importe de prendre en considération : accès facilité aux hôpitaux, notamment par les urgences, et dès lors risque de transferts de résidents de l'EMS à l'hôpital du seul fait que certains EMS se montrent réfractaires à l'assistance au suicide en leur sein.

Art. 27d (nouveau) LSP, alinéas 1

Une députée fait **une proposition d'amendement (cf. ci-dessous)** argumentant que :

- par sa formulation, l'article 16 du Code civil implique que la capacité de discernement est présumée jusqu'à preuve du contraire. En ce sens, il convient de ne pas suspecter automatiquement un malade, atteint d'une pathologie organique, d'une perte de capacité de discernement du fait qu'il demande une assistance au suicide. Il ne revient pas dès lors au médecin responsable et à l'équipe soignante de juger si le patient peut ou non demander une assistance au suicide. Par contre, si le médecin responsable ou l'équipe soignante mettent en doute la capacité de discernement du patient, c'est alors à eux qu'incombe d'apporter, dans un délai raisonnable, la preuve du défaut de discernement ;
- les assistances au suicide se déroulent essentiellement à domicile, mais les cas d'aide au suicide en institution ne sont pas inexistantes. Les chiffres 2010 indiquent ainsi 91 assistances au suicide réalisées par EXIT en Suisse romande (63 pour le seul canton de Vaud), dont 83 au domicile du patient, 7 en EMS et 1 à l'hôpital ;
- l'acceptation de l'amendement pourrait conduire les initiants à retirer leur initiative.

Proposition d'amendement de l'article 27d (nouveau) LSP

¹Les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, demandée par un patient ou un résident, si les conditions suivantes sont remplies :

a) ~~le médecin responsable du traitement hospitalier ou de l'établissement médico-social (EMS), en concertation avec l'équipe soignante et le médecin traitant, vérifie que le patient ou le résident :~~

Si le patient formule clairement une demande d'assistance au suicide et qu'il persévère dans sa demande après avoir rencontré les représentants d'une organisation d'aide au suicide qui

accepte de lui fournir l'assistance sollicitée. Si cette décision est contestée par le médecin ou le personnel soignant de l'institution il revient alors à ceux-ci d'apporter la preuve d'une perte de discernement du demandeur par un bilan psychiatrique dans un délai de 2 semaines ;

~~1. est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider et persiste dans sa volonté de se suicider ;~~

~~2. b) le demandeur souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ;~~

~~b) c) des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident.~~

~~²Lors de l'examen des conditions prévues à la lettre a) de alinéa 1, le médecin responsable peut solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud ou d'une commission d'évaluation interne à l'établissement.~~

Les 5 alinéas suivants restent identiques.

Au-delà de l'accord sur l'importance à mettre au centre le patient et le respect de sa volonté, et sur la nécessité que les décisions concernant des personnes en grande souffrance puissent être prises le plus rapidement possible, **l'amendement proposé reçoit les principales critiques suivantes :**

- l'ordre juridique actuel (Code civil, jurisprudence) consacre déjà, sans besoin de garde-fou additionnel, le principe qui veut que ce soit à l'« accusateur » de prouver le défaut de discernement et non pas au patient de démontrer l'existence de sa capacité de discernement. Au demeurant, la Commission d'examen des plaintes des patients peut toujours être saisie, cette dernière disposant de la compétence de prononcer des mesures provisionnelles, c'est-à-dire avant même la fin de l'instruction complète de l'affaire ;
- il paraît inapproprié de conférer aux associations d'aide au suicide une tâche supplémentaire, celle de conforter ou, au contraire, de dissuader le patient dans sa décision de recourir à l'assistance au suicide ;
- outre l'inadéquation à fixer un délai dans une loi plutôt qu'un règlement d'application, le délai envisagé pour procéder à un bilan psychiatrique apparaît excessivement court. En cas de dépassement dans les faits du délai, le passage à l'acte s'effectuerait alors sans conclusion fondée quant à la capacité de discernement du patient ;
- dans le contre-projet, les décisions en matière d'assistance au suicide en institution se prennent en concertation (travail d'équipe), ce qui concourt, sans avoir à apporter des garanties supplémentaires, à canaliser les éventuelles positions idéologiques (pro- ou anti-aide au suicide en institution) des acteurs impliqués et à éviter l'arbitraire ;
- la solution préconisée par le Conseil d'Etat représente le compromis le plus abouti entre la nécessité d'assurer le respect de règles essentielles (avec une responsabilité claire, celle du médecin responsable, posée en la matière) et la mise en place d'une procédure la plus légère possible pour ce faire ;

Pour le surplus, il semble que même en cas d'acceptation de cet amendement allant dans le sens des initiants, ces derniers ne retireraient pas leur initiative, leur volonté paraissant désormais d'aller jusqu'au vote populaire.

La députée à l'origine de l'amendement maintient sa proposition en invoquant que :

- les recours en justice ou auprès de la Commission d'examen des plaintes nécessitent du temps et des ressources/connaissances/soutiens dont le patient ne dispose pas forcément ;

- le délai de 2 semaines pour effectuer un bilan psychiatrique représente un délai maximum, un questionnaire d'évaluation de la capacité de discernement pouvant se réaliser en 10 minutes. Un commissaire insiste au contraire sur le fait que la passation d'un test, même du *mini mental state*, dure plus de 10 minutes et qu'il ne suffit pas pour déterminer valablement la capacité de discernement d'une personne ;
- le retour au domicile en vue de procéder à une assistance au suicide peut s'avérer particulièrement problématique tant pour le patient que ses proches en cas d'environnement familial/social défavorable/inadapté. Un commissaire lui rétorque que l'amendement, suggéré par le département, de l'alinéa 4 devrait résoudre ces difficultés. Le médecin cantonal ajoute que, au-delà d'une disposition légale, c'est une meilleure communication entre les acteurs impliqués qui permet d'améliorer les choses en la matière ;
- un contre-projet suffisamment proche de l'initiative reste susceptible d'inciter les initiants à retirer leur texte.

Par 1 voix pour, 14 voix contre et 0 abstention, la commission rejette l'amendement.

Est évoquée une alternative consistant à ajouter, au chiffre 1 de la lettre a, la mention « [...] et persiste dans sa volonté de se suicider, **par exemple après un entretien avec un représentant d'une organisation d'aide au suicide** », ou une lettre c à l'alinéa 1 stipulant qu'un échange a eu lieu avec une association d'aide au suicide. Cette idée, participant d'une reconnaissance des associations spécialisées dans l'assistance au suicide, reconnaissance susceptible d'encourager le dialogue entre les acteurs impliqués, est toutefois abandonnée pour les raisons principales suivantes :

- une éventuelle reconnaissance des associations d'aide au suicide n'a pas lieu de figurer au niveau du cadre légal. Tout au plus pourrait-elle apparaître au niveau règlementaire ;
- une référence aux associations d'aide au suicide conduit à la logique d'accréditation desdites associations, à laquelle le Conseil d'Etat se refuse ;
- il importe d'éviter que les associations d'aide au suicide profitent d'un monopole de fait dans les prestations d'assistance au suicide ;
- le choix de procéder à un entretien avec une association d'aide au suicide ou de bénéficier des services d'une telle association relève du domaine privé du patient.

Il est à noter au demeurant que, au chiffre 2 de la lettre a, la formulation « souffre d'une maladie ou de séquelles [...] » doit être comprise comme « est en souffrance du fait d'une maladie grave ou de séquelles [...] » et non pas uniquement comme « est atteint d'une maladie grave ou de séquelles [...] ».

L'idée d'ajouter à la lettre b « des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident **et mises en œuvre** » est abandonnée. En effet, tant le chef du DSAS que le médecin cantonal insistent sur le fait que, par principe, aucun traitement ne peut être administré sous contrainte (défaut de consentement du patient).

L'art. 27d (nouveau) LSP, alinéa 4 est repris :

Ainsi, dans le but de clarifier et de rendre opérationnelle la disposition, tout en répondant à la préoccupation du corps médical, le département suggère la modification suivante de l'alinéa : remplacement de la formulation

« Si le patient ou le résident dispose d'un logement extérieur, le médecin responsable peut proposer à la personne que l'assistance au suicide s'y déroule » par

« Si le patient dispose d'un logement extérieur et lorsque l'établissement n'a pas une mission d'hébergement médico-social, le médecin responsable peut refuser que l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, à la condition que le retour du patient dans son logement soit raisonnablement exigible ».

Charge de préciser dans un règlement ou des directives internes ce qui est entendu par « retour raisonnablement exigible ». Le chef du DSAS précise que cette notion intégrera à coup sûr des aspects médicaux (transportabilité du patient...) et psycho-sociaux (existence d'un environnement favorable au domicile du patient...). L'accès (par les urgences par exemple) plus facile à l'hôpital qu'à l'EMS justifie, selon le chef du DSAS, le distinguo opéré entre hôpital et EMS, distinguo destiné à éviter le recours des patients à une sorte de voie rapide vers l'assistance au suicide. En effet, pour le Conseil d'Etat, il apparaît uniquement légitime de faire en sorte qu'il ne soit pas possible qu'une personne soit empêchée de disposer de sa fin de vie comme elle l'entend du seul fait qu'elle se trouve en institution. Aux dires du chef du DSAS, sans la distinction proposée entre l'hôpital et l'EMS, bien des médecins hospitaliers se diraient paradoxalement plus favorables à l'initiative qu'au contre-projet, le périmètre de l'initiative ne portant que sur les EMS.

Plusieurs commissaires insistent sur l'esprit dans lequel l'amendement proposé doit être compris : la teneur dudit amendement ne doit pas conduire à ce que les hôpitaux répugnent, aux dépens des EMS, à procéder à toute assistance au suicide en leurs murs (ou inversement d'ailleurs).

Deux commissaires s'inquiètent des conséquences d'un tel amendement : nécessité d'établir des règles pour assurer que la décision du médecin responsable ne relève pas de l'arbitraire, mise en place d'une procédure de recours en cas de refus du médecin responsable de procéder à l'aide au suicide au sein de l'institution, risque d'ouvrir la voie à toutes sortes de conflits relatifs à l'évaluation du caractère véritablement exigible du retour au domicile, etc. Pour ces deux commissaires, il conviendrait dès lors d'en rester à la première version de l'alinéa proposée par le Conseil d'Etat, à tout le moins tant que n'intervient pas une codification claire des relations entre hôpitaux et EMS en matière de transfert de patients en vue d'une assistance au suicide.

A l'unanimité moins 2 abstentions, la commission accepte l'amendement.

Art. 27d (nouveau) LSP, alinéa 5

Le médecin cantonal se dit d'avis que la disposition s'avère suffisamment claire et permet une application aisée dans la mesure où elle interdit explicitement le personnel soignant de participer, à titre professionnel, à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide (donner la substance létale par exemple ou vérifier le décès du patient...) mais n'empêche pas ce même personnel d'être présent, à titre privé, lors de ladite procédure (assister, comme ami par exemple, à la fin de vie du patient). Il est vrai que se pose alors la question du rôle du personnel soignant présent (mais pas censé participer) dans les cas où l'aide au suicide ne se déroule pas comme prévu (souffrance du patient, possibilité de procéder à une réanimation...). Toutefois, la responsabilité du personnel soignant de l'établissement ne peut a priori aucunement être engagée en cas de dérapage de la mise en œuvre proprement dite de l'assistance au suicide.

Au demeurant, un commissaire fait remarque que, comme le personnel soignant de l'établissement n'est pas autorisé à participer à l'assistance au suicide proprement dite, l'intervention d'un tiers (personnel d'une association d'aide au suicide par exemple) s'impose par définition (sans cela, il n'est plus question d'*assistance* ou d'*aide* au suicide). Cette reconnaissance de facto des associations d'aide au suicide devrait peut-être, selon ce commissaire, inciter à réfléchir sur la qualité des prestations offertes par les associations considérées. Le chef du DSAS indique à ce propos que le constat de « mort violente » consécutif à un suicide implique systématiquement annonce et ouverture d'une enquête de la justice qui détermine si les conditions de la survenue du décès ont été acceptables au sens de la loi.

Art. 27d (nouveau) LSP, alinéa 6

La question se pose de savoir comment il est possible que soit rédigée une prescription médicale consistant, par exemple, en une dose létale d'un médicament donné. Ceci d'autant plus que le pharmacien est tenu d'informer le praticien en cas de prescription contraire à un but thérapeutique et que le pharmacien est habilité à refuser d'honorer une telle prescription. Au-delà des différentes acceptions que peut prendre le terme de prescription, le médecin cantonal explique que, en l'espèce, le contre-projet s'appuie sur un règlement genevois, utilisé dans le canton de Vaud, et qui stipule que le médecin prescrit la substance létale à l'aide d'une ordonnance sans pour autant indiquer le nom du patient concerné (commande du produit par le médecin en son nom propre) mais en mentionnant qu'il s'agit d'une prescription en vue d'une assistance au suicide et en précisant le dosage pour une seule personne. La procédure prévoit de plus que le Service de la santé publique soit à chaque fois informé (utilisation d'un carnet d'ordonnances à souche). Le chef du DSAS ajoute que, initialement, il avait été envisagé d'exiger la présence d'un médecin lors de l'assistance au suicide proprement dite. Jugée finalement excessive, cette exigence a laissé place à la disposition de l'alinéa 6 qui permet d'assurer que le moyen utilisé lors de l'aide au suicide a été prescrit par un médecin, ce qui représente déjà un garde-fou supplémentaire par rapport au texte proposé par l'initiative.

A nouveau, plutôt que le législateur ou l'Etat indique avec précision les pratiques à suivre en matière d'assistance au suicide proprement dite (dosages adéquats des substances létales, arrêt ou non des antalgiques pour faciliter l'absorption du poison par le corps des patients, etc.), il apparaît préférable de laisser la justice suivre son cours et déterminer si le décès est intervenu de façon admissible ou non. A ce titre, les témoins directs ou indirects d'éventuels problèmes survenus à l'occasion d'une assistance au suicide ne devront pas hésiter à actionner les voies de droit existantes.

L'idée de proposer un amendement, consistant à ajouter « sous contrôle du médecin cantonal » en fin de phrase, est abandonnée après discussion. En effet, d'une part, les ordonnances à souche font que le médecin cantonal, ou le pharmacien cantonal, se trouve informé de toute prescription en vue d'une aide au suicide. D'autre part, l'ajout explicite du contrôle du médecin cantonal tendrait à déresponsabiliser la chaîne d'acteurs impliqués, le médecin prescripteur en particulier, et à rendre l'Etat responsable de tout problème susceptible d'arriver. A noter que, sur la question des moyens utilisés pour procéder à l'aide au suicide, la responsabilité du médecin responsable se limite à la seule vérification qu'un médecin reconnu a prescrit la méthode employée. C'est donc le médecin prescripteur qui répond de tout défaut éventuel ou mauvaise application de la méthode prescrite.

A l'unanimité moins 1 abstention, la commission adopte l'article 27d (nouveau) LSP tel qu'amendé à l'alinéa 4.

Article 3

Par 14 voix pour, 1 voix contre et 0 abstention, la commission adopte l'article tel que rédigé.

Article 3bis (nouveau)

A la question de savoir si le Grand Conseil se doit d'émettre une recommandation de vote concernant la question subsidiaire, et sous réserve du caractère juridiquement fondé de cette démarche, la commission accepte à l'unanimité que soit ajouté un article 3bis dont la teneur serait la suivante :

« En cas de double acceptation, le Grand Conseil recommande de donner la préférence au contre-projet ».

Dans l'avis de droit requis, le Service juridique et législatif (SJL) indique en résumé qu'un tel ajout s'avère logiquement et juridiquement inutile. Toutefois, rien n'empêche le Grand Conseil d'émettre une telle recommandation.

La commission recommande au Grand Conseil de refuser le projet de loi et d'accepter le projet de décret tel qu'amendé.

Un rapport de minorité est annoncé.

Le Mont, le 30 décembre 2011

La présidente :
(signé) *Catherine Roulet*