

Projet présenté par les députés :

M^{mes} et MM. Salima Moyard, Christian Frey, Nicole Valiquer Grecuccio, Florian Gander, Pascal Spuhler, Sandro Pistis, Marie-Thérèse Engelberts, Magali Orsini, Boris Calame, Sarah Klopmann, François Lefort, Olivier Baud, Jean-Marc Guinchar, Sophie Forster Carbonnier, Jocelyne Haller, Frédérique Perler, Mathias Buschbeck, Yves de Matteis, Lydia Schneider Hausser

Date de dépôt : 4 avril 2016

Projet de loi

modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) *(Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS)*

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève décrète ce qui suit :

Art. 1 Modifications

La loi sur la santé, du 7 avril 2006, est modifiée comme suit :

Art. 39A Assistance au suicide en EMPP et EMS (nouveau)

¹ Les établissements médicaux privés et publics (EMPP) et les établissements médico-sociaux (EMS) ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, demandée par un patient ou un résidant, si les conditions suivantes sont remplies :

- a) le médecin responsable de l'établissement, en concertation avec l'équipe soignante, le médecin traitant et les proches désignés par le patient ou le résidant, vérifie que celui-ci :
 - 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 résidant.

² 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 Genève ou d'une commission d'évaluation interne à l'établissement.

³ Le médecin responsable se détermine par écrit sur la demande d'assistance au suicide dans un délai raisonnable. Il en informe les instances de direction de l'établissement.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.

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

Art. 2 Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la Feuille d'avis officielle.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le nombre de personnes faisant appel à une association d'assistance au suicide est en constante augmentation. Cela est non seulement lié à l'évolution du regard que portent la société et les individus sur cette pratique mais aussi, en parallèle à la hausse de l'espérance de vie, à une qualité de vie qui décline malheureusement à la fin de celle-ci, par exemple en présence de maladies graves et fortement invalidantes qui placent la personne dans une situation objectivement très difficile à supporter sur le long terme.

Une pratique marginale mais en augmentation

Exit, principale association d'aide au suicide en Suisse romande comptait 6053 membres à Genève au 31.12.2014, soit le nombre de membres le plus élevé au niveau romand après le canton de Vaud. Exit annonce 40 décès par biais du suicide assisté en 2014 sur Genève. Entre 2001 et 2014, une petite minorité des accompagnements, soit 32 à Genève et 56 sur Vaud, ont eu lieu en EMS ou en hôpital. 70% des accompagnements concernaient des femmes¹ qui représentent d'autre part 75% de la population des EMS à Genève. En 2015, Exit a assisté 213 personnes, soit environ 20% de plus que l'année précédente. L'association comptait 20 500 membres en 2014 et 22 300 en 2015. Exit Suisse alémanique, qui est une organisation totalement indépendante de son homonyme romande, aurait connu une croissance du nombre de ses membres encore plus forte. Exit Suisse alémanique a accompagné en 2015 782 personnes vers la mort, soit 34% de plus que l'année précédente. Le taux de suicides assistés par rapport au nombre total de décès se situe aux alentours de 1,5% en Suisse, alors qu'il a longtemps stagné à moins de 1%². D'autre part, selon une étude de l'Académie suisse des sciences médicales, trois quarts des médecins considèrent la pratique du suicide assisté comme fondamentalement défendable³.

¹ http://www.exit-geneve.ch/exit_assistances_2014_presse.pdf

² *Le Courrier*, 2.3.2016, p. 3

³ <http://www.tdg.ch/suisse/Une-majorite-de-medecins-defend-le-suicide-assiste/story/14361797>

Le cadre légal fédéral

Malgré cette évolution, aucune loi fédérale n'encadre la pratique du suicide assisté, du fait que le débat ayant eu lieu il y a quelques années aux Chambres fédérales s'est soldé par un statu quo. L'article 115 du Code pénal prévoit seulement que celui qui « poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire ». Autrement dit et via une lecture en creux, une assistance au suicide dont le mobile est altruiste n'est pas punissable. Par contre, l'euthanasie active est punissable dans tous les cas selon l'article 114 du Code pénal : « celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni de l'emprisonnement ». Bien que les articles 10 et 13 de la Constitution fédérale garantissent le droit à l'autodétermination, aucune loi fédérale ne concrétise ce droit en matière de fin de vie.

Le Tribunal fédéral a toutefois confirmé le droit de chacun à choisir sa propre mort. En l'état, et à l'exception des cantons de Vaud et Neuchâtel qui ont légiféré, chaque individu peut donc faire appel à une association d'aide au suicide à son domicile, mais, s'il se trouve en EMS, dans un hôpital ou dans une clinique, il sera dépendant du bon vouloir de l'institution à laisser ou non les membres d'une telle association y agir. C'est précisément cet élément qu'il s'agit de corriger de manière à garantir la liberté de choix à la personne concernée à Genève.

Situation genevoise actuelle

A Genève, la loi sur la santé (LS, K 1 03) est elliptique sur la question et ne la règle nullement puisque son article 24, intitulé « Promotion de la dignité en fin de vie » n'aborde qu'une partie de la question en évoquant les soins palliatifs et les directives anticipées mais malheureusement nullement l'assistance au suicide⁴. L'article 39 intitulé « Accompagnement des patients en fin de vie » aborde des éléments nécessaires mais fort généraux⁵. La loi

⁴ ¹ L'Etat veille à la promotion des soins palliatifs et à leur développement dans les lieux de pratique des professionnels de la santé. ² Il encourage l'élaboration de directives anticipées notamment dans les institutions de santé, en particulier dans les établissements médico-sociaux.

⁵ ¹ Les patients en fin de vie ont droit aux soins, au soulagement et au réconfort appropriés. Leurs proches doivent bénéficier d'une assistance et des conseils nécessaires. ² Les patients en fin de vie bénéficient d'un accompagnement adéquat et peuvent se faire entourer de leurs proches sans restriction horaire.

sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA, J 7 20) n'est pas plus prolixe sur la question et rien, par exemple dans les conditions d'autorisation d'exploiter des EMS (section 2, art. 6-9), ne fait référence à la question. La législation genevoise semble donc « passer comme chat sur braise » sur la question, pourtant fondamentale et en passe de gagner en importance dans les années à venir.

La Fédération genevoise des EMS (Fegems) a émis en 2009 des recommandations à ses membres relatives à l'assistance au suicide. Celles-ci rappellent le contexte juridique et propose un cadre éthique pour prendre position face à une demande d'assistance, mais laisse l'institution libre d'accepter ou non que l'assistance ait lieu dans ses murs⁶.

Le conseil d'éthique des HUG, de son côté, a mené une réflexion approfondie reprenant le contexte, les enjeux et les arguments en faveur ou en défaveur de l'autorisation dans ses murs de l'assistance au suicide. Il a au final retenu la position majoritaire suivante : « les HUG autorisent l'assistance au suicide dans leurs murs pour un patient dépourvu de domicile ou dans l'impossibilité d'y retourner, à condition qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'intervienne directement dans la réalisation du geste »⁷. Le même conseil d'éthique a ensuite défini une « Procédure d'évaluation des demandes d'assistance au suicide aux HUG »⁸.

Enfin, le Conseil d'Etat souligne dans la réponse à la QUE 371⁹ qu'aucune ventilation des chiffres relatifs au nombre de suicides assistés à domicile ou en établissement n'est disponible, seul le pouvoir judiciaire ayant connaissance des cas via les constats de décès systématiquement dressés par les médecins qui constatent le décès.

⁶ *Assistance au suicide dans les EMS, Recommandations du Conseil d'Ethique de la Fegems*, disponible sous : https://www.google.ch/search?q=Gen%C3%A8ve+r%C3%A8glement+assistance+au+suicide&ie=utf-8&oe=utf-&gws_rd=cr&ei=BZjdVrSGCMjKPfGBs-gG#q=Gen%C3%A8ve+r%C3%A8glement+assistance+au+suicide

⁷ *Autorisation/interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG*, conseil d'éthique des HUG, p. 14, disponible sous : <http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideaux.pdf>

⁸ http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/procedure_assistancesuicide.pdf

⁹ Disponible sous : <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/QUE00371A.pdf>

Une réflexion à l'ordre du jour dans plusieurs cantons

Le présent projet de loi part du principe que l'entrée dans un hôpital, une clinique ou un EMS ne doit priver personne de son droit à l'autodétermination, y compris de celui à mettre fin à ses jours par un suicide assisté. Dans le même temps, il souhaite concrétiser la nécessité de fixer un cadre précis à l'assistance au suicide au sein d'une institution afin d'éviter les dérives, de fixer les droits et devoirs du patient et du personnel et, pour finir, de protéger le personnel.

Pour ce faire, le présent projet de loi reprend les dispositions légales vaudoises moyennant quelques adaptations terminologiques. Notons encore, avant d'en aborder la genèse et les principes, que le canton de Neuchâtel connaît des dispositions légales assez proches à l'article 35 de sa loi sur la santé, que le parlement valaisan vient de traiter d'une motion demandant au Conseil d'Etat de modifier la loi sur la santé pour permettre de réglementer l'aide au suicide dans les EMS et hôpitaux et, pour finir, que les parlements cantonaux de Zurich et Bâle-Ville étudient aussi actuellement la question.

L'exemple du canton de Vaud

Le canton de Vaud a légiféré en matière d'assistance au suicide par le biais d'un article 27 de sa loi sur la Santé (LSP, 800.01)¹⁰. Cet article constituait un contre-projet soumis au peuple le 17 juin 2012 en même temps qu'une initiative populaire lancée par Exit. Le contre-projet était soutenu par l'ensemble des partis et se voulait un projet plus équilibré que l'initiative d'Exit (qualifiée dans les débats d'« excessive ») permettant de respecter le droit à l'autodétermination tout en fixant des conditions à l'assistance au suicide. La brochure d'explications fournie aux citoyen-ne-s indiquait par ailleurs que : « Le Conseil d'Etat et le Grand Conseil sont d'avis qu'il faut des règles qui couvrent l'ensemble du domaine sanitaire et présentent un point d'équilibre entre la protection des personnes vulnérables contre les risques d'abus et le respect de la liberté individuelle. Effectivement, le risque qu'une personne puisse se sentir mise sous pression et que sa décision de se suicider ne corresponde pas à sa volonté libre et réfléchie ne doit pas être sous-estimé. L'influence des proches, le risque de prosélytisme ou de dérive commerciale de certaines associations, ainsi que le sentiment d'être une charge pour ses proches ou encore un état dépressif momentané peuvent générer des demandes d'assistance au suicide qui ne sont pas la réelle

¹⁰ Disponible sous : http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/index.xsp

expression d'une personne libre. Il convient donc de fixer des garde-fous. Ces aspects sont précisément traités dans le contre-projet. »¹¹

L'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) a soutenu le contre-projet, tout en précisant que l'assistance au suicide n'entraîne pas dans la mission des EMS qui est d'accompagner les résidents jusqu'au bout de leur vie en leur offrant la meilleure qualité de vie possible, notamment par le développement des soins palliatifs. La loi en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013 n'a pas, selon le Conseil d'Etat vaudois, fait « exploser » les demandes d'assistance de personnes en fin de vie à l'hôpital ou en EMS. Après une période de relative stabilité entre 2007 et 2010 (une vingtaine de cas par année), le nombre de cas de suicides assistés chez les personnes âgées de plus de 65 ans augmente dès 2011 autant à domicile qu'en établissements (59 cas en 2013). Le Conseil d'Etat vaudois établit un lien entre la hausse de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de suicides assistés et rappelle qu'avant « l'adoption de cette disposition légale, le recours à l'assistance au suicide était quand même déjà une réalité. L'augmentation du nombre de cas, tous lieux confondus, constatée dès 2011, peut essentiellement s'expliquer par la médiatisation et les débats autour de l'initiative d'Exit (déposée en février 2009) et du contre-projet du Conseil d'Etat en vue de la votation populaire du 17 juin 2012. Dans la même période, Exit a également enregistré une augmentation du nombre d'adhérents. En 2013, Exit a réalisé 12 suicides assistés, tous âges confondus, dans les établissements reconnus d'intérêt public (en 2012, leur nombre s'élevait à 10). La proportion des assistances au suicide (à domicile et en institution) par rapport au nombre total des décès dans le canton reste très faible, à savoir 0,94% pour l'année 2012. »¹²

Commentaire par article

Titre

L'utilisation des abréviations EMPP et EMS s'avère adéquate étant entendu que la terminologie complète est rappelée au premier alinéa.

¹¹ http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/etat_droit/votations_elections/fichiers_pdf/Brochure-VD-17-juin-2012-def.pdf

¹² Réponse du Conseil d'Etat vaudois à l'interpellation de Céline Ehrwein Nihan – Prévention du suicide : néglige-t-on nos aînés ? Disponible sous : <http://www.vd.ch/autorites/grand-conseil/seances-precedentes/annee-2014/seance-du-16-septembre-2014/reponse-du-conseil-detat-a-linterpellation-celine-ehrwein-nihan-prevention-du-suicide-neglige-t-on-nos-aines/>

Le projet de loi qui vous est soumis propose l'insertion d'un nouvel article 39A à la loi sur la santé (ci-après, LS) du 7 avril 2006. Le choix d'inclure le nouvel article dans la LS découle du fait que cette loi concerne une partie des institutions de santé, soit les établissements médicaux publics et privés, ainsi que les établissements médico-sociaux. Une inclusion du nouvel article directement dans la loi sur les établissements publics médicaux (K 2 05, LEPM) ainsi que dans la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (J 7 20, LGEPA) d'une part impliquerait une répétition inadéquate de la nouvelle disposition légale, et d'autre part n'inclurait pas les cliniques privées, contrairement à la volonté du présent projet de loi.

La LS consacre en son article 100 le terme d'« institutions de santé » comme « tout établissement, organisation, institut ou service qui a, parmi ses missions, celle de fournir des soins ». Le règlement sur les institutions de santé (K 2 05.06, RISanté) découlant de la LS définit quant à lui, à son article premier, les différentes catégories d'institutions de santé qui incluent autant les établissements médicaux privés et publics et les établissements médico-sociaux que les organisations d'aide et de soins à domicile, les laboratoires d'analyses médicales, les pharmacies publiques, etc. Il s'avère donc nécessaire de restreindre la notion et d'utiliser les termes « établissements médicaux privés et publics » et « établissements médico-sociaux », au sens de l'art. 1 du règlement précité, afin de définir correctement les lieux de soins dans lesquels les signataires de ce projet de loi entendent garantir le droit à l'assistance au suicide.

Terminons par préciser que l'inclusion des cliniques privées dans la sphère de ce projet de loi s'explique d'une part par le fait qu'une personne se trouvant dans tel ou tel établissement, médico-social ou hospitalier, public ou privé, ne doit en aucun cas voir sa liberté d'action et de choix réduite. D'autre part, les cliniques privées sont au bénéfice d'attributions financières cantonales dans le cadre de la planification hospitalière à laquelle sont assorties toutes sortes de contraintes. Enfin, on notera que le canton dispose de la compétence de réglementer et en particulier de surveiller l'activité de toute institution de soins hospitalière privée, et qu'il peut à ce titre imposer à ces institutions des devoirs relatifs aux droits fondamentaux des personnes qui y réside.

Art. 39A

Al. 1

Cet alinéa pose le principe selon lequel les établissements médicaux privés et publics ainsi que les établissements médico-sociaux ne peuvent refuser une assistance au suicide en leur sein demandée par un patient ou un résidant pour autant que – et seulement dans ce cas-là – les conditions cumulatives énumérées aux lettres a et b soient remplies. Cette procédure d'examen des demandes est fondamentale dans un établissement dont l'objectif premier est de soigner et d'alléger les souffrances. Il permet de décharger le personnel soignant de toute responsabilité grâce à une procédure officielle d'examen des demandes. En l'absence d'une telle procédure et d'une clarification des rôles de chacun, un soignant qui ne chercherait pas à empêcher une tentative de suicide risquerait de voir sa responsabilité mise en cause pour non-assistance à personne en danger, ce qui n'est bien entendu nullement le but du projet de loi. Le constat de « mort violente » consécutif à un suicide implique en effet systématiquement annonce et ouverture d'une enquête de la justice qui détermine si les conditions de la survenue du décès ont été conformes à la loi.

Al. 1, let. a

Le médecin responsable doit vérifier que le patient est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider et persiste, en ce cas, dans sa volonté de se suicider. Rappelons qu'aux termes de l'article 16 du Code civil¹³, la capacité de discernement est présumée, 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 le cas échéant l'éventuelle incapacité de discernement du patient. Par ailleurs, 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 futur où elle serait frappée d'incapacité de discernement, n'apparaît juridiquement pas admissible en Suisse (au contraire, par exemple, de la Belgique). La vérification de la capacité de discernement est donc centrale afin de se situer dans le champ de l'assistance

¹³ Toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi.

au suicide. La deuxième condition posée par la let. a est la présence d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables, ce qui cadre une nouvelle fois et de manière précise les cas où l'assistance au suicide peut être envisagée.

Al.1, let. b

Le médecin responsable doit vérifier que les alternatives au suicide assisté, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résidant. Il s'agit de vérifier ici que le patient a fait un choix éclairé et a pleinement conscience des alternatives qui s'offrent à lui, sans pour autant poser d'obligation de tenter d'autres alternatives puisque cela limiterait de manière inadmissible le droit à l'autodétermination du patient.

Al. 2

La tâche du médecin responsable peut se révéler lourde, notamment dans de petits établissements peu souvent confrontés à une demande d'assistance au suicide. Il est donc prévu que celui-ci puisse solliciter l'avis d'un autre médecin (notamment d'un psychiatre dans le cas d'un doute sur la capacité de discernement de la personne concernée) ou d'une commission d'évaluation créée à cette fin par l'établissement. Toutefois, cette disposition ne doit en aucun cas conduire à des manœuvres dilatoires de la part des établissements.

Al. 3

Le médecin responsable se détermine par écrit sur la demande d'assistance au suicide dans un délai raisonnable qu'il sera adéquat de fixer par règlement, de manière à donner un cadre adéquat. Notons que la directive vaudoise y relative¹⁴ a fixé un délai d'un mois. Celui-ci paraît raisonnable afin d'une part de juger du caractère définitif et persistant de la demande tout autant que de constituer le cas échéant un dossier concluant à l'incapacité de discernement et d'autre part de respecter la demande du patient. Les instances de direction de l'établissement sont informées mais ne peuvent pas interférer dans la procédure. Il est dans tous les cas nécessaire que les particuliers puissent s'adresser au département en cas d'abus, par exemple suite à d'éventuelles manœuvres dilatoires de la part de l'établissement concerné,

¹⁴ http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Professionnels/Assistance_au_suicide/LOI_DU_29_MAI_1985_SUR_LA_SANT%C3%A9_PUNLIQUE_ASSISTANCE_AU_SUICIDE.pdf

dont les auteurs du présent projet de loi espèrent évidemment qu'ils soient rares voire inexistantes.

Al. 4

Les établissements publics médicaux doivent être inclus dans le périmètre de la loi puisqu'ils sont confrontés à des demandes d'assistance et que l'inverse pourrait conduire à une inégalité de traitement des patients ayant accès à un EMS ou pas et à d'éventuels transferts hôpital-EMS dans le seul but de pouvoir bénéficier d'une assistance au suicide, ce qui serait inadéquat en termes des politiques publiques concernées. Pour autant, les hôpitaux et les cliniques privées n'ont pas pour but d'offrir un lieu de résidence et ne doivent pas devenir un lieu d'accès facilité pour l'assistance au suicide.

Il paraît donc nécessaire de prévoir qu'une demande d'assistance au suicide puisse être refusée si le patient dispose d'un logement extérieur et que son retour dans ce lieu est raisonnablement exigible. Cette condition devra être précisée par règlement en prenant notamment en considération des aspects médicaux (transportabilité du patient) et psycho-sociaux (existence d'un environnement favorable au domicile du patient) comme cela a été fait dans le canton de Vaud.

Al. 5

Seule une participation à titre privé à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide est permise pour le personnel de l'institution et les médecins impliqués. Il n'est en effet nullement dans l'objectif du présent projet de loi de brouiller la situation en autorisant du personnel destiné par essence aux soins à participer, même indirectement, à donner la mort.

Al. 6

Cet alinéa vise à éviter l'usage de moyens impropres pour procéder à l'aide au suicide et à s'assurer que le moyen prescrit l'a été par un médecin, comme l'a déterminé une jurisprudence du Tribunal fédéral de 2006. Il n'est en effet nullement question, même pour des associations actives dans le domaine de l'assistance au suicide, de disposer de « stocks » de potions létales à disposition. La prescription médicale peut par contre soit être faite par le médecin traitant de la personne, soit par un médecin de l'association le cas échéant sollicitée.

Al. 7

Compte-tenu du caractère subtil du sujet abordé et des différentes sensibilités en présence, il paraît utile que le département consulte les partenaires concernés (hôpitaux, EMS, associations de médecins, associations de patients, associations d'assistance au suicide) avant d'édicter un règlement d'application à la présente loi, comme cela a été fait sur le canton de Vaud¹⁵. Ce dernier précise par exemple dans son article 8 la possibilité de sanctions pour les établissements ne respectant malheureusement pas les règles ; c'est peut-être un élément à reprendre pour s'assurer de la bonne application de la loi et de son esprit. Notons, pour finir, que la directive vaudoise crée d'autre part une commission de suivi de la mise en œuvre de la loi composée de représentants de l'Etat, des associations d'assistance au suicide, des médecins, des hôpitaux et des cliniques, ce qui permet un lieu de concertation plus réflexif sur cette question délicate entre les partenaires concernés. Il serait peut-être de bon aloi d'en faire de même à Genève.

En conclusion

L'objectif de ce projet de loi n'est nullement de banaliser un geste qui ne le sera jamais ni d'inciter qui que ce soit à le commettre. Il vise au contraire à introduire de la rationalité et de l'objectivité dans un domaine où les émotions et les sentiments religieux occupent encore en 2016 une grande place, mais aussi à garantir le droit à l'auto-détermination, fût-ce dans le domaine délicat de la fin de vie, et ce quel que soit le lieu de résidence de la personne concernée. Il n'y a en effet aucune raison objective à ce que des entraves à cette liberté existent en certains lieux (EMS, hôpitaux, cliniques) à la différence du domicile privé de la personne lorsque celle-ci y réside encore : ce serait même une flagrante inégalité de traitement. Le projet de loi se veut par ailleurs pondéré, mesuré et se fonde sur le travail récent des parlements vaudois et neuchâtelois, évitant ainsi de « réinventer la roue » de l'autre côté de la Versoix. Le souhait de reprendre la structure de l'article vaudois va d'ailleurs exactement en ce sens.

Enfin, on terminera par une analogie fort parlante à notre sens : le corps médical et la société au sens large ont pour devoir de tout faire pour protéger la vie du fœtus dans le cadre d'une grossesse désirée ; pourtant, ce même corps médical a pour mandat, et avec un égal impératif, de respecter le choix

¹⁵ http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Professionnels/Assistance_au_suicide/LOI_DU_29_MAI_1985_SUR_LA_SANT%C3%A9_PUNLIQUE_ASSISTANCE_AU_SUICIDE.pdf

de la femme enceinte souhaitant avorter. Il en va très exactement de même pour la fin de vie.

Au vu de ces explications, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les membres du Grand Conseil, de bien vouloir faire bon accueil au présent projet de loi.