

*Date de dépôt : 20 mars 2017*

## **Rapport**

**de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi de M<sup>mes</sup> et MM. Salima Moyard, Christian Frey, Nicole Valiquier Grecuccio, Florian Gander, Pascal Spuhler, Sandro Pistis, Marie-Thérèse Engelberts, Magali Orsini, Boris Calame, Sarah Klopmann, François Lefort, Olivier Baud, Jean-Marc Guinchard, Sophie Forster Carbonnier, Jocelyne Haller, Frédérique Perler, Mathias Buschbeck, Yves de Matteis, Lydia Schneider Hausser modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS)**

*Rapport de majorité de M. Bertrand Buchs (page 1)*

*Rapport de minorité de M. Christian Frey (page 16)*

### **RAPPORT DE LA MAJORITÉ**

#### **Rapport de M. Bertrand Buchs**

Mesdames et

Messieurs les députés,

La Commission de la santé a examiné le PL 11870 lors de 10 séances (20 mai, 17 juin, 2, 16 et 30 septembre, 7 octobre, 18 novembre, 9 décembre 2016, 13 janvier et 3 février 2017) sous la présidence de M<sup>me</sup> Sarah Klopmann.

Le procès-verbal a été tenu par MM. Sébastien Pasche et Sylvain Maechler, que nous remercions de la qualité de leur travail.

## Mémorial

Ce projet de loi a été déposé le 4 avril 2016. Il a été renvoyé, sans débat, à la Commission de la santé, lors de la séance du Grand Conseil du 21 avril 2016.

### Présentation du PL 11870 par son auteure, M<sup>me</sup> Salima Moyard

M<sup>me</sup> Moyard explique que le but de ce PL est de garantir avant tout un droit (droit au suicide assisté) : le droit à l'autodétermination pour les personnes concernées, mais aussi de garantir une égalité de traitement entre ces personnes, quel que soit le lieu où elles se trouvent, c'est-à-dire en EMS, en clinique privée, à l'hôpital ou enfin à leur domicile. Elle considère que la situation actuelle n'est pas satisfaisante, car l'on se trouve dans une zone grise où rien n'est clair en ce qui concerne les HUG et les EMS, bien qu'il y ait eu un travail effectué à l'interne. Elle souligne qu'actuellement, c'est au fond l'EMS qui décide s'il autorise une assistance au suicide en ses murs ou non. Elle observe qu'un EMS a donc le droit de refuser une assistance au suicide, ce qu'elle juge comme quelque chose qui doit être changé et elle ajoute par ailleurs que, si l'EMS n'autorise pas cette assistance, l'établissement doit alors trouver une solution satisfaisante pour toutes les parties.

Elle indique que les cantons de Vaud et de Neuchâtel ont déjà légiféré en la matière et elle précise que cela n'a pas produit d'augmentation du nombre de suicides assistés.

Elle relève ensuite qu'il serait absolument impossible que le personnel soignant soit contraint, dans le cadre de son travail, à participer à une assistance au suicide, ce qui est d'ailleurs précisé dans le PL. Elle pense également que le droit à l'autodétermination de la personne concernée doit primer sur d'autres libertés, comme la liberté de commerce des cliniques privées et des EMS, ou encore sur la volonté de l'entourage.

Elle ajoute qu'il n'y a pas de cadre fédéral, car le Conseil fédéral a renoncé à légiférer en la matière et que l'on applique toujours les articles 114 et 115 du code pénal. Elle précise que l'art. 114 punit l'euthanasie, ce qui signifie qu'une personne ne peut pas donner la mort à quelqu'un d'autre, quand bien même cette personne le souhaiterait, tandis que l'art. 115 punit d'une peine privative de 5 ans ou plus ou d'une peine pécuniaire, toute personne qui aura poussé quelqu'un au suicide ou aura prêté assistance pour un suicide, pour des motifs égoïstes, si le suicide a été consommé. Elle en déduit que s'il n'y a pas de mobile égoïste, c'est autorisé.

Elle précise qu'au niveau genevois, il existe l'art. 24 de la LS qui encourage les directives anticipées et rappelle également la promotion des soins palliatifs et l'art. 39 de cette même loi qui parle, de façon générale, de l'assistance et de l'accompagnement des patients en fin de vie, mais qui ne répond toutefois pas la question soulevée par le PL 11870. Elle relève qu'il n'y a rien non plus dans la LGEPA (loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées), et au sein des conditions d'exploitation des EMS. Elle rappelle que, lors de l'adoption de la LGEPA, le Conseil d'Etat avait souhaité à l'époque intégrer un article qui obligeait les EMS à indiquer clairement s'ils étaient favorables ou non à l'assistance au suicide. Elle précise que cette disposition, après les auditions et les débats en commission, n'a pas été votée, car l'on a considéré que cela ne faisait pas partie des questions d'autorisations d'exploitation des EMS. Elle souligne que les textes existants du côté des EMS, datent de 2009, bien qu'ils soient en train d'être retravaillés, et qu'ils stipulent des recommandations de la FEGEMS (Fédération genevoise des établissements médico-sociaux) en la matière avec principalement deux positions : les EMS acceptent l'assistance au suicide ou alors la refusent, ce qui peut occasionner des difficultés pratiques. Elle explique que pour remplir les conditions permettant de faire une demande d'assistance au suicide, il faut souffrir des conséquences d'un grave accident ou alors d'une maladie incurable, avoir connaissance des soins palliatifs, être capable de discernement et persister dans sa décision. Elle ajoute que si l'on imagine que toutes ces conditions sont remplies et que l'on se trouve dans un EMS qui refuse l'assistance au suicide, il lui semble alors difficile de trouver une solution satisfaisante, qui reviendrait au fond à déménager.

A la question d'un commissaire PLR demandant le nombre d'établissements qui refuse cette assistance au suicide, M<sup>me</sup> Moyard répond que l'on donne toujours l'exemple du Foyer Bethel (le Foyer Béthel trouve ses origines dans la tradition de l'Eglise Evangéliste Méthodiste et la fondation du même nom a été fondée en 1988).

Un commissaire PDC demande le nombre de suicides assistés en EMS par année. M<sup>me</sup> Moyard répond qu'elle ne connaît pas ces chiffres. Elle ajoute que les statistiques de l'OFS (Office fédéral de la Santé) disent que 0,45% des décès en Suisse seraient la conséquence de suicides assistés.

### **Audition de M. Jean-Marc Guinchard, secrétaire général de l'AGEMS (Association genevoise des établissements médico-sociaux)**

M. Guinchard relève que ce PL a le mérite de faire parler de ce problème. Il observe que les personnes qu'il représente tendent à croire qu'il n'y a pas

de difficultés particulières puisque l'assistance au suicide est autorisée dans les EMS membres de l'AGEMS (cette association fondée en 2014 regroupe 7 EMS, c'est-à-dire 700 lits sur 3500). Il relève en outre que les directeurs des EMS estiment toutefois que ce PL n'est pas nécessaire puisque l'assistance au suicide est déjà possible et il ajoute que les membres de l'AGEMS sont profondément réticents par rapport à l'obligation de pratiquer l'assistance au suicide, stipulée dans le PL.

**Audition de M. François Loew, président du Conseil d'éthique de la FEGEMS, médecin gériatre et éthicien clinique, accompagné de M<sup>me</sup> Jacqueline Cramer, représentante de la Plateforme des associations d'ânés de Genève, et de M<sup>me</sup> Anne-Laure Repond, responsable juridique, secrétaire du Conseil d'éthique de la FEGEMS**

M. Loew indique qu'il s'agit d'une question sensible qui les a beaucoup préoccupés depuis de nombreuses années. Il observe qu'en EMS, la personne bénéficie d'une grande liberté, car elle est dans son milieu privé, mais qu'il s'agit quand même d'une situation un peu différente que si elle vivait vraiment chez elle, puisqu'un EMS est une organisation sanitaire et hôtelière collective, ce qui modifie quelque peu la liberté d'agir de la personne. Il indique ensuite qu'ils ont été fort préoccupés par l'éventuelle banalisation de l'assistance au suicide, compte tenu notamment du mouvement en faveur de l'assistance au suicide dans l'opinion publique. Il ajoute ensuite qu'une assistance au suicide dans un milieu d'EMS a des répercussions sur le personnel et sur les autres résidents et donc qu'à ce titre, l'on doit être assez circonspect par rapport au projet. Il relève qu'il y a un devoir fondamental de protection et de soutien à la personne qui est en crise ; il pense que l'on doit soutenir la personne plutôt que de mettre tout de suite la personne en relation avec une association comme Exit. Il prend l'image d'une personne qui veut sauter par la fenêtre et souligne que l'on va d'abord essayer de la retenir. Il précise qu'il convient de comprendre la personne en crise, de comprendre sa souffrance, jusqu'à ce qu'elle puisse dire « je persiste ou non », une fois la crise passée.

Il considère que le risque de banalisation est quelque chose de bien réel et qu'il ne s'agit plus d'une sorte de parti pris idéologique. Il ajoute que l'on a vu des assistances au suicide qui étaient appliquées sans aucune émotion par les accompagnants d'Exit, ce qui a particulièrement choqué les professionnels.

Il affirme que tous les EMS peuvent pratiquer l'aide au suicide. Il relève qu'ils ont été sollicités pour discuter avec un établissement d'ordre religieux

sur la question. Il explique qu'il y a eu une série de négociations avec une candidate au suicide assisté et que cela a abouti à un processus qu'il juge pertinent et de grande qualité. Il souligne qu'il n'a jamais entendu de cas où l'EMS bloquait un suicide assisté, mais il relève qu'il n'existe toutefois pas de statistiques à ce sujet.

**Audition de D<sup>r</sup> Jérôme Sobel, gérontologue et président de l'association Exit, de M<sup>me</sup> Brennenstuhl, infirmière, accompagnatrice d'Exit, et du D<sup>r</sup> Beck, médecin interniste et vice-président de l'association Exit**

M. Sobel déclare qu'Exit existe depuis 1982. Son premier travail a été de se battre pour faire adopter les directives anticipées pour mettre un terme à l'acharnement thérapeutique et que les gens puissent avoir une fin de vie moins difficile.

Il existe deux associations Exit en Suisse. Exit Suisse romande comprend 23 000 adhérents alors qu'Exit Suisse allemande en compte 100 000. Il indique qu'il y a un peu moins de 10% des membres qui ont moins de 50 ans, 60% qui ont entre 51 et 75 ans et un peu plus de 30% qui ont plus de 75 ans. Il ajoute qu'il y a 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes. Il précise qu'en 2015, il y a eu 309 demandes de suicide assisté en Suisse romande et qu'ils en ont effectué 213. Parmi ces 213 cas, il relève qu'ils ont aidé 183 membres à domicile, 22 en EMS, 5 à l'hôpital et dans divers foyers. 71 des 213 suicides assistés ont eu lieu dans le canton de Genève.

Concernant les pathologies, il relève que le cancer est la principale cause de demande d'assistance au suicide (88 personnes avec une moyenne d'âge de 74 ans) et les polyopathologies invalidantes (60 personnes avec une moyenne d'âge de 84 ans). Il y a eu également 31 cas de pathologies neurologiques, 11 cas de pathologies ophtalmiques, 8 cas de pathologie respiratoires ou encore des cas de pathologies cardiovasculaires, rénales, hépatiques et un cas de pathologie psychiatrique.

Il souligne enfin que, depuis 2001, ils ont aidé 1360 personnes : 1220 à domicile, 119 dans les EMS, 17 à l'hôpital et 4 dans les divers foyers. Il estime que le chiffre de 17 cas à l'hôpital est très significatif. Il souligne qu'ils n'ont pu aider qu'un seul cas à Genève et les 16 autres dans le canton de Vaud, grâce à une bonne collaboration qui existe déjà entre Exit et les institutions, rendues possibles grâce à la loi vaudoise. Il considère que cela montre que l'on peut aider ces personnes dans des situations extrêmement difficiles à l'hôpital, sans qu'on les oblige à retourner chez elle. Il juge la loi vaudoise très satisfaisante et précise que l'on a prévu un délai maximum de réflexion d'un mois, ce qui évite que les institutions épuisent le patient et

joue sur le temps et la montre. Il ajoute que, dans cette loi, c'est au médecin de l'institution d'apporter la preuve que la personne est en bonne santé psychique. Il souligne qu'il y a en outre une commission de suivi qui a permis de mettre sur la table les cas les plus difficiles rencontrés afin d'être mieux préparés pur l'année suivante. Il précise que le président de cette commission est le médecin cantonal.

M<sup>me</sup> Brennenstuhl précise qu'elle a particulièrement fait des accompagnements dans les EMS et elle estime qu'il faut reconnaître que, dans l'ensemble, les choses se passent bien, même si parfois elles sont un peu plus difficiles dans les EMS qui ont une connotation religieuse. Elle relate l'expérience d'un EMS de ce type, au cours de laquelle le directeur de l'EMS en question l'a mise carrément dehors, car elle s'était permis de rendre visite à un des membres d'Exit qui avait fait une demande d'assistance, sans avertir l'EMS. Elle explique qu'après discussions, le directeur a finalement accepté que l'assistance se fasse. M<sup>me</sup> Brennenstuhl cite un autre cas où la direction de l'EMS voulait que l'assistance se fasse la nuit et qu'après discussions cela a pu se faire la journée.

Pour terminer, elle évoque cette situation où la personne ne voulait pas rentrer à domicile et voulait mourir à l'hôpital.

M. Beck indique qu'ils souhaitent, si cette loi est votée, qu'une inégalité de traitement entre citoyens disparaisse. Il explique avoir une très bonne entente avec les inspecteurs de police, le procureur général et la médecine légale. Il relève que les choses deviennent néanmoins plus difficiles lorsqu'ils ont affaire à des institutions, même si dans les EMS, progressivement les différentes mesures d'opposition ont disparu. Il explique qu'il y a cependant encore passablement de difficultés à l'hôpital, qui a mis en place un règlement très strict, ce qui rend l'assistance au suicide quasiment impossible ; l'on exige notamment que la personne rentre à la maison, ce qui est parfois très difficile selon les cas.

### **Audition de M<sup>me</sup> Samia Hurst, directrice de l'Institut Ethique Histoire Humanités**

M<sup>me</sup> Hurst indique qu'elle est professeure d'éthique du médical à la Faculté de Médecine, consultante éthicienne auprès du Conseil d'éthique clinique des HUG et responsable de la consultation de type clinique au CHUV. Elle admet avoir une petite expérience des situations où les demandes d'assistance au suicide sont faites dans les institutions visées par le projet, mais précise que ces demandes sont néanmoins rares. Elle observe que ces événements, lorsqu'ils se passent en institution, posent des difficultés

sérieuses qui donnent lieu à des conflits de conscience pour les professionnels qui y sont confrontés : elle comprend donc la volonté de légiférer en la matière. Elle pense qu'il s'agit d'un PL utile qui clarifie un certain nombre de choses, même si l'on pourrait croire au départ que ce genre de PL ne devrait pas être nécessaire puisque l'on a déjà un cadre légal sur l'assistance au suicide. Elle observe ensuite que le droit des personnes ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital, même si dans certaines circonstances, tout se passe comme si c'était le cas. Elle ajoute que l'assistance au suicide n'est pas un droit opposable et donc qu'il est très important de ne pas mettre les gens dans une situation où ils sont contraints de la pratiquer.

Les HUG sont arrivés à la conclusion qu'il valait mieux interdire la pratique de l'assistance au suicide au personnel de l'hôpital, plutôt que de la laisser à la libre conscience de chacun. Il valait mieux prendre le risque que des personnes qui seraient d'accord de pratiquer l'assistance au suicide ne puissent pas le faire, plutôt que de prendre le risque que celles qui ne seraient pas d'accord y soient contraintes.

Elle souligne ensuite qu'ils avaient fait à l'hôpital 3 catégories : la catégorie des interventions qui leur semblaient relever des obligations de tout professionnel, comme l'évaluation de la capacité de discernement ou encore l'exploration d'alternatives, des choses que tout professionnel doit pouvoir entreprendre, qu'il soit ou non d'accord avec le principe de l'assistance au suicide, puisqu'il s'agit de la protection de personnes vulnérables contre les assistances abusives. Elle ajoute qu'il y avait ensuite la pratique de l'assistance elle-même, c'est-à-dire la prescription et l'administration d'une substance létale, ce qui avait été exclu. Elle indique qu'il y avait troisièmement la présence pendant le décès de quelqu'un ce qu'ils avaient laissé libre en disant que les personnes qui désiraient à titre personnel être dans la pièce d'un patient qu'ils avaient accompagné jusque-là pouvaient le faire.

M<sup>me</sup> Hurst estime que le projet peut poser en effet un cas de conscience mais elle relève que ce PL reprend en partie la loi vaudoise et ne contraint personne à pratiquer l'assistance au suicide, puisque l'obligation porte sur le fait d'évaluer si l'on se trouve ou non dans une circonstance où l'assistance au suicide pourrait être admise. Elle estime qu'il est aussi important d'évaluer si le patient est capable de discernement ou s'il a bien conscience des alternatives afin qu'il puisse avoir totalement le choix et peut-être changer d'avis. Elle considère que c'est lorsque les professionnels confondent ces étapes-là avec la pratique de l'assistance au suicide que cela peut poser un cas de conscience.

M<sup>me</sup> Hurst estime que les EMS sont contraints d'accepter l'assistance au suicide dans la mesure où il s'agit d'un lieu de vie.

Pour terminer M<sup>me</sup> Hurst rappelle qu'il est obligatoire et essentiel qu'il y ait une évaluation de la capacité de discernement la personne qui fait une demande d'assistance au suicide et qu'une vraie période d'accompagnement soit mise en place. Le passage de la demande à un suicide sans période de discussion est à proscrire.

### **Audition de M<sup>me</sup> Monica Bonfanti, commandante de la police**

M<sup>me</sup> Bonfanti explique que les cas pris en charge par Exit sont très réglementés selon les directives établies par le Ministère public. En cas de suicide assisté un protocole a été mis en place par le procureur de la République. Elle indique que l'accompagnant Exit contacte la Brigade criminelle pour l'informer qu'il y aura prochainement une assistance au suicide. Cette Brigade se rend sur place avec le médecin légiste une fois le décès annoncé par l'accompagnant d'Exit. Elle ajoute qu'ils récoltent alors divers documents : le protocole Exit, le fichier adhérent, deux certificats médicaux attestant de la condition médicale du patient, l'ordonnance de penthobarbital de sodium et le document écrit du patient sur sa capacité de discernement.

Les statistiques montrent qu'en 2012, il y a eu 99 cas de suicide dont 49 dans la catégorie Exit, en 2013, 104 dont 40 Exit, en 2014, 103 dont 41 Exit et en 2015 134 dont 72 Exit. Elle ajoute que depuis 2016, l'on a 78 cas de suicides dont 36 Exit.

### **Audition de M. Olivier Jornot, procureur général**

M. Jornot explique que tous les cas d'assistance au suicide échappent à l'Art. 115 du code pénal et donc au droit pénal. Il estime que, du point de vue du droit pénal, l'on est en face d'une forme de vide, car l'on sent qu'il y a un besoin de réglementation.

Il se dit inquiet de voir une augmentation de cas Exit s'agissant de personnes qui font le bilan de leur vie et décident, parfois par rapport aussi à des facteurs médicaux mais pas seulement, de mettre un terme à leur vie. Il relève que dans ces derniers cas, l'on s'écarte assez nettement des recommandations d'éthique au profit d'autre chose, qui correspond néanmoins à un besoin de la société.

Concernant la capacité de discernement, notamment lorsqu'il s'agit de personnes âgées qui souffrent de phénomènes de pertes de capacités mentales liées à l'âge ou alors de personnes souffrant de troubles psychiques. Il relève



que la situation est d'autant plus délicate (et surtout contraire aux règles de l'Académie suisse des sciences médicales), lorsque le médecin prescripteur du pentobarbital décide lui-même que la personne est capable de discernement. Il observe qu'il n'a aucun moyen légal d'imposer un double regard ou des expertises, mais il explique que ses procureurs sont mal à l'aise, lorsqu'ils ont des cas de médecins qui sont chargés totalement de la procédure du début à la fin.

Il pense que ce PL ne présente pas de problèmes légaux par rapport au Tribunal fédéral. Il indique qu'il aime bien ce texte, car il est plus restrictif que ce qui se passe dans la réalité et en outre qu'il reprend des recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales.

**Audition de M<sup>me</sup> Dominique Roulin, membre de la commission liée à l'éthique et représentante de l'ensemble des cliniques privées, et de M. Gilles Rufenacht, président des cliniques de Genève**

M<sup>me</sup> Roulin considère qu'il est important d'avoir mis en place une procédure qui garantit une certaine sécurité à savoir que le souhait du patient soit respecté, qu'il n'y a pas de retour à domicile possible et que la maladie soit irréversible. Il faut qu'un conseil d'éthique vérifie que les critères établis sont bien présents et, dans le cas contraire, que la procédure puisse s'interrompre à tout moment.

M. Rufenacht affirme que si l'institution est d'accord d'entrer en matière, alors un protocole doit se mettre en place. Il ajoute qu'il faut respecter l'institution dans sa méthode et sa philosophie et il se déclare plutôt contre ce PL.

**Audition du Professeure Sophie Pautex, médecin adjointe agrégée à l'Unité de gériatrie et de soins palliatifs communautaires**

M<sup>me</sup> Pautex indique qu'autant elle est d'accord que cette assistance puisse avoir lieu dans un certain nombre d'EMS et sur le fait que les résidents peuvent avoir accès à cette aide, mais elle considère qu'il est difficile de forcer des institutions à accepter des résidents qui pourraient avoir accès à une assistance au suicide. Par ailleurs, elle se dit perturbée par le rôle du médecin répondant, dans ce PL, car elle estime que l'on ne devrait pas l'exclure du processus d'accompagnements, par exemple lorsque le professionnel est proche du patient qui désire une aide au suicide.

### **Audition du D<sup>r</sup> Châtelain, président du Groupe des médecins de famille Genève (MFGe)**

Il souligne que les médecins de famille sont peu confrontés à ce problème. Il précise que certains éléments du PL lui semblent, après réflexion, quelque peu succincts, car il considère qu'il convient d'être extrêmement rigoureux dans l'encadrement de la problématique pour éviter des dérives et en outre éviter de tendre vers une tendance de la société qu'il considère être un équivalent du « fast médecine ».

Il ajoute qu'il manque un point fondamental à ce texte, le fait que la notion de situation psychique, que l'on peut résumer à peu près par le mot dépression, manque cruellement dans le PL.

### **Audition du D<sup>r</sup> Jacques Lederrey, président du Groupe des Médecins répondants en EMS, de la D<sup>resse</sup> Carine Bech, membre du comité et membre du comité des gériatres genevois**

M. Lederrey indique que ce PL ne lui semble pas très utile, ni très adapté à la situation vécue dans leur rôle de médecin répondant ou de médecin traitant en EMS. Il ajoute que certains points du PL ne semblent pas clairs, comme quand il est dit que l'assistance au suicide ne peut avoir lieu qu'en cas de maladie grave ou de séquelle grave ou insupportable de maladie ou d'accident. Il se demande ce que veulent dire les termes grave ou insupportable. Il indique qu'en réalité, c'est très dépendant de l'individu et donc difficile d'introduire cela dans la loi. Il pense que la loi est en décalage avec la pratique actuelle, avec des suicides assistés faits dans des situations de fatigue de la vie, des situations de « polypathologies liées à l'âge », ce qui recouvre de nombreuses situations qui sont perturbantes et difficiles à vivre.

M<sup>me</sup> Bech s'interroge sur le but du PL. Elle se demande si c'est de rendre obligatoire le suicide assisté dans les EMS, ce qui lui semble être clair dans le PL. Elle se demande alors si cette loi est utile puis qu'à Genève l'ensemble des EMS acceptent déjà le suicide assisté dans leurs murs à l'exception d'un EMS qui a une connotation religieuse.

Elle pense que légiférer sur une question aussi délicate et unique est difficile, car chaque situation est unique et compliquée. Elle ne souhaite pas que cela devienne une des prestations des EMS.

Elle indique que théoriquement un médecin traitant pourrait accepter que son patient ait recours à Exit et que personne d'autre ne serait alors informé avant le décès du patient. Elle explique que c'est ce qui fait peur aux médecins répondants, car quand il y a une assistance au suicide dans un établissement, cela doit être discuté avec les résidents, avec le personnel

soignant et avec les familles. Elle ajoute que chaque fois cela a des conséquences sur le personnel.

### **Prises de position des partis**

Le **PS** va voter l'entrée en matière du PL. Il pense que la question de l'assistance au suicide va au-delà du clivage gauche-droite et qu'il s'agit plutôt de quelque chose qui fait appel au droit fondamental des personnes et à l'autodétermination et à la responsabilité individuelle pour sa propre vie. Ce PL veut que toute personne, pour autant que les conditions soient remplies (capacité de discernement, etc.) puisse décider de la fin de sa propre vie. Le PS souligne la nécessité de légiférer, car il faut garantir ce droit fondamental. Il relève que la FEGEMS n'a pas de statistiques, ni de pouvoir contraignant sur ses membres. Il ajoute que l'Association des médecins répondants d'EMS n'a pas de chiffre non plus. Il demande donc pour toutes ses raisons que les commissaires entrent en matière et étudient les amendements que le PDC déposera en cas de deuxième débat.

Le **MCG** refusera l'entrée en matière. Il estime que ce PL ne tient pas compte des convictions personnelles des personnes qui restent, notamment des médecins qui seraient contraints de commettre des actes contre leurs convictions. Il pense que le PL va compliquer la procédure et non pas protéger tous les intervenants de la chaîne de soins.

Le **PLR** refusera également l'entrée en matière, car il estime que le respect des droits des personnes est déjà garanti, que tout ce qui touche aux pratiques de l'assistance au suicide assisté a fait l'objet d'une évolution culturelle qui montre que légiférer reviendrait au fond à plaquer un carcan législatif pour résoudre une situation qui aujourd'hui n'a plus besoin d'être résolue. Le PLR considère que la situation du suicide assisté est aujourd'hui clairement aboutie dans tous les établissements et donc pour ces raisons, il a décidé de s'abstenir de légiférer sur cet objet. Le PLR néanmoins restera très vigilant et que s'il devait s'apercevoir qu'il existe des empêchements, il serait prêt à revenir sur cette question.

L'**UDC** ne rentrera pas en matière. Une législation sur ce problème apporterait beaucoup plus de problèmes, qu'elle n'en résoudrait. Il observe que l'on en vient ici apparemment à la même conclusion que la commission de la santé de la Constituante, à savoir que l'on ne voudrait pas que quelqu'un retrouve dans une situation de forçage médical, mais que malheureusement l'on n'a pas les solutions pour éviter les cas limites, lesquels sont souvent surmédiatisés.

**EAG** soutiendra l'entrée en matière et le PL. Il estime que ce PL protège les personnes tout en préservant leur liberté de décision. Il estime enfin que le fait de légiférer pourrait permettre au personnel des EMS de clarifier leur situation dans ce genre de cas, ce qui est positif.

Les **Verts** entendent voter l'entrée en matière et le PL seulement si les amendements PDC étaient adoptés. Ils précisent qu'au départ ils étaient convaincus que le suicide assisté devait pouvoir se faire partout et qu'il n'était pas normal qu'il y ait des inégalités selon les lieux. Néanmoins, ils ajoutent qu'après les auditions, ils se sont rendu compte que ce PL risquait d'être une fausse bonne idée et risquait d'endurcir encore plus certaines situations. Ils relèvent qu'avec ce PL, certaines personnes ayant des souffrances psychiques insupportables et qui auraient souhaité faire appel à Exit, n'auraient pas pu le faire, car le PL se focalise trop sur l'affection physique. De plus avec ce PL on risque d'exclure le médecin traitant, le personnel de l'institution et de restreindre leur droit de participer de manière professionnelle à l'intervention d'Exit.

Le **PDC** constate que l'entrée en matière va être refusée. Il ne soumettra pas ses amendements, les réservant pour la séance plénière. Il estime qu'il est exclu de refuser le droit à l'assistance au suicide, mais il relève qu'il doit s'agir d'un dialogue constant avec le médecin traitant. Il pense que la loi proposée met en effet trop de côté le médecin traitant et trop en avant le médecin répondant des EMS. Il ajoute qu'il est contre le fait de faire des lois sur des sujets aussi difficiles. Il ajoute que les multiples auditions ont montré que la question de l'assistance au suicide avait été entendue et qu'il n'y avait plus d'oppositions au sein des EMS, même aussi de ceux qui avaient une orientation plus religieuse. Il estime qu'il est important d'entendre les médecins qui désirent que l'assistance au suicide ne devienne pas quelque chose d'automatique. Pour ces raisons, le PDC votera contre l'entrée en matière.

### **Prise de position de M. Poggia, conseiller d'Etat**

Il considère que l'on a ici un véritable sujet grave de société, dont on parle non seulement à Genève, mais aussi partout en Europe, et qui touche la médecine, le droit, la spiritualité et les libertés fondamentales. Il souligne que l'on a le droit à la vie et que l'on peut exiger que l'Etat intervienne pour qu'il protège notre vie, mais que l'on n'a néanmoins pas le droit à la mort. Il souligne que l'on a par contre la liberté de mourir et le droit d'exiger de l'Etat qu'il s'abstienne d'entraver l'exercice de cette liberté. Il pense que l'on est d'accord sur le fait qu'une personne qui librement choisit de mettre fin à ses jours, pour des raisons de souffrance ou d'autres raisons, a le droit à cette

liberté. Il estime que l'Etat a donc l'obligation de ne pas entraver le libre exercice de cette liberté, mais il indique que le département est persuadé qu'il ne faut pas pour autant légiférer en la matière. Il pense par ailleurs que la capacité de discernement reste toujours le point fondamental et que, quel que soit le texte qui pourrait ressortir du Parlement, il y aura toujours un médecin qui devra se prononcer sur cette capacité. Il relève que cette capacité de discernement n'est ni blanche ni noire et donc le fait de cristalliser dans une loi ces questions est de nature à déresponsabiliser les équipes soignantes, les proches et la société en général. Il pense que cette loi est aussi de nature à judiciaireiser tout le processus. Il estime qu'une société responsable doit traiter ces questions d'une autre manière que par une procédure judiciaire. Pour terminer, il déclare que la loi veut régler un problème se situant en EMS et comme ces derniers se trouvent sous la tutelle de son département, il ne tolérera jamais qu'une personne qui souhaite librement quitter la vie soit empêchée de la faire ou soit contrainte d'aller le faire ailleurs.

La présidente soumet au vote PL 11870.

#### **Vote d'entrée en matière :**

**Oui :** 5 (3 S, 1 Ve, 1 EAG)

**Non :** 10 (4 PLR, 2 UDC, 3 MCG, 1 PDC)

**Abst. :** –

*Le vote d'entrée en matière est donc refusé.*

*Catégorie de débat : II*

#### **Conclusions**

La commission de la santé vous recommande donc de refuser l'entrée en matière de ce PL.

## **Projet de loi (11870)**

**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      Modification**

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

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

<sup>1</sup> 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.

<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 Genève 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 les instances de direction de l'établissement.

<sup>4</sup> 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.

<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      Entrée en vigueur**

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

*Date de dépôt : 21 mars 2017*

## RAPPORT DE LA MINORITÉ

### Rapport de M. Christian Frey

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Le projet de loi 11870 aborde un sujet sensible. Il a pour objectif de garantir le droit à l'autodétermination et à l'égalité de traitement pour les personnes qui se trouvent à l'hôpital, en cliniques ou en EMS en ce qui concerne le suicide assisté. C'est un sujet délicat qui fait appel à des émotions, des croyances et qui en plus nous concerne tous : la mort.

Ce projet n'est pas une question de gauche-droite, il fait appel à notre droit fondamental à l'autodétermination et à la responsabilité individuelle pour notre propre vie. Cette responsabilité pour notre propre vie, tant que nous avons la capacité de discernement, personne ne peut nous la prendre, ni les médecins, ni les soignants, ni les proches. Le but de ce projet de loi est de s'assurer que le droit à l'autodétermination et à l'exercice de la responsabilité individuelle par rapport à notre propre existence soit respecté partout, à domicile comme à l'hôpital et dans les EMS.

La Commission de la santé a étudié de manière approfondie ce projet de loi en y consacrant 10 séances. Ce rapport de minorité a pour objectif de vous démontrer, Mesdames et Messieurs les députés, que ce projet de loi est indispensable, qu'il répond à des besoins réels et qu'il est d'un grand intérêt public.

#### **1. Est-ce qu'il y a un problème concernant la possibilité d'accès au suicide assisté dans les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, EMS) ?**

Les nombreux témoignages reçus dans les auditions nous permettent d'affirmer qu'il y a manifestement des problèmes :

- Un député PLR, médecin de son état, affirme que dans deux EMS d'inspiration religieuse, Les Marronniers et Saint-Paul, il existe des freins au recours au suicide assisté.



- Le D<sup>r</sup> Carine Bech, du groupe des médecins des établissements pour personnes âgées de Genève (MEPAG'S), nous affirme qu'elle a rencontré une situation problématique à ce sujet. Le D<sup>r</sup> Laurent Gauthey, membre du même groupe, nous affirme qu'il y a « peu » de situations problématiques, ce qui veut dire en clair qu'il y en a.
- Le professeur Samia Hurst nous affirme « difficile de dire que tout va bien, car il peut y avoir des réticences et des confusions ». Elle estime « qu'il y a des situations de frein dans les hôpitaux même lorsqu'il y a des directives internes qui sont censées régler la question ».
- Une accompagnatrice d'Exit, infirmière de son état, affirme qu'elle a été mise à la porte d'un EMS par le directeur parce qu'elle ne l'avait pas averti préalablement avant de rendre visite à un résident qui l'avait sollicitée.
- La même accompagnatrice affirme qu'un directeur d'EMS lui a interdit de parler d'une volonté de suicide assisté d'un résident. Il voulait que cela « ne se sache pas » et que « cela se fasse la nuit ».
- Les responsables d'Exit font état de deux refus d'accès au suicide assisté à Loex, ainsi que de deux refus dans des EMS, le premier à l'EMS La Tour, le deuxième à l'EMS de Vessy.

Ces témoignages nous permettent d'affirmer clairement qu'il y a des problèmes en ce qui concerne l'accès au suicide assisté autant dans les hôpitaux que dans les EMS.

## **2. Quels sont les principaux arguments contre ce projet de loi ?**

- Le principal argument évoqué à plusieurs reprises est qu'il vaudrait mieux « laisser le flou » que de légiférer dans ce domaine, les choses évoluant lentement dans le sens d'une meilleure acceptation du suicide assisté. Cet argument nous paraît particulièrement préoccupant, car il confirme implicitement qu'il y a des problèmes dans l'application de ce droit fondamental mais qu'il vaut mieux ne rien faire.
- Ce projet de loi favoriserait une banalisation de l'acte du suicide là où il faudrait tout faire pour rendre le goût à la vie aux personnes en situation difficile. Cet argument est inacceptable, certes il ne faut pas banaliser ou rendre trop faciles les suicides « bilan » par exemple qui peuvent intervenir à tous les âges de la vie, mais le PL définit clairement à quelles conditions très strictes ce recours doit être possible et exclut ainsi toute « banalisation ».

- Contrairement au suicide assisté à domicile qui ne poserait pas de problème, le suicide assisté dans une organisation sanitaire et hôtelière collective devrait impérativement tenir compte de cet environnement. Il faut effectivement tenir compte des répercussions d'un suicide assisté sur le personnel et les autres résidents d'un établissement de santé, mais ces répercussions ne devraient en aucun cas entraver le libre exercice du recours au suicide assisté. En effet, ces répercussions sont très importantes et il faut en tenir compte à travers des efforts de formation pour le personnel et d'information claire et respectueuse pour les résidents. Néanmoins, cet argument ne permet pas d'empêcher ou de cacher ce recours au suicide assisté dans le cadre d'une institution comme voulait le faire ce directeur d'EMS qui voulait que cela « ne se sache pas » et « se passe la nuit ».
- Exit élargirait sans cesse les indications et admettrait aujourd'hui les polypathologies liées à l'âge. Rappelons simplement que nous parlons ici des critères du PL 11870 et pas de la pratique d'Exit. Les critères de ce PL sont très stricts, plus stricts que ce qui se passe actuellement dans la réalité selon le procureur général Olivier Jornot. Le cadre est donc bien défini.
- L'obligation d'informer le médecin répondant de l'EMS et de lui demander de garantir le bon déroulement du processus serait une atteinte au secret médical. Cette affirmation paraît surréaliste. En effet, il est indispensable d'informer le médecin répondant de l'EMS de ce qui va se passer. Si cela n'était pas fait, tout le monde crierait au scandale. Ce qui est demandé au médecin répondant membre de la direction de l'EMS est de garantir que la capacité de discernement de la personne concernée a bien été établie et que la prescription du produit a bien été faite par un médecin. En quelque sorte, il s'agit d'un rapport de situation comme celui qui serait établi par un médecin qui attesterait qu'une femme est enceinte par exemple, rien de moins rien de plus. Il ne s'agit en aucun cas d'une participation au processus du suicide assisté.
- Il y aurait un avantage à laisser une certaine zone grise autour de cette pratique, ce qui permettrait de tenir compte de la spécificité de chaque situation. Le professeur Samia Hurst, à partir de sa longue expérience hospitalière tant au CHUV qu'aux HUG, pense exactement le contraire. Elle affirme que la zone grise est dangereuse, car elle comporte le risque que les soignants n'accompagnent plus la personne concernée jusqu'au bout, de peur de se sentir mêlés à l'assistance au suicide et de faire quelque chose d'illégal. Le fait de poser des règles claires, par exemple interdire au personnel soignant toute participation à titre professionnel au

processus d'assistance au suicide, rassure le personnel soignant et lui permet de continuer jusqu'au bout l'accompagnement des personnes concernées.

### **3. Quels sont les principaux arguments pour ce projet de loi**

- Le principal argument en faveur de ce projet de loi a déjà été évoqué : il s'agit de garantir le droit fondamental à l'autodétermination de la personne. Le procureur général Olivier Jornot estime que le droit à l'autodétermination est une partie du droit personnel.
- Le projet de loi établit une égalité de droit entre les personnes à domicile et les personnes en établissement. Cette égalité de droit est une des préoccupations essentielles de la cheffe de la police M<sup>me</sup> Monica Bonfanti qui l'a explicitement mentionnée dans son audition.
- Une réglementation précise permet d'éviter tout dérapage sur ce sujet délicat, par exemple des suicides sauvages par défenestration, en mettant le feu à sa chambre ou encore en s'étouffant avec un sac en plastique sur la tête.
- Personne n'a une représentation précise de l'ampleur du phénomène à Genève. Ni la FEGEMS (Fédération genevoise des établissements médico-sociaux) ni sa concurrente l'AGEMS (Association genevoise des établissements médico-sociaux) ni l'AMG ni le MEPAG'S (groupe des médecins des établissements pour personnes âgées), ni le groupe des médecins de famille de Genève ne disposent de statistiques concernant le nombre de demandes, les éventuels refus, etc.

### **4. La position des éthiciens**

Dans le cadre de ses auditions, la Commission de la santé a entendu trois spécialistes de l'éthique, aucun de ces éthiciens ne s'est prononcé contre ce projet de loi.

- Le Dr François Loew, président de la commission d'éthique de la FEGEMS, nous a confirmé que le conseil d'éthique de la FEGEMS a élaboré des recommandations concernant le suicide assisté en 2009, que ces recommandations sont en révision depuis plusieurs années et que la nouvelle version n'est pas encore sortie. Il a confirmé que ce projet de loi n'était pas en contradiction avec les directives de l'Académie suisse des sciences médicales, ni avec celles de la commission nationale d'éthique. Il nous a informés que, à sa connaissance, l'assistance au suicide était pratiquée dans tous les EMS de Genève. Néanmoins, ni la commission

d'éthique de la FEGEMS ni le secrétariat général de cette association faîtière ne disposent de chiffres sur le nombre de demandes d'assistance au suicide. Chaque EMS gère ces demandes selon ses propres critères ou ceux de son association ou fondation. Les préoccupations principales du conseil d'éthique de la FEGEMS sont de garantir les conditions d'acceptabilité éthique de l'assistance au suicide, de veiller aux répercussions sur le personnel et les autres résidents et d'écarter des situations de « souffrance psychique aiguë » qui pourraient induire des « suicides de crise ». Le conseil d'éthique de la FEGEMS est également préoccupé par l'extension des critères d'Exit concernant les polyopathologies liées à l'âge. Cette dernière interrogation ne concerne pas ce projet de loi, les critères stricts n'incluant pas cette problématique.

- Le professeur Samia Hurst, directrice de l'institut Ethique Histoire Humanités, professeure d'éthique du médical, consultante éthicienne auprès du conseil d'éthique clinique des HUG et responsable de la consultation clinique au CHUV, comprend la volonté de légiférer en la matière. Elle trouve ce projet de loi utile, car il clarifie l'application du suicide assisté dans les institutions de soins. Pour elle, le droit des personnes ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital ou de tout autre établissement de soins. En ce qui concerne l'interdiction faite au personnel de l'établissement, au médecin responsable et au médecin traitant de participer « à titre professionnel » à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide mentionnée à l'alinéa 5 de l'article 39A du projet de loi, elle comprend cette interdiction car il vaut mieux interdire la pratique plutôt que de la laisser au libre choix du personnel pour éviter le risque qu'à un moment ou à un autre il soit dit « c'est ton tour ». Elle comprend l'intention de ce PL comme une volonté de mettre un peu de contrôle dans les bonnes pratiques des hôpitaux et des EMS. Le professeur Hurst n'a pas de statistiques concernant le nombre de demandes ou de décès suite à une assistance au suicide. Néanmoins, elle cite les chiffres suivants : à domicile en Suisse romande, lors de décès attendus, les assistances au suicide représentent 9% de tous les décès ; en EMS, où il y a évidemment plus de décès attendus, il n'y en a que 1%. Pourquoi ? Le professeur Hurst a entendu dire qu'il n'y avait pas de politique d'interdiction systématique dans ce domaine, cependant elle estime que, pour avoir une idée plus précise de la question, il faudrait plutôt questionner les personnes qui travaillent en EMS, sachant que 90% des résidents en EMS ne sont pas incapables de discernement. Il y a donc manifestement un flou concernant la possibilité d'accès au suicide assisté dans les EMS. Enfin, le professeur Hurst affirme que trop souvent le

processus de mise en place de l'assistance au suicide dure un maximum de temps lorsque les personnes qui doivent opérer les vérifications sont plutôt contre l'assistance au suicide. Enfin, en ce qui concerne la sédation palliative, qui est une forme d'euthanasie passive, on passe de 3% de cas en 2001 à 17% en 2013, tandis que pour les demandes d'assistance au suicide on ne passe que de 1% à 2% pour la même période. Autre signe de résistance ou d'obstruction au suicide assisté ?

- M<sup>me</sup> Dominique Roulin, présidente du conseil d'éthique de la Clinique des Grangettes qui a également participé à la mise en place du conseil d'éthique de l'Hôpital de La Tour, se retrouve largement dans les propos du professeur Samia Hurst avec laquelle elle collabore. Elle insiste sur l'importance pour les soignants d'un cadre, d'un fil conducteur qui leur permet d'agir en toute sécurité sans devoir prendre une décision de leur propre chef. C'est ainsi qu'une procédure avec un protocole précis a été établie par le conseil d'éthique pour Les Grangettes et La Tour.

## 5. La position de la police et du Ministère public

Pour M<sup>me</sup> Bonfanti, cheffe de la police, les choses se passent bien et le projet de loi est utile compte tenu du vide juridique au niveau fédéral. La préoccupation principale de la cheffe de la police est l'égalité de traitement entre les personnes résidant à domicile et celles qui résident en institution. Le projet de loi répond à cette préoccupation. Par ailleurs elle nous informe que :

- La procédure mise en place par le Ministère public pour les suicides Exit est claire et bien appliquée. La police reçoit une information préalable qui lui permet de faire un certain nombre de vérifications, notamment en ce qui concerne le canton de domicile de la personne concernée ; la procédure d'assistance au suicide est prise en charge par Exit ; suite à la deuxième information reçue sur le suicide, la police se rend sur place avec le médecin légiste et elle récolte les documents indispensables (protocole Exit, fichier adhérent, les 2 certificats médicaux, la prescription pour le produit absorbé et le document du patient attestant de sa capacité de discernement).
- Au niveau des statistiques, on est passé de 99 cas de suicide dont 49 avec Exit en 2012 à 134 dont 72 avec Exit en 2015. La proportion entre le total des suicides et ceux avec Exit est restée la même. Il n'y a pas d'augmentation significative des cas de suicide avec assistance d'Exit par rapport au nombre total de suicides.
- Le nombre de suicides assistés avec Exit dans les EMS est insignifiant, M<sup>me</sup> Bonfanti les estime à 1 à 2 par année.

En ce qui concerne le Ministère public, M. Olivier Jornot partage entièrement les propos de M<sup>me</sup> Bonfanti. Compte tenu du vide juridique tant au niveau fédéral que cantonal, ce projet de loi est utile et nécessaire. Pour lui, tout le monde préfère un suicide médicalement assisté à un suicide sous une autre forme (sac en plastique, incendie volontaire, défenestration, etc.) que ce soit à domicile ou en institution. Il relève quelques situations particulières qui peuvent poser problème :

- les suicides assistés qui relèvent de problèmes psychiques exclusivement ;
- les suicides assistés « bilan de vie » qui sont en augmentation constante, chez les jeunes également ;
- le suicide assisté d'une femme qui ne voulait pas rester seule et qui voulait suivre son mari grabataire – le médecin était-il habilité à prescrire le produit à la femme également ?

Le procureur général affirme que ce projet de loi ne pose pas de problèmes légaux, l'arrêté du Tribunal fédéral dans la situation du canton de Neuchâtel, où l'Armée du Salut voulait s'opposer à l'obligation de permettre un suicide assisté dans son établissement, le montre clairement.

M. Jornot aime bien le texte du projet de loi parce qu'il est plus restrictif que ce qui se passe dans la réalité aujourd'hui. Par ailleurs, il est conforme aux recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales. C'est « quelque chose qui tient bien la route » et qui « met en place des conditions de base ».

Le procureur général aimerait bien qu'il y ait une législation précise dans ce domaine, tant au niveau fédéral que cantonal. Au niveau cantonal, ce projet de loi y contribue.

## **6. Des avis divergents du côté des médecins**

Il est intéressant de constater que la quasi-totalité des médecins auditionnés, à l'exception notable du professeur Hurst qui est aussi médecin, se dit défavorable à ce projet de loi. En effet, tant le président du groupe des médecins des établissements pour personnes âgées de Genève (MEPAG'S) que celui des médecins de famille de Genève (MFGe) ainsi que la plupart des médecins députés membres de la Commission de la santé estiment qu'il est inadéquat, voire contre-indiqué, de légiférer dans ce domaine. Ils préfèrent « garder un certain flou, laisser évoluer l'acceptation du suicide assisté dans la population, traiter chaque situation pour elle-même, éviter de mettre le médecin répondant de l'établissement ou encore le médecin traitant dans une situation difficile, etc., etc.

La préoccupation de ces médecins certes légitime est de ne pas faire du suicide assisté une prestation médicale qu'on obtient sur prescription.

Mais finalement que craignent-ils de ce projet de loi qui a pour objectif de clarifier les choses dans un domaine délicat qui, compte tenu des nombreux témoignages recueillis, posent manifestement un certain nombre de problèmes même si les situations sont peu nombreuses ?

### **7. Comment détecter les atteintes au droit à l'autodétermination des personnes qui résident dans un établissement de santé ?**

Avant de conclure ce rapport de minorité, nous aimerions encore aborder la question des atteintes au droit de la personne résidant dans un établissement de santé. Plusieurs membres de la Commission de la santé ont affirmé qu'ils n'étaient pas favorables à ce projet de loi, mais que, au cas où ils découvriraient des atteintes au droit à l'autodétermination des personnes résidant soit dans un EMS, soit dans une clinique, soit à l'hôpital, ils ne manqueraient pas de réagir. La question qui se pose immédiatement est : comment cette information va-t-elle leur parvenir ? Ne s'agissant dans la plupart des cas pas de délits appelant une sanction pénale, mais de tergiversations, de délais trop longs, de réticences voire d'obstructions passives comme le relevait le professeur Hurst, comment ces députés bien intentionnés vont-ils pouvoir réagir et surtout agir pour assurer la sauvegarde des droits des personnes concernées ?

De même, le département (DEAS) par la voix de son président nous assure que, sachant que ces établissements de santé sont sous sa haute surveillance, il ne manquerait pas de réagir s'il devait constater des abus. Quels sont les moyens de contrôle du DEAS par rapport à ces questions si subtiles, si difficilement détectables s'agissant soit d'établissements autonomes (HUG), soit privés (cliniques), soit privés ou semi-privés subventionnés (EMS) ?

Ce projet de loi propose un cadre clair qui balise le processus complexe du suicide assisté et qui serait, cas échéant, complété par un règlement d'application prévoyant des sanctions en cas d'abus.

### **8. Conclusion**

Mesdames et Messieurs les députés, le PL 11870 n'est certes pas parfait et mérite peut-être d'être amendé ou complété sur certains points (cf. proposition d'amendements en annexe), néanmoins :

- il garantit le droit à l'autodétermination des personnes concernées ;

- il garantit le droit à l'égalité de traitement entre personnes résidant à domicile et personnes résidant en établissements de santé ;
- il établit des règles strictes d'accès au processus du suicide assisté en institution ;
- il rassure le personnel en clarifiant ce qui est légal et ce qui est illégal en la matière.

En un mot, il évacue les zones d'ombre susceptibles de créer des drames comme Genève et d'autres cantons en ont vécu. La minorité vous invite donc à entrer en matière sur ce projet de loi et, cas échéant, à l'amender sur certains points.



# MEPAG's

c/o Dr J. Lederrey  
3a chemin du Pré du Couvent  
1224 Chêne Bougeries

Concerne: PL 11870

## DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par le MEPAG's, au cas où le projet de loi 11870, dont il recommande le rejet, serait accepté.

### TEXTE

**Médecin responsable** est remplacé par **médecin répondant** dans tout le texte.

Art. 39A

Al. 1 Inchangé

a) le médecin traitant, en concertation avec le médecin répondant de l'établissement, vérifie que le patient ou le résidant :

1. Inchangé

2. remplit les critères fixés dans les recommandations de l'ASSM (Association Suisse des Sciences Médicales).

Al. 2. En cas de doute lors de l'examen des conditions prévues à la lettre a de l'alinéa 1, le médecin traitant ou le médecin répondant doit, avec l'accord du demandeur, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou d'une commission d'évaluation reconnue par l'établissement.

Al. 3. Le médecin traitant confirme par écrit, dans un délai d'un mois, que les conditions citées à l'alinéa 1 sont remplies. En concertation avec le médecin répondant et en accord avec le patient ou résidant, il en informe les instances de direction et le personnel de l'établissement, ainsi que les proches désignés par le patient ou résidant.

Al.4 Pas de changement.

Al. 5 Le personnel de l'établissement, le médecin répondant et le médecin traitant ne peuvent être contraints à participer à la procédure de l'assistance au suicide.

Al. 6 Abrogé

Al.7 Inchangé