

## **EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET**

**constatant la validité de l'initiative "Assistance au suicide en EMS" et ordonnant la convocation des Electeurs aux fins de se prononcer sur cette initiative et sur le contre-projet du Grand Conseil**

**et**

## **PREAVIS 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 mai 1985 sur la santé publique (LSP) par ladite initiative**

### **1 GENESE DE L'INITIATIVE**

#### **1.1 Dépôt et examen de la validité**

L'initiative législative "Assistance au suicide en EMS", munie de 14'067 signatures valables, a été déposée le 3 février 2009. Elle demande l'ajout, dans la loi sur la santé publique (LSP), d'un nouvel article, ainsi que la modification d'une autre disposition, pénale, qui y fait référence, dans la teneur suivante :

"Art. 71bis Assistance au suicide en EMS

Les EMS qui bénéficient de subventions publiques doivent accepter la tenue d'une assistance au suicide dans leur établissement pour leurs résidents qui en font la demande à une association pour le droit de mourir dans la dignité ou à leur médecin traitant en accord avec l'art. 115 du Code pénal suisse et l'article 34 alinéa 2 de la Constitution vaudoise.

Modification de l'article 184 alinéa 1 lettre a : ajout du nouvel article 71bis".

Le Conseil d'Etat a informé le Grand Conseil, le 19 août 2009, qu'il n'avait pas de doute sur la validité de cette initiative. Cette dernière lui paraît en effet respecter les principes d'unité de forme, de rang et de matière et apparaît conforme au droit supérieur actuellement en vigueur, notamment l'article 115 du Code pénal. En vertu de l'art. 97a de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP), il appartient maintenant au Grand Conseil de statuer formellement sur la validité de cette initiative à l'occasion de son traitement parlementaire.

Une procédure de révision du Code pénal et du Code pénal militaire relative à l'assistance organisée au suicide est en cours. Selon l'issue de cette procédure, il n'est pas exclu que cette initiative devienne contraire au droit fédéral. Toutefois, l'adoption du projet fédéral ne verra probablement pas le jour avant la fin de l'année 2012, il n'est par conséquent pas possible de surseoir au traitement de cette

initiative qui doit être soumise au peuple au plus tard en février 2012.

En l'état, sur la base du droit fédéral actuel, le Conseil d'Etat estime que cette initiative est conforme au droit fédéral et doit être considérée comme valide ; il propose donc au Grand Conseil de constater formellement sa validité.

## **1.2 Prolongation du délai de traitement**

Le 3 novembre 2010, le Conseil d'Etat a soumis au Grand Conseil un projet de décret prolongeant d'un an, soit jusqu'au 3 février 2012, le délai pour soumettre cette initiative au vote populaire.

## **2 CONSIDERATIONS GENERALES**

Selon un avis de droit rendu par l'Institut du droit de la santé suite au dépôt de cette initiative, il apparaît adéquat de soumettre la relation entre un établissement médico-social (EMS) reconnu d'intérêt public (RIP) et ses résidents au droit public. Par conséquent, les garanties prévues par la Constitution cantonale (Cst VD), la Constitution fédérale (Cst) et la Convention de sauvegarde des droits de l'homme (CEDH) peuvent être invoquées par le résident. Ce dernier a le droit de choisir les modalités et le moment de la fin de sa vie. En l'absence actuelle de toute réglementation à ce sujet dans le canton de Vaud, un résident au sein d'un EMS RIP peut donc se prévaloir du droit à la liberté personnelle pour bénéficier d'une assistance au suicide dans l'EMS où il réside.

Sur le fond, l'initiative ne constitue donc pas une révolution par rapport à ce qu'il est possible de faire aujourd'hui ; elle rappelle simplement dans la loi l'obligation pour tous les EMS subventionnés de tolérer l'assistance au suicide requise par l'un de leurs résidents à l'intérieur de l'établissement. Elle ne fixe toutefois aucun cadre ou mesures d'accompagnement.

Actuellement, les EMS, qui sont des lieux de vie, appréhendent cette problématique de manière très diverse. Si certains admettent la tenue d'une assistance au suicide, d'autres tentent par tous les moyens de s'y opposer. Cette initiative n'apporte dès lors pas une solution satisfaisante aux problèmes qui se posent aujourd'hui.

S'il n'est pas possible – et d'ailleurs pas forcément souhaitable – d'interdire l'assistance au suicide au sein d'EMS RIP, il est par contre possible de fixer des conditions. Des restrictions au droit d'un résident de mettre fin à ses jours dans son lieu de vie peuvent en effet être envisagées conformément à l'art. 36 Cst qui fixe les conditions permettant de restreindre les droits fondamentaux. Une base légale et un intérêt public pertinent sont donc nécessaires ; en outre, la restriction doit respecter le principe de la proportionnalité.

La fixation d'un cadre est par ailleurs une mesure requise non seulement par le Tribunal fédéral mais également par la Cour européenne des droits de l'homme. Dans un arrêt récent, la Cour a en effet eu l'occasion de préciser que le droit à la vie garanti par l'article 2 CEDH oblige les états à mettre en place une procédure propre à assurer qu'une décision de mettre fin à sa vie correspond bien à la libre volonté de l'intéressé (arrêt Haas contre Suisse du 20 janvier 2011).

Dans cette même affaire, le Tribunal fédéral a également eu l'occasion de rappeler "qu'il est notoire que de nombreux suicides ne répondent pas à une véritable volonté de mourir mais constituent bien un appel à l'aide, destiné à attirer l'attention de l'entourage sur un problème. Faciliter l'accès à l'aide au suicide reviendrait presque à pousser ces personnes à user d'un moyen infaillible de mettre fin à leurs jours".

Le Conseil d'Etat a dès lors souhaité opposer à cette initiative un contre-projet afin de poser un cadre à l'assistance au suicide dans des lieux où ses obligations de protection à l'égard des personnes qui s'y trouvent sont élevées. On pense ici en particulier aux EMS qui sont avant tout des lieux de vie accueillant des personnes souvent fragilisées.

L'idée est toutefois d'étendre cette législation à l'ensemble des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, certains hôpitaux étant également confrontés à cette problématique et ayant émis des directives sur ce thème.

Le Conseil d'Etat a par contre estimé qu'il ne se justifiait pas de soumettre les établissements privés à cette réglementation dans la mesure où ceux-ci restent libres d'interdire l'assistance au suicide au sein de leurs murs. La relation entre un établissement privé et ses patients ou résidents est en effet soumise au droit privé. L'établissement est par conséquent libre d'exclure contractuellement, notamment par le biais d'un contrat d'hébergement, la pratique d'une assistance au suicide.

### **3 CONSIDERATIONS LIEES AU CONTRE-PROJET CANTONAL**

#### **3.1 But du contre-projet**

Le but de la révision proposée est de poser un cadre et de fixer des conditions au droit des résidents et des patients en établissement sanitaire RIP (ce qui englobe également les établissements cantonaux tels que le CHUV) de recourir à l'assistance au suicide dans le respect de l'art. 36 Cst. Cette procédure vise à garantir que la décision de la personne correspond effectivement à sa volonté libre et réfléchie.

#### **3.2 Procédure de consultation**

Le Conseil d'Etat a soumis un avant-projet en consultation en novembre 2010. La quasi-totalité des personnes qui se sont déterminées ont salué la mise en place d'un cadre et se sont donc déclarées favorables à opposer un contre-projet à l'initiative. Beaucoup ont toutefois trouvé que la procédure mise en place était trop lourde et restreignait trop les libertés fondamentales. Le Conseil d'Etat en a tenu compte et propose au Grand Conseil un contre-projet allégé.

L'ensemble des personnes consultées sur l'avant projet ont également été invitées à une audition. Le but était d'une part de présenter les modifications apportées au projet sur la base des retours de la consultation et, d'autre part, d'entendre l'avis des personnes sur la nouvelle version. La plupart des personnes présentes ont salué les changements apportés au contre-projet, estimant que ceux-ci allaient dans le sens souhaité.

Le contre-projet soumis sur le plan cantonal tient compte non seulement des avis émis dans le cadre de la consultation cantonale, mais également de ceux émis dans le cadre de la consultation fédérale. Le Conseil d'Etat a notamment décidé de ne pas retenir comme condition "l'issue fatale imminente de la maladie" mais a préféré une formulation moins restrictive. L'examen de la capacité de discernement n'est pas non plus réservé aux seuls médecins mais le concours de l'équipe soignante est également sollicité même si, au final, la décision appartient au médecin. En ce qui concerne les maladies psychiques, le contre-projet n'y fait plus référence, conformément au souhait de nombreuses personnes consultées. Toutefois, dans la mesure où la jurisprudence fédérale n'exclut pas le recours à l'assistance au suicide pour les personnes souffrant de troubles psychiques, la volonté n'est pas d'interdire de prêter assistance au suicide à ces personnes, mais de ne pas en faire une "catégorie à part". Ceci dit, comme l'a rappelé la Haute Cour, la plus grande retenue doit s'exercer en cas de maladie psychique. Il faut en effet distinguer entre le désir de mourir, en tant qu'expression d'un trouble psychique qui peut et doit être traité, et la volonté de mourir fondée sur une décision réfléchie et durable d'une personne capable de discernement pour ce qui est de sa volonté de se suicider et qu'il faut respecter. De l'avis du Tribunal fédéral, il n'est dès lors pas exclu de prêter assistance au suicide à une personne souffrant de maladie psychique si son souhait de mourir est fondé sur une décision autonome. Sur cette base, il est donc prévu de rappeler dans la directive d'application certains principes émis par le Tribunal fédéral. Il sera en particulier rappelé que, pour les maladies psychiques, une expertise psychiatrique approfondie est nécessaire (consid. 6.3.4 à 6.3.6 et 58 à 60 de l'arrêt Haas).

Si le contre-projet est adopté, la personne qui souhaite mettre fin à ses jours dans un établissement RIP sera entendue et une procédure, impliquant l'examen que plusieurs conditions sont réalisées, sera mise en place. Cette dernière a pour objectif d'attester que le souhait du patient ou du résident de recourir à l'assistance au suicide correspond bien à sa "volonté éclairée" et que toutes les alternatives, en particulier au niveau des soins palliatifs, ont été envisagées avec lui. Ce contre-projet vise à garantir que le suicide est véritablement la solution de dernier recours souhaitée par la personne.

De nombreuses personnes ayant critiqué la lourdeur de la procédure mise en place, arguant que cela revenait finalement à aliéner la liberté des individus de mettre fin à leurs jours, le contre-projet a été allégé au niveau :

- des conditions : outre la suppression de la référence aux troubles psychiques (voir ci-dessus), les devoirs de l'établissement (annonce au médecin responsable d'une demande d'assistance au suicide, présence du médecin externe) ont été supprimés de la loi.

- de la procédure : le projet donne compétence au seul médecin responsable de décider si les conditions sont réunies. Pour ce faire, il doit collaborer avec l'équipe soignante et le médecin traitant s'il existe. Il peut également, s'il le souhaite, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer ou d'une commission interne à l'établissement sanitaire pour autant bien sûr qu'elle existe. Dans les deux cas, il n'a pas besoin d'être délié du secret professionnel.

Suite à la présentation de ce contre-projet, le Comité d'initiative Exit a fait savoir qu'il entendait maintenir son initiative.

### **3.3 Considérations liées au droit fédéral**

Comme relevé plus haut, il n'est pas exclu que le projet, tel qu'il est proposé sur le plan vaudois, devienne contraire au droit fédéral. Eu égard aux impératifs du calendrier, il n'est toutefois pas possible de surseoir au traitement de l'initiative et, par voie de conséquence, à la présentation du contre-projet. Ceci dit et si les dispositions cantonales vaudoises devaient s'avérer contraires au droit supérieur adopté par la Confédération, le canton de Vaud devrait alors adapter sa législation.

## **4 PREAVIS DU CONSEIL D'ETAT**

De l'avis du Conseil d'Etat, il est dommage de devoir se prononcer sur une telle initiative alors que la Confédération est en passe de réviser le droit fédéral sur ce sujet. Cette initiative devant être soumise au peuple d'ici février 2012, il n'est toutefois pas possible d'attendre cette révision pour traiter cette initiative.

Comme relevé plus haut, cette initiative ne constitue pas une révolution dans la mesure où, aujourd'hui déjà, un établissement médico-social reconnu d'intérêt public doit respecter le droit de ses résidents de mettre fin à leurs jours, y compris avec l'aide d'une organisation d'assistance d'aide au suicide. Elle ne fixe toutefois aucun cadre ou mesures d'accompagnement.

C'est pourquoi le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de ne pas accepter le projet de loi portant sur la validité de l'initiative populaire "Assistance au suicide en EMS" et modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP) par ladite initiative, tel que présenté en pied du présent préavis. C'est le lieu d'observer que le texte de l'initiative ne peut pas, en raison d'une impossibilité matérielle, être transposé dans la version actuelle de la loi, dans la mesure où la disposition pénale de l'art. 184 LSP, que l'initiative propose également d'amender, a été modifiée entre-temps : en effet, par une nouvelle du 17 mars 2009, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009, la longue liste des articles mentionnés à l'alinéa 1 de la disposition précitée et dont la violation rendait l'auteur passible d'une amende de 500 à 200'000 francs (montants inchangés) a été supprimée et remplacée par la référence à " *la présente loi ou une de ses dispositions d'exécution*". Par conséquent, le texte du projet tel qu'il résulte

de l'initiative doit tenir compte de cette modification et supprimer la modification de l'article 184 LSP. Enfin, il convient également, pour des raisons impératives de légistique, de substituer à la numérotation proposée par les initiants (art. 71bis) celle qui prévaut dans le domaine législatif (art. 71a).

Le contre-projet que le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil a pour but de garantir que le désir de mourir de la personne correspond effectivement à sa volonté libre et durable tout en veillant à ne pas limiter de façon excessive les libertés fondamentales.

La mise en place d'un cadre, non seulement pour les EMS mais également pour l'ensemble des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, ayant été largement saluée par l'ensemble des partenaires lors de la mise en consultation de l'avant-projet et du contre-projet, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de refuser l'initiative et d'accepter le projet de décret comprenant le contre-projet, commenté de façon détaillée ci-après, en recommandant aux électrices et électeurs d'en faire de même.

## **5 COMMENTAIRES DU CONTRE-PROJET**

### **5.1 Modification de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)**

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

Face à une demande d'assistance au suicide, les professionnels de la santé se retrouvent souvent face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale car elle est contraire aux buts de la médecine. D'autre part, le respect de la volonté du patient ou du résident est fondamental dans la relation avec les professionnels de la santé. A ce stade, il paraît donc important de relever que la demande du patient ou du résident ne va pas forcément déboucher sur une assistance au suicide mais qu'elle va permettre de l'accompagner dans une démarche visant à lui assurer la meilleure prise en charge possible. Confronté à une demande d'assistance au suicide, il est donc important pour le personnel soignant de voir cette demande comme le facteur déclenchant d'un processus qui ne débouchera pas forcément sur la mort de la personne mais peut-être sur une prise en charge différente. La tâche principale de l'équipe responsable de la prise en charge du patient ou du résident est de faire en sorte que toutes les ressources techniques et humaines puissent être sollicitées afin d'être certain que la solution ultime est bien celle souhaitée et voulue par la personne.

Il est indispensable que le médecin responsable – en hôpital, le médecin chef de clinique (CHUV) ou le médecin chef (hôpitaux) et, en EMS ou division C d'hôpitaux, le médecin responsable de l'établissement – en concertation avec l'équipe soignante et le médecin traitant le cas échéant, atteste que trois critères cumulatifs sont remplis :

- En premier lieu, la personne doit avoir sa capacité de discernement en ce qui concerne sa décision de se suicider. Pour ce faire, il est important que l'ensemble de l'équipe puisse livrer son appréciation et que celle-ci ne relève pas uniquement du médecin responsable, quand bien même ce sera ce dernier qui devra déterminer si les conditions sont remplies et que la demande d'assistance formulée par la personne correspond bien à sa volonté libre et durable. En ce qui concerne les maladies psychiques, le contre-projet n'y fait pas référence. Il a en effet été décidé qu'il n'y avait aucune raison d'en faire une catégorie à part. L'assistance au suicide étant toutefois particulièrement délicate dans ce cas, les principes émis par le Tribunal fédéral seront rappelés dans la directive d'application (art. 27d al. 7 LSP).

- En second lieu, il est important de s'assurer que la personne persiste dans sa volonté de se suicider. La peur de souffrir peut en effet restreindre la capacité de discernement de la personne et il est indispensable que les soignants s'assurent que c'est en toute connaissance de cause, après avoir pu recourir à d'autres alternatives, en particulier au niveau des traitements mais aussi sur le plan spirituel, que la personne persiste dans sa volonté de mettre fin à ses jours (voir également ci-après). Dans cette

démarche, l'établissement veillera également à associer les proches du patient ou du résident dans la mesure du possible.

- Enfin, le patient ou le résident doit souffrir d'une maladie ou de séquelles d'accident graves et incurables. Cette définition se différencie clairement de celle, assez critiquée, du projet fédéral (voir supra chiffre 3). Le Conseil d'Etat est toutefois d'avis qu'il est important de circonscrire l'assistance au suicide à une catégorie limitée de personnes, soit à celles affligées d'une maladie ou de séquelles d'accidents graves et incurables (qui, par définition, peuvent engendrer une grande souffrance). La notion très controversée, au niveau fédéral, d'"issue fatale imminente" a été supprimée, ce qui permettrait notamment aux personnes souffrant d'une maladie chronique de demander une assistance au suicide. Le contre-projet entend toutefois conserver la référence à la maladie ou aux séquelles d'accident graves et incurables pour éviter la contradiction majeure qui pourrait survenir entre la mission essentielle des établissements sanitaires et cette procédure de suicide assisté. La notion de grande souffrance, souhaitée par certains, n'a finalement pas été ajoutée dans la mesure où c'est une notion subjective et difficile à évaluer pour une personne extérieure.

Le contre-projet soumis prévoit que l'ensemble de l'équipe soignante ainsi que le médecin traitant (dans les EMS en particulier, il arrive que le médecin responsable ne soit pas le médecin traitant) soient consultés sur les trois points susmentionnés. Il apparaît effectivement important que l'ensemble des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge du patient ou du résident – et pas uniquement le médecin responsable – soit impliqué.

Il est par ailleurs indispensable que la personne qui souhaite mettre fin à ses jours soit informée des alternatives. Dans ce cadre, le médecin responsable devra solliciter une évaluation de la part des unités ou des équipes de soins palliatifs pour adapter le traitement si nécessaire, à moins que le patient ne s'y oppose formellement. Dans ce dernier cas, une discussion entre l'équipe soignante et l'équipe des soins palliatifs sans évaluation directe du patient pourrait apporter des éléments utiles à la prise en charge. Dans le même ordre d'idée et pour autant que la personne y consente, l'établissement tentera toujours de solliciter les proches, voire d'autres personnes à même d'aider la personne, par exemple des psychologues ou des ecclésiastiques, pour que ceux-ci puissent accompagner la personne dans la mesure du possible.

Si les conditions sont remplies, le médecin responsable admettra l'assistance au suicide. Si elles ne le sont pas, il la refusera. Pour bénéficier d'une aide au moment de se déterminer, le médecin responsable peut, outre le concours de l'équipe soignante et du médecin traitant, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer ou d'une commission d'évaluation existant au sein de l'établissement. Certains établissements, notamment le CHUV, disposant d'une telle commission, le contre-projet leur permet de conserver cette institution, étant entendu que le médecin responsable restera libre d'y recourir et que cela ne doit pas ralentir le processus. La position du médecin responsable sera ensuite transmise à la direction médicale et/ou administrative de l'établissement mais ce ne sera qu'une information et celle-ci n'aura pas à intervenir. Cet alinéa ayant suscité de nombreuses questions de la part des partenaires, il convient de préciser que l'établissement est libre de prévoir une information à la direction en amont. Cela peut en effet être important pour mettre en place un soutien aux professionnels ou, le cas échéant, organiser la mise en place de l'assistance suicide. Il incombe dès lors à l'établissement de décider quand il souhaite que la direction soit informée. Le seul point important est que la décision relative à la demande incombe au médecin responsable. Il est également prévu d'ajouter dans la directive que la direction médicale ou administrative avisera, de façon anonymisée, le médecin cantonal.

Le contre-projet ne donne pas au médecin un délai précis pour se déterminer mais parle de "délai raisonnable" car il est clair que celui-ci peut fluctuer, chaque demande étant particulière. Il est toutefois indispensable, pour la personne qui sollicite une assistance au suicide, qu'elle puisse voir sa demande

traitée rapidement.

Lorsque le patient ou le résident (cette situation concerne plutôt les hôpitaux) dispose d'un logement extérieur, le médecin responsable pourra proposer à la personne d'accomplir son geste ultime hors de l'établissement, à la condition toutefois qu'un transport soit possible du point de vue médical et que la personne le souhaite.

Enfin, le contre-projet interdit au personnel de l'établissement et aux médecins responsables ou traitants impliqués d'être là au moment de la mise en œuvre de l'assistance au suicide. Dans la mesure où l'équipe soignante est impliquée dans le processus (évaluation de la capacité, de la nature de la maladie, de la volonté du suicidant), il est important que ses membres ne puissent être présents lors de la mise en œuvre du suicide, ce, afin de garantir une totale impartialité. Pour cette raison, le contre-projet va au-delà du principe qui veut qu'aucun soignant ne puisse être contraint à participer à la mise en œuvre d'une assistance au suicide. Par contre, le personnel soignant est libre d'être présent au moment de l'assistance au suicide pour autant qu'il le fasse à titre privé.

Toute personne ayant qualité pour agir au sens de l'art. 15b LSP aura la possibilité de déposer une plainte ou un recours à la Commission d'examen des plaintes (COP).

Deux possibilités existent en effet pour les patients ou les résidents face aux Commissions d'examen des plaintes :

- déposer une plainte visant à faire cesser une action ou une manière de faire ; la commission a alors quatre mois pour délivrer un préavis au chef du département ;
- déposer un recours en cas de violation grave et caractérisée des droits des patients : la commission a la compétence de faire cesser l'état de fait contraire au droit et a cinq jours pour prendre une décision. Cette décision est susceptible d'un recours auprès de la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal.

Dans le domaine de l'assistance au suicide, certaines situations pourraient justifier que la commission rende une décision. On pense en particulier au cas où un résident verrait son droit de demander une assistance au suicide rejeté sans autre considération. On serait dans le même cas de figure si des membres d'une organisation d'assistance au suicide se voyaient privés de tout contact avec un résident sans motif valable. Dans ces types de cas, il y a lieu d'admettre une violation grave et caractérisée du droit des patients (s'apparentant à de la maltraitance ou de la contrainte) et il se justifie que la COP agisse rapidement pour faire cesser un état de fait contraire au droit.

Si l'objet de la plainte nécessite un examen plus approfondi (soit les cas où il n'y a pas, a priori, une violation grave et caractérisée du droit des patients ; par exemple, la personne conteste la conclusion du médecin liée à la capacité de discernement), il n'y a pas de raison de s'écarter du préavis. Raisonner autrement serait non seulement dangereux (en cinq jours, on ne voit pas très bien ce que pourrait faire la commission), mais risquerait également d'attribuer à la Commission des plaintes un rôle de "commission d'évaluation", ce que veut précisément éviter le projet.

En cours de procédure et toujours au regard de la gravité de la situation d'espèce, la COP a par ailleurs la possibilité d'informer le département (art. 15d al. 6 LSP) qui pourrait ordonner des mesures provisionnelles (art. 191a LSP).

## **6 CONSEQUENCES**

### **6.1 Légales et réglementaires (y c. eurocompatibilité)**

Cette initiative ou le contre-projet implique, en cas d'acceptation, une modification de la loi sur la santé publique, avec l'ajout respectivement d'un article 71a (et non pas – pour des raisons impératives de légistique – 71bis tel que proposé par les initiants) ou 27d, en observant que les deux textes peuvent également être refusés par le corps électoral et/ou le Grand Conseil.

Le chapitre III traitant des droits des patients et touchant à la liberté de la personne, il apparaît logique d'insérer cet article (article 27d) dans ce chapitre plutôt que dans celui des "Mesures diverses" (solution proposée par les initiants), le droit de choisir les modalités et le moment de la fin de sa vie étant un droit constitutionnel (voir chiffre 2 ci-dessus).

### **6.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)**

Néant.

### **6.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique**

Néant.

### **6.4 Personnel**

Néant.

### **6.5 Communes**

Néant.

### **6.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie**

Néant.

### **6.7 Programme de législature (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **6.8 Loi sur les subventions (application, conformité)**

Néant.

### **6.9 Constitution (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **6.10 Plan directeur cantonal (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **6.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **6.12 Simplifications administratives**

Néant.

### **6.13 Autres**

Néant.

## **7 CONCLUSION**

Fondé sur ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil :

- de prendre acte de son préavis sur l'initiative "Assistance au suicide en EMS" et de rejeter ladite initiative ;
- d'adopter le projet de décret ci-joint constatant la validité de l'initiative et ordonnant la convocation des Electeurs aux fins de se prononcer sur cette initiative et le contre-projet.

# **PROJET DE LOI**

## **sur la validité de l'initiative populaire "Assistance au suicide en EMS" et modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP) par ladite initiative**

du 6 avril 2011

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles 97a et 102 de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP)

*décrète*

### **Art. 1**

<sup>1</sup> La validité de l'initiative populaire "Assistance au suicide en EMS" est constatée.

### **Art. 2**        **La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme il suit : Art. 71 a (nouveau) "Assistance au suicide en EMS"**

<sup>1</sup> Les EMS qui bénéficient de subventions publiques doivent accepter la tenue d'une assistance au suicide dans leur établissement pour leurs résidents qui en font la demande à une association pour le droit de mourir dans la dignité ou à leur médecin traitant en accord avec l'article 115 du Code pénal suisse et l'article 34 alinéa 2 de la Constitution vaudoise.

### **Art. 3**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 6 avril 2011.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

# PROJET DE DÉCRET

## sur la validité de l'initiative populaire "Assistance au suicide en EMS" et ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur ladite initiative et sur le contre-projet du Grand Conseil (loi modifiant la loi sur la santé publique)

du 6 avril 2011

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles 78 à 82 et 103 de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003

vu les articles 25, alinéas 3, 97a, 98, 98a, 102 et 103b de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP)

vu le projet de décret présenté par le Conseil d'Etat

*décrète*

### **Art. 1**

<sup>1</sup> La validité de l'initiative populaire "Assistance au suicide en EMS" est constatée.

### **Art. 2**

<sup>1</sup> Les électeurs en matière cantonale seront convoqués par un arrêté du Conseil d'Etat afin de répondre aux trois questions suivantes :

**a) Acceptez-vous l'initiative populaire "Assistance au suicide en EMS" qui propose de modifier comme suit la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique ?**

"Loi du ... modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu l'article 102 de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP)

vu le décret du ... constatant la validité de l'initiative populaire cantonale "Assistance au suicide en EMS"

décrète

*Article premier*

La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme suit :

### **Art. 71 bis (nouveau) "Assistance au suicide en EMS"**

<sup>1</sup> Les EMS qui bénéficient de subventions publiques doivent accepter la tenue d'une assistance au suicide dans leur établissement pour leurs résidents qui en font la demande à une association pour le droit de mourir dans la dignité ou à leur médecin traitant en accord avec l'article 115 du Code pénal suisse et l'article 34 alinéa 2 de la Constitution vaudoise.

*Art. 2*

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte et en fixera par voie d'arrêté la date d'entrée en vigueur.

**Ou**

**b) Acceptez-vous le contre-projet du Grand Conseil qui propose de modifier comme suit la loi sur la santé publique :**

"Loi du ... modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet présenté par le Conseil d'Etat

décète

*Article premier*

La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme suit :

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

<sup>1</sup> Les 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 :

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

2. souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ;

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

<sup>2</sup> Lors de l'examen des conditions prévues à la lettre a) de l'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.

<sup>3</sup> Le médecin responsable se détermine par écrit sur la demande d'assistance au suicide dans un délai raisonnable. Il en informe la direction médicale et/ou administrative de l'établissement.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Le personnel de l'établissement et le médecin responsable ou traitant impliqués ne peuvent participer, à titre professionnel, à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide.

<sup>6</sup> Lorsque la mise en œuvre de l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, le médecin responsable doit s'assurer que le moyen employé est soumis à prescription médicale.

<sup>7</sup> Le département précise les conditions d'application de cet article, après consultation des partenaires concernés.

*Art. 2*

<sup>1</sup> En cas d'acceptation par le peuple de l'initiative dite "Assistance au suicide en EMS", la présente loi est considérée comme caduque.

<sup>2</sup> En cas de refus de cette initiative et d'acceptation de la présente loi par le peuple, le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte et en fixera par voie d'arrêté la date d'entrée en vigueur."

**c) Si l'initiative populaire comme le contre-projet sont acceptés par le peuple, est-ce l'initiative ou le contre-projet qui doit entrer en vigueur ?**

**Art. 3**

<sup>1</sup> Le Grand Conseil recommande au peuple de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

**Art. 4**

<sup>1</sup> En cas de retrait de l'initiative, le contre-projet devient loi et est soumis au référendum facultatif.

**Art. 5**

<sup>1</sup> Le résultat de la votation sera communiqué au Grand Conseil.

**Art. 6**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat est chargé de la publication et de l'exécution du présent décret.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 6 avril 2011.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*