

Date de dépôt : 10 avril 2018

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi de 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 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. Christian Frey (page 1)

Rapport de minorité de M. Sandro Pistis (page 84)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Christian Frey

Mesdames et

Messieurs les députés,

Suite au renvoi en commission du PL 11870, la Commission de la santé a consacré 5 séances, le 12 janvier, les 2 et 9 février ainsi que les 9 et 16 mars à une nouvelle étude de ce projet de loi sous la Présidence de M. Pierre Conne. Les procès-verbaux ont été tenus par M. Sébastien Pasche à l'exception de la séance du 16 mars où M. Pasche a été remplacé par M. Florian Giacobino.

Ont assisté aux séances M^{mes} Sabrina Cavallero et Anne Etienne DGS ainsi que MM. Mauro Poggia DEAS, Jacques Romand médecin cantonal et Nicolas Doebelin juriste DGS.

1. Reprise de l'étude du PL 11870

Un député PDC souligne que le renvoi en commission avait été demandé car il y avait eu une lettre d'Exit qui était parvenue et qu'il y avait un doute sur ce que faisait les HUG par rapport à cette pratique et que l'on a donc voulu clarifier ce point. Il pense que l'on doit donc commencer par clarifier le point de la pratique des HUG.

Le président ajoute qu'il y avait aussi eu des amendements assez importants proposés et qui paraissaient à certains assez difficiles à traiter en plénière.

Une députée Socialiste souligne que le courrier d'Exit faisait état de trois cas problématiques aux HUG et que le groupe socialiste est donc favorable à entendre les HUG car cela n'a pas été fait formellement dans les travaux précédents. Elle relève que la commission a entendu M^{me} Hurst, qui est certes liée aux HUG, mais qu'il n'y a pas eu d'audition de la direction des HUG sur les pratiques exactes en matière de suicide assisté. Elle indique qu'à son sens, il y a encore des difficultés aux HUG. Par ailleurs, elle observe qu'il a été dit en plénière que ce projet de loi ne s'appliquerait pas aux hôpitaux, mais seulement aux EMS. Or elle rappelle que ce qui a été proposé dans ce PL, c'est bien qu'il s'applique aux EMS, aux cliniques privées et aux HUG. Elle ajoute que les HUG sont donc concernés et elles voudraient vraiment les entendre afin qu'ils se positionnent. Elle soumet par ailleurs à la commission la demande d'une seconde audition de la FEGEMS qui, lors de sa dernière audition, travaillait encore d'après les recommandations datant de 2009. Elle ajoute que depuis, de nouvelles recommandations sont finalement sorties (communiqué de presse en mai 2017), mais qu'il est intéressant de constater qu'il n'y a quasiment pas de différences et que la FEGEMS continue à dire que ce n'est pas un problème si certains EMS refuse l'assistance au suicide dans leurs établissements. Elle souligne en outre que ces recommandations ne disent pas ce que la FEGEMS préconise dans ce cadre-là, ce qu'elle trouve tout de même hallucinant. Elle relève que la FEGEMS reste muette sur la question, alors qu'elle disait qu'il allait y avoir des avancées.

Une députée Verte propose de faire un courrier à Exit avec les amendements présentés car Exit a notamment critiqué le fait que les Verts voulaient accepter le PL sous réserve d'amendements. Elle précise que les amendements qu'elle est prête à accepter doivent viser à s'assurer que ce PL ne bloque pas des situations où actuellement le droit au suicide assisté peut exister. Elle désire donc un avis assez bref de l'association sur les amendements.

Un député UDC indique que, par rapport aux HUG, il lui semble que le département avait clairement répondu qu'il pouvait encore y avoir quelques

problèmes dans quelques EMS privés, mais pas aux HUG. Il observe que le PL arrive au Parlement et que, tout d'un coup, il y a 3 cas problématiques qui sont énoncés, ce qui l'étonne quelque peu. Par ailleurs, il ajoute que, lors des travaux de la Constituante ce projet a été étudié et que les deux conclusions globales étaient qu'il était très compliqué de légiférer, que le système ne fonctionne pas si mal et qu'en outre, au niveau d'Exit il n'y a pas de transparence par rapport aux finances de l'association. Il indique ne pas être hostile, mais pense que l'on va refaire un travail que l'on a déjà fait ; il s'interroge en outre sur le timing des cas qui sont apparus. Il estime que l'on se relance dans un débat qui aboutira aux mêmes résultats. Il observe enfin que, si quelqu'un va dans un EMS qui est d'obédience catholique, il apparaît évident qu'une assistance au suicide pourrait être problématique.

Au nom du PLR un député précise que l'opposition n'était pas une opposition au principe de l'assistance au suicide, mais plutôt une attitude qui était la conséquence de plusieurs constatations : le fait que la question est en pleine évolution et que le vote d'une loi sur le sujet fige quelque peu le débat et le fait que même les EMS d'obédience religieuse jouent aujourd'hui le jeu. Par ailleurs il pense que l'on peut bien sûr auditionner à nouveau la FEGEMS. Concernant les HUG, il affirme que, alors que l'on pensait qu'ils collaboraient à l'assistance au suicide, il est apparu à la lecture de ce qu'a écrit Exit que ce n'était pas toujours le cas. Il rappelle par la suite qu'il y a eu un suicide assisté réalisé aux HUG et qui a été médiatisé dans la *Tribune de Genève*. Il pense qu'il est indispensable d'auditionner les HUG directement et non pas par l'intermédiaire de M^{me} Hurst ou du département. Concernant la soumission des amendements de la commission à Exit, il pense que l'on pourrait entrer dans un processus qui pourrait aller très loin. Il ajoute qu'il n'a rien contre le fait que certains commissaires contactent Exit pour s'assurer que les amendements, selon l'association, ne sont pas de nature à dénaturer la volonté sous-jacente du PL. Il pense que ce n'est pourtant pas le cas. Il pense qu'au contraire, en ne s'adressant pas systématiquement au médecin répondant en EMS, on évite ainsi qu'un médecin très imprégné par exemple par des principes religieux influence dans un sens l'évaluation de la capacité de discernement vers une situation qui pourrait mener à un refus de l'assistance au suicide. Il ajoute qu'en aucun cas le PLR a cherché à torpiller le PL en proposant des amendements.

Un député PDC souhaite d'abord l'audition des HUG car c'est seulement à ce moment que l'on décidera si l'on ouvre un deuxième débat. Par ailleurs, il indique qu'il a été assez fâché par l'attitude d'Exit et sur la pression que l'association a exercée sur les commissaires. Il n'est donc pas pour que l'on soumette des amendements à un groupe X ou Y.

Un député Socialiste ajoute qu'avec le renvoi de ce rapport à la commission de la santé, on a le droit de reprendre le débat à 0 et il pense que l'audition d'Exit est nécessaire.

Un député PLR considère qu'Exit a explicité de manière détaillée pourquoi ils sollicitaient le Grand Conseil la veille du vote en plénière. Il relève que l'on a tenu compte de leurs éléments, que l'on a décidé de renvoyer le rapport en commission et d'auditionner les HUG ; il considère qu'il est par contre réellement inutile d'auditionner à nouveau Exit.

Un député UDC considère que, lorsque ce PL a été étudié à la Constituante, Exit a fait preuve de harcèlement et a créé un phénomène de dramatisation. Il estime qu'il a été pénible d'avoir une pression comme celle qui a été mise sur les députés par Exit. Il ajoute qu'à la commission de la santé, il a entendu à nouveau les mêmes exemples et a subi la même pression ; il considère qu'Exit a une méthode de faire qui n'est pas acceptable. Il pense que, sur le fond, personne n'est contre le fait de laisser partir une personne qui souffre et qui a une maladie incurable, mais il ajoute que, dans le champ d'action d'Exit, il y a aussi des personnes qui ont une maladie incurable, mais qui n'ont pas de souffrance et pourraient vivre 2, 3, 4 ou 5 ans de plus. Il ajoute que la profession de soignant induit que l'on a envie de faire vivre la personne pour qu'elle ne souffre pas. Il souligne par ailleurs qu'il s'est toujours intéressé également à la situation d'Exit au niveau financier et il pense qu'on ne les jugerait pas du tout de la même façon, si l'on apprenait par exemple qu'il y avait un enrichissement personnel. Il indique que ce sont des éléments qu'ils n'ont jamais accepté de fournir. Il désire être sûr de pouvoir évacuer l'aspect financier d'Exit, en voyant leur comptabilité, pour se sentir plus libre par rapport à sa décision sur ce PL.

M. Poggia ajoute qu'il a calculé les encaissements d'Exit qui doivent se chiffrer entre 4 et 5 millions par année.

Il précise que le seul but officiel d'Exit est de défendre la libre volonté. Il relève qu'il y a de nombreuses personnes à Exit qui sont dévouées à une cause noble et qu'il faut saluer, mais il n'est pas sûr que ce soit le cas de chaque personne, particulièrement lorsqu'il constate les pressions qui sont exercées sur les politiciens.

Il souligne que tout le monde va cotiser à une association dont on parle dans les médias et qui est en mesure d'aider à faire le pas, le jour où l'on veut se libérer d'une souffrance insoutenable. Il souligne que le but d'Exit est d'avoir un retentissement médiatique pour que le nombre de membres soit important. Il estime néanmoins que parfois Exit dépasse les limites de ce qui est acceptable en termes de lobbying.

Une députée Socialiste indique que la cotisation annuelle est de 40.- pour les membres actifs et 35.- pour les membres à l'AVS ou à l'AI. Elle ajoute que l'assistance au suicide est totalement gratuite pour les membres qui ont adhéré à Exit depuis au moins 1 an et une participation unique de 350.- est demandée pour les personnes qui adhèrent à la dernière minute. Elle se dit gênée par la tournure du débat et elle pense qu'il faut quand même le recentrer. Elle ajoute que l'on peut toujours demander le rapport d'activité d'Exit. Elle indique par ailleurs que l'assistance au suicide n'est pas nécessairement liée à Exit, elle admet qu'ils ont une position dominante, mais elle précise que ce ne sont pas les seuls. Elle se dit par ailleurs touchée par les propos du député PDC car elle pense qu'effectivement une partie du corps médical est bien contente de déléguer cette tâche à d'autres. Néanmoins, elle ne partage pas la vision de M. Poggia qu'elle juge être une vision de business juteux de la mort.

M. Poggia désire donner une autre vision que la vision altruiste qui est présentée systématiquement par Exit. Il indique qu'en juillet 2017, il a été interpellé suite à une émission de radio où une bénévole indiquait que les choses ne se passaient pas bien. Elle a expliqué que, dans un EMS, une personne a été invitée par le directeur à quitter l'EMS et à aller mourir chez son fils. Il explique qu'il a alors essayé d'en savoir plus, qu'il était invité à un débat avec cette personne, qu'il a expliqué que l'on ne peut en effet pas admettre cela car l'EMS est le domicile de la personne, mais qu'il apprend le lendemain que c'est dans un établissement pour personnes âgées privé que cette situation s'est passée. Il précise que cela signifie que ce cas ne tombait pas sous le coup de cette loi car ce genre de cas échappe totalement à l'emprise de l'Etat. Il indique avoir été particulièrement contrarié car on jetait sur la place publique une situation scandaleuse alors que la situation était exactement la même que si un propriétaire empêchait un locataire de se suicider chez lui. Il indique qu'il n'est pas en train d'attaquer Exit et qu'il est même au contraire pour que la commission les entende, de même que les HUG. Il souligne que dans le canton de Vaud, l'IN a abouti car une situation scandaleuse a vu le jour. Il relève qu'Exit désire une loi dans tous les cantons suisses pour qu'ils puissent faire leur travail. Il considère pour sa part que la majorité pense ici qu'au niveau éthique, religieux, médical et juridique, les choses doivent être faites avec sensibilité et qu'il faut prendre en compte que les mentalités et la société évoluent face à cette perception de la liberté de chacun. Il pense que le fait de cristalliser cela dans la loi va conduire au contraire à un blocage car cela déresponsabilise tout le monde et que chacun ne fera plus que ce que la loi lui impose de faire. Il ne veut pas que, dans des situations comme celles-ci, la société donne un « prêt-à-mourir », mais que la société soit au contraire présente pour accompagner la personne et lui offrir des alternatives si c'est

possible. Il indique enfin que les conditions d'intervention d'Exit ont déjà été élargies aux personnes souffrant de polyopathologies invalidantes liées à l'âge. Il relève que toutes les personnes en EMS sont donc concernées, mais il pense que la société a néanmoins autre chose à offrir aux personnes âgées. Il se demande finalement quand est-ce qu'on va offrir le suicide assisté aux jeunes qui sont déprimés. Il pense que l'on doit aujourd'hui se poser ce type de questions éthiques.

Par rapport à Exit un député Socialiste rappelle qu'il existe en Suisse la liberté d'association il ne croit pas que c'est à une commission parlementaire d'enquêter sur la façon dont Exit travaille ou gère sa fortune. Il ajoute que l'on devrait avoir suffisamment de hauteur pour distinguer certains affects que l'on pourrait avoir par rapport à Exit ou à d'autres associations pour pouvoir traiter la thématique de la liberté personnelle. Il pense que la capacité de la société à appréhender cette liberté peut varier, mais il estime que dans une société de droit, cette liberté personnelle doit nous guider et elle est inconditionnelle, mais évidemment limitée par la capacité de discernement. Il pense que ce droit doit être une priorité essentielle, au-delà des dimensions partisanes. Il rappelle que ce n'est pas un PL rédigé par Exit, mais par le PS et qu'il est porté comme tel. Il pense que le seul cadre que l'on doit accepter ici est celui posé par le droit pénal, tandis que le reste doit être effectivement une garantie et pas un service public. Il observe que l'on dit que, si cette loi passe, c'est alors une incitation totale ; il indique qu'il a perçu cela dans les propos du magistrat. Il considère que l'élément déterminant est ce que la personne décide de faire et souhaite. Il se demande au nom de quoi le Parlement cantonal devrait dire à une personne qui souhaite se suicider qu'elle a mal compris les enjeux de sa propre personne et que l'on doit la responsabiliser par rapport à ses propres actes.

Un député PLR estime que le député Socialiste confond le droit de se suicider et l'assistance au suicide. Il considère pour sa part que le droit au suicide est un droit fondamental et qu'il n'est pas remis ici en cause. Il ajoute que l'on se trouve dans un autre domaine et que l'on cherche à savoir si le désir de la personne est la cause qui amène à une demande d'assistance au suicide. Il relève que l'on se trouve dans un débat difficile. Il précise qu'il y a aussi l'association Stop Suicide qui milite contre le suicide. Il se demande si l'on va voir un jour côte à côte au Pont Bessières une tente de Stop Suicide et une autre d'Exit qui inviteront chacune les personnes suicidaires à venir boire, soit un verre pour décourager la personne à passer à l'acte, soit la potion létale pour qu'elle se suicide plus dignement.

Le député Socialiste considère que ce PL touche une situation particulière car, si la personne se retrouve dans un établissement public parce qu'elle est

malade, alors il y a une dimension d'obstacle liée à l'institution et elle ne pourra pas passer outre la volonté de l'institution.

Le président souligne que le cadre juridique qui définit le concept de l'assistance au suicide est le code pénal qui dit que, si un tiers a aidé quelqu'un à mourir et s'il l'a fait dans un but qui n'est pas égoïste, alors il n'est pas punissable. Il ajoute que le code pénal ne parle pas du tout de conditions comme avoir une maladie incurable, etc. Il ajoute qu'il rejoint les derniers propos du député Socialiste qui disait que, pour pouvoir faire en sorte que ce cadre fixé par le code pénal puisse se réaliser dans tous les cas de choix individuels de mener à bien un projet de suicide dans des conditions dignes, on doit effectivement se poser la question de savoir si, aujourd'hui dans certaines institutions, pour pouvoir supprimer les obstacles existants, on ne doit pas légiférer.

Un député UDC pense que, dans un certain nombre de cas, on légitime tout à fait l'existence d'associations comme Exit, que le champ d'action d'Exit et le cadre pénal que l'on a rappelé font qu'un certain nombre de personnes qui prennent cette décision sont des personnes qui ont parfois des perspectives de vie encore sur plusieurs années et dont la situation psychologique fait qu'elles sont absolument convaincues qu'elles veulent se suicider. Il relève que finalement parfois, ces mêmes personnes renoncent au dernier moment à leur projet de suicide. Il pense qu'avec ce PL et la possibilité pour Exit d'entrer automatiquement dans l'établissement on va peut-être inciter ces personnes à se suicider. Il trouve que le message donné à la population n'est pas bon et que l'aspect financier n'est pas clair. Il pense qu'on inverse les paradigmes par rapport au fait qu'on va plutôt aider un projet de suicide au lieu d'aider les personnes à renoncer à cela. Il indique avoir un problème avec l'exploitation de la misère humaine et avec le fait que certaines personnes profitent de cette situation.

Un député MCG indique qu'ils reconnaissent le droit de chacun de se suicider mais qu'il a souvenir que l'on avait ressenti une crainte réelle du corps médical à intervenir dans une assistance au suicide ; il estime que c'est cela le vrai problème. Il considère que l'on ne peut en aucun cas obliger une personne à participer au suicide d'autrui. Il estime que les auditions ont prouvé que la législation est actuellement suffisante, même s'il y a parfois des difficultés en EMS et même à l'Hôpital. Il veut bien que l'on discute de nos positions sur le sujet mais pense que cela ne va pas changer grand-chose. Il propose soit de voter tout de suite, soit d'auditionner les HUG et Exit et voter ensuite. Il est persuadé que tout n'est actuellement pas parfait, mais que la situation ne sera pas meilleure si l'on oblige le corps médical à intervenir dans certaines

situations car il considère que personne n'a envie de donner la mort à quelqu'un par obligation.

Une députée Socialiste répond à la notion de capitulation évoquée par rapport à la volonté de se suicider et rappelle le critère de souffrir d'un accident ou d'une maladie grave et incurable ; elle souligne que l'on ne se trouve donc pas devant un PL qui permettra de se débarrasser des éléments faibles de la société. Concernant les soins palliatifs, elle explique que l'idée n'est évidemment pas d'inciter au suicide si l'on a encore plaisir à vivre et que la situation est stable. Concernant les coups de tête, elle précise qu'on parle de délai raisonnable car un suicide n'est justement pas quelque chose qui se fait sur un coup de tête. Elle pense que le délai raisonnable est le temps de la procédure car on ne doit pas arriver non plus à une situation où la personne souffre et l'affaire traîne en longueur. Enfin, elle souligne qu'il n'est pas question de donner un quelconque droit à Exit, mais seulement à la personne concernée. Elle ajoute qu'on constate qu'on se soucie surtout de toutes les personnes autour, de la société, des autres résidents, etc., mais assez peu de la principale concernée, ce qui est choquant. Elle pense qu'on peut en effet se positionner sur les questions d'auditions et reprendre les débats par la suite.

La députée Verte souligne, par rapport au personnel médical qui serait éventuellement contraint de participer à un suicide assisté, que l'alinéa 5 stipule que « **le personnel de l'établissement et le médecin responsable ou traitant impliqué ne peuvent participer à titre professionnel à la procédure** » ; elle observe que cela assure donc le fait qu'ils ne seront pas contraints de le faire. Concernant Stop Suicide, elle rappelle qu'il s'agit d'une association qui milite pour faire en sorte que les gens n'aient pas envie de se suicider et qu'Exit par contre existe pour aider des personnes qui ont déjà décidé de se suicider et qui ont besoin d'aide, notamment des personnes qui sont paralysées.

Le député UDC estime que la notion de maladie incurable est problématique car la carie dentaire par exemple est une maladie également incurable. Il n'est pas d'accord que l'on parle de suicide assisté pour une personne qui a une maladie incurable qui n'a pas encore évolué. Il est en accord pour entrer en matière dans les cas où il s'agit d'interrompre la souffrance, mais il estime que lorsque la personne ne souffre pas de sa maladie, il n'y a pas de différence par rapport à une personne qui est en bonne santé et qui veut se suicider. Il considère qu'à ce moment, selon ce point de vue, devant une personne qui a encore des années devant elle et qui va sauter du toit, il faudrait alors la laisser sauter ; il pense que c'est la même chose. Il ajoute par ailleurs que les petits-enfants qui assistent au départ de la grand-mère qui semble encore en forme ne comprennent souvent pas pourquoi elle décide de partir. Il

trouve insupportable que l'on sauve des gens qui sont dans la même situation que celles que l'on se propose ici d'aider à mourir.

La députée Verte comprend les inquiétudes du député UDC, mais elle précise que le PL n'est pas en train de dire que ces personnes doivent se suicider ou pas. Elle souligne que l'on n'est pas en train de donner envie aux personnes de se suicider, mais que l'on parle de comment on s'arrange pour que les gens qui l'ont déjà décidé puissent le faire dignement. Elle pense que ce n'est pas le même débat.

Un député Socialiste indique qu'il est l'un des premiers adhérents de Stop Suicide et il est certain qu'il faut essayer de convaincre et de concilier les personnes et le corps médical, mais il estime que l'élément déterminant est de savoir qui décide en dernier ressort. Il considère que ce doit être le malade qui décide et qui doit avoir le choix. Il ajoute qu'entre le droit et sa concrétisation, il peut y avoir parfois quelques obstacles, notamment quelques procédures de conseils ou de tentatives de conviction qui peuvent parfois dépasser une certaine durée. Par contre il relève que, si une personne décide de se suicider, elle a le droit de le faire et il ne faut pas qu'une institution, une fois que le choix est vraiment réfléchi, puisse s'y opposer.

M. Poggia souligne qu'un directeur d'EMS ne va pas dire qu'il s'y oppose, mais que la personne n'a pas sa capacité de discernement et alors le débat repart ; il estime qu'aucune loi ne règlera cette question.

Le président propose l'audition des HUG

L'audition des HUG est acceptée à l'unanimité.

Le président soumet au vote l'audition de la FEGEMS :

Pour : 10 (3 S ; 1 Ve ; 1 PLR ; 2 UDC ; 3 MCG)

Contre : 1 (1 PDC)

Abstentions : 3 (3 PLR)

L'audition de la FEGEMS est acceptée.

Le président soumet au vote l'audition d'Exit :

Pour : 10 (3 S ; 1 Ve ; 1 PLR ; 2 UDC ; 3 MCG)

Contre : 3 (1 PDC ; 2 PLR)

Abstentions : 1 (1 PLR)

L'audition d'Exit est acceptée.

L'audition de l'AMG est votée à l'unanimité.

Le président propose que la direction générale des HUG soit accompagnée du directeur médical de l'institution, ce qui convient à l'ensemble de la commission.

2. Audition de M. Beck, Vice-Président d'Exit

Le président souhaite la bienvenue à M. Beck et rappelle qu'Exit a adressé un courrier au Grand Conseil le 8 mai 2017, lequel a donné lieu à une reprise des travaux sur ce PL. Il souligne en outre que le premier préavis de la commission était qu'il n'était pas souhaitable de légiférer en la matière. Il indique enfin que c'est dans cette optique que l'on a voulu auditionner Exit à nouveau, avant tout pour entendre de façon plus précise les éléments complémentaires que l'association souhaiterait apporter.

M. Beck remercie la commission et indique tout d'abord qu'Exit a pu avoir un entretien constructif avec MM. Levrat et Perrier. Ces Messieurs ont précisé que la situation s'était améliorée, que les procédures ne seraient pas modifiées, mais que l'application de ces procédures allait être lissée et améliorée pour qu'elle soit la même dans tous les services. Il souligne qu'ils ont donc constaté une amélioration qui profite à la fois aux patients et à Exit dans tous les services, y compris dans le service de Collonges-Bellerive où il y avait auparavant quelques difficultés. Il indique que 2 assistances au suicide ont pu avoir lieu aux HUG en 2017, notamment grâce au traitement rapide des collaborateurs et du Conseil d'éthique clinique. Il relève qu'il y a eu un cas à Loex et un autre au bâtiment principal des HUG en 2017, ainsi qu'un autre au nouveau bâtiment Jullier en janvier 2018. Il souligne néanmoins qu'il y a eu un blocage en juillet dernier au sein d'une maison pour personnes âgées privée, lorsque le directeur n'a pas voulu qu'une personne âgée puisse avoir une assistance au suicide, alors qu'elle était chez elle. Elle a dû alors aller mourir ailleurs. Il relève que cela a montré que des retours en arrière pouvaient donc avoir lieu. Il souligne qu'il y a longtemps qu'il n'y a pas eu d'obstruction en EMS et il estime qu'ils recueillent les fruits des préparations qu'ils ont faites dans de nombreux EMS pour que le personnel soit au courant des pratiques d'Exit et soit bien préparé. Il pense néanmoins que ce n'est pas une raison pour renoncer au PL car un retour en arrière est toujours possible et qu'il reste toujours la possibilité d'une inégalité de traitement selon les établissements et les directeurs de ces derniers.

Un député relève qu'Exit a envoyé une série de courriers au contenu plutôt dramatique alors que les propos de M. Beck montrent aujourd'hui que la situation est bonne ; il désire comprendre.

M. Beck estime que ces courriers reflètent la situation telle qu'elle était il y a quelques mois, mais qu'il y a eu depuis une amélioration. Il estime que ce PL va permettre qu'il y ait un cadre légal et une sécurité juridique pour tout le monde, alors que jusqu'à maintenant, c'était Exit qui fixait elle-même le cadre en accord avec les autorités, puisqu'ils ont un accord tacite permettant de s'entendre sur ce qui est permis et sur ce qui ne l'est pas. Il ajoute que beaucoup de leurs adversaires leur ont reproché le fait qu'il n'y avait pas de cadre légal et il pense que ce PL pourrait permettre de répondre à cela.

Le député UDC indique avoir compris qu'Exit travaillait beaucoup avec des bénévoles, mais il calcule que le volume des cotisations d'Exit mène à un montant d'environ 5 millions qui serait perçu par année ; il se demande si cette somme est entièrement dévolue au travail d'Exit ou pas, compte tenu du fait que la majeure partie des tâches est faite par des bénévoles.

M. Beck lui répond qu'il va citer les comptes de mémoire et qu'il y a, selon lui, environ 900'000.- d'encaissement de cotisations, qu'à cela s'ajoute environ 200'000.- de dons et legs et donc que les gains sont chiffrés à un peu plus d'un million. Il ajoute que chaque assistance au suicide coûte en moyenne 3'000.-, entre le personnel du secrétariat, les défraiements aux bénévoles, les honoraires versés au médecin-conseil et les frais juridiques qui ne sont pas toujours négligeables. Il relève qu'ils sont donc bien lotis, mais qu'ils ont néanmoins besoin de ce trésor de guerre en perspective des difficultés juridiques qu'il peut toujours y avoir et peut-être de l'initiative qu'ils pourraient lancer un jour par exemple sur l'euthanasie ou dans une perspective plus large.

Un député PLR rappelle que la majorité de la commission s'est prononcée contre le fait de légiférer sur ce PL, mais pas parce qu'elle était opposée à l'assistance au suicide. Il souligne que le fait que, dans tous les EMS et les établissements hospitaliers, les directions jouaient le jeu, ce qui n'a pas semblé être le cas aux HUG d'après le courrier d'Exit. C'est la raison pour laquelle la commission a décidé de l'entendre à nouveau. Par ailleurs, il considère qu'en légiférant, on fixe les choses, en particulier par rapport à l'une des dispositions de l'Art. 39A : la condition stipulant qu'il faut souffrir de séquelles graves d'un accident ou d'une maladie grave et incurable. Il estime que cette disposition ne semble pas être celle qu'applique Exit puisque l'association revendique le droit de pouvoir procéder à l'assistance au suicide dans des cas qui ne répondent pas à ce critère, notamment dans les cas de polyopathologies liées à l'âge. Il indique avoir suivi l'émission à laquelle Exit a participé suite à la polémique qu'il y a eu après le cas où deux personnes s'étaient opposées au suicide assisté de leur frère ; il observe qu'une question a été posée plusieurs fois, mais qu'Exit n'y a jamais répondu : à partir de quel âge est-ce qu'Exit peut apporter une aide au

suicide à une personne souffrant d'une polyopathie ? Il se demande en outre si cette polyopathie doit, selon Exit, être absolument physique ou alors si l'action d'Exit va aussi se développer par rapport aux maladies psychiques.

M. Beck souligne qu'en effet, ils n'ont pas fixé d'âge ; il relève qu'un tiers des demandes d'assistance relèvent de personnes qui ne sont pas en fin de vie, comme le stipule l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), mais dont le cumul des pathologies rend la qualité de vie pour ces personnes insupportable. Il constate qu'il y a deux pics : l'un concernant surtout des personnes gravement malades, de cancer ou d'insuffisance d'organes, vers 65 ans ou 70 ans, et une autre catégorie plus âgée de personnes de 80 ans ou 85 ans qui sont accablées par des fractures, une incontinence, des troubles des fonctions intellectuelles, etc. Il ajoute qu'il a encore vu ce matin une personne de 96 ans qui en avait assez d'avoir son insuffisance cardiaque. Il ajoute que, si la situation devait se présenter pour des personnes beaucoup plus jeunes, ils pourraient entrer en matière. Il rappelle que chacun est propriétaire de sa vie, mais qu'il y a bien sûr la question de l'acceptabilité politique de certains cas. Il ajoute en outre qu'ils refusent parfois certains cas et qu'ils ne sont pas obligés de tout accepter. Concernant les souffrances psychiques, il souligne qu'ils distinguent les cas dont la demande relève d'une maladie psychiatrique (1 à 2% des cas) et les nombreux cas relevant des troubles anxieux en rapport avec la déchéance du corps. Il ajoute qu'il est nécessaire de demander des expertises psychiatriques à la Société suisse de psychiatrie, mais qu'il n'est pas possible de le faire pour les nombreuses personnes qui souffrent de troubles dépressifs dus à leur état physique.

Le député PLR se demande quel regard il porte sur la disposition du PL qu'il a relevé tout à l'heure car il observe que, si ce PL est voté en l'état, alors le fait d'apporter l'aide à une personne qui ne remplit pas cette condition sera alors quelque chose d'hors la loi.

M. Beck ne voit pas en quoi une polyopathie invalidante d'une personne en EMS ne correspondrait pas à la définition d'une maladie grave et incurable.

Le député PLR comprend que « grave » ne signifie donc pas un pronostic fatal rapide.

M. Beck lui répond que cela veut dire qu'il y a de grandes souffrances. Il se dit en outre satisfait par le fait que l'ASSM a abandonné, dans ses directives qui seront mises en consultation, la notion de personne en fin de vie au profit de l'idée d'une souffrance importante avec une dégradation de la qualité de vie.

La députée Verte comprend qu'il serait donc, selon M. Beck, plus réaliste d'ajouter une phrase sur les polyopathologies ou les souffrances importantes,

plutôt que de parler de maladie ou de séquelles d'accidents graves et incurables. Elle relève que, dans le cas contraire, l'on pourrait bloquer un certain nombre de cas d'assistance au suicide. Par ailleurs, elle observe qu'il y a un amendement, soutenu par les Verts, qui entend modifier la disposition du PL qui stipule que le médecin-responsable de l'établissement est celui qui doit juger si le patient est capable de discernement. Elle comprend qu'Exit critique le fait qu'il y a des personnes, dans certains établissements, qui voudraient empêcher que l'on pratique le suicide assisté, mais elle ajoute qu'en même temps, ces mêmes personnes seraient celles qui ont le droit de dire si le patient a sa capacité de discernement.

M. Beck estime qu'il pourrait y avoir des recours assez rapidement si la capacité de discernement était mise en doute de manière arbitraire. Il rappelle que la loi veut que chacun ait son discernement jusqu'à preuve du contraire ; il ajoute qu'à Genève, le procureur demande qu'une personne externe à Exit fournisse une attestation indiquant que la capacité de discernement est présente, ce dont Exit s'accommode parfaitement.

Une députée Socialiste se dit ravie d'entendre que la situation va mieux aux HUG car elle affirme avoir été tout de même interloquée en lisant le courrier d'Exit. Elle désire savoir si, selon M. Beck, il serait juste de dire que ça va mieux aujourd'hui, mais à bien plaisir, notamment par rapport à la position de la direction médicale et de celle du CA des HUG. Elle considère qu'il devrait y avoir une certaine pérennité dans la position des HUG.

Par ailleurs elle désire entendre M. Beck sur l'amendement proposé qui consiste à remettre le médecin traitant au cœur du dispositif. Elle souligne qu'elle s'était dit à la base que cela allait peut-être braquer les EMS qui considéreraient alors que l'on entrait dans leur sphère. Enfin, elle indique qu'elle est en train de parcourir le document en consultation de l'ASSM qui va, selon elle dans le bon sens, compte tenu du fait qu'il y a un certain assouplissement. Elle se demande si Exit verrait un inconvénient au fait que, dans le PL, on renvoie simplement aux critères de l'ASSM, à la place de préciser des conditions sur le fond.

M. Beck pense qu'il semble logique de se référer au médecin traitant car c'est déjà le cas pour les personnes qui vivent en dehors des EMS ; il souligne que cette formule leur convient donc tout à fait. Concernant les directives de l'ASSM, il se réjouit de cet assouplissement, mais indique que l'on ne peut pas préjuger du résultat puisque ces directives n'ont pas encore été approuvées.

Concernant les HUG, il observe une amélioration, mais indique qu'en effet, on ne peut pas être sûr qu'elle soit définitive. Il souligne que le fait qu'il n'y

ait pas de conflits arrange au fond tout le monde et qu'ils font tout ce qu'ils peuvent pour alléger la procédure.

La députée Socialiste se demande si Exit a discuté avec les HUG du courrier envoyé au Grand Conseil et des cas évoqués dans ce dernier.

M. Beck lui répond qu'ils ont en effet parlé de ces cas problématiques, notamment de celui d'une dame qui était mourante, que l'on a obligée à quitter l'hôpital en ambulance pour aller mourir à Gstaad et qui est morte en arrivant là-bas. Il évoque en outre le cas d'une personne qui a été amenée chez elle et chez qui il y avait, après l'ascenseur, encore un étage peu praticable pour arriver jusqu'au lit du patient. Il souligne qu'il s'agit de personnes qui étaient depuis des semaines dans une chambre confortable de l'hôpital et qui avaient tissé des liens avec l'équipe soignante aux HUG.

Un député Socialiste observe qu'en lisant la presse, on a souvent l'impression qu'il y a une approche différenciée entre Exit en Suisse romande et Exit en Suisse allemande ; il se demande s'ils ont les mêmes critères.

M. Beck indique qu'ils ont la même attitude par rapport aux critères de maladies graves, de séquelles d'accidents et de polyopathologies invalidantes, mais qu'en Suisse alémanique, il y a une minorité influente de l'association qui milite également pour un assouplissement des conditions d'acceptation, pour que toute personne simplement fatiguée de vivre puisse recevoir le pentobarbital et, pour les plus extrémistes, sans ordonnance médicale. Il souligne qu'en Suisse romande ils ne sont pas d'accord avec cette pratique et qu'ils souhaitent le maintien des pratiques actuelles, notamment l'obligation d'une ordonnance.

Par ailleurs, M. Beck indique que l'on ne sait pas ce que seront les pratiques dans 20 ans et rappelle que les assistances aux suicides n'ont commencé qu'au tournant du millénaire. Il relève qu'il s'agit d'un phénomène de société et souligne qu'il y a 30% de demandes nouvelles sur 2017. Il ajoute qu'il y a eu 286 assistances au suicide en Suisse romande en 2017, alors qu'il n'y en a eu que 216 en 2016. Il relève enfin que le nombre des membres d'Exit augmente également.

Le député Socialiste désire savoir si M. Beck pourrait aller plus en avant dans ses explications par rapport aux comptes d'Exit, notamment en précisant par exemple quel est le défraiement mentionné auparavant.

M. Beck explique que le défraiement est forfaitaire et que le bénévole qui accepte un cas touchera 350.-, que le cas dure 2 semaines ou 2 ans. Il ajoute que le médecin-conseil touche 100.- lors de l'examen du cas par voie électronique et, au cas où il se déplace pour aller voir le patient, 250.- de manière forfaitaire pour la visite et l'ordonnance.

Par ailleurs M. Beck précise qu'il y a 5 personnes qui travaillent au secrétariat à 60% et un trésorier qui travaille à 80%.

Un député PDC se demande s'ils ont un médecin-conseil psychiatre.

M. Beck lui répond par la négative et souligne que, s'il y a un problème psychiatrique, ils demandent alors une expertise à un psychiatre externe à Exit et ce, dès qu'il y a une maladie psychique. Il ajoute que c'est une exigence du TF. Il n'y a eu que 2 expertises en 2017 et une seule en 2016.

Il souligne qu'ils n'ont pas recours systématiquement aux mêmes personnes. Il y a une dame à Lausanne qui est disposée à le faire ; il y avait à Genève la Dre Canonica, qui est maintenant partie à la retraite ; ils sont donc à la recherche d'un autre psychiatre.

M. Poggia désire savoir si les comptes d'Exit sont publiés sur le site de l'association.

M. Beck indique que le site n'est pas forcément toujours à jour, mais que ces chiffres figurent en tout cas dans la brochure diffusée chaque année.

Un député UDC relève que M. Beck a parlé de dons ; il se demande si ces derniers proviennent des patients qui ont reçu le pentobarbital.

M. Beck lui répond que ce sont toujours des dons qui interviennent après le décès de la personne et qu'il s'agit de dons provenant soit de la personne, soit de la famille de cette dernière. Il indique enfin qu'il espère que ce PL pourra être proposé au peuple.

3. Audition des HUG

Le président souhaite la bienvenue à M. Levrat directeur général, M. Canonica Président du Conseil d'administration et M. Perrier directeur médical.

Il rappelle qu'il s'agit d'un deuxième tour du débat, puisque le PL revient une seconde fois à la commission suite à un courrier d'Exit. Il souligne que la direction des HUG n'avait jamais été auditionnée dans le cadre de ce PL. Il précise enfin que la commission est intéressée à avoir de leur part un état des lieux sur le respect des droits des patients, sous l'angle de l'assistance au suicide au sein des HUG.

M. Canonica remercie la commission et indique tout d'abord qu'il s'agit d'une thématique culturelle et éthique et il pense qu'il convient de céder directement la parole à M. Perrier directeur médical, qui est la personne selon lui qui maîtrise le mieux le sujet.

M. Perrier explique que les HUG ont en effet reçu le 8 mai 2017 une lettre d'Exit qui faisait part de plaintes assez sévères vis-à-vis des HUG. Il relève que leur principal grief était le fait d'avoir obligé des patients à rentrer à leur domicile pour accomplir leur geste dans des conditions qu'Exit estimait indignes. Il indique avoir été surpris de ce constat et souligne qu'ils n'ont pu vérifier aucun des reproches qui leur étaient faits puisque les noms n'étaient pas livrés pour préserver la confidentialité. Il souligne néanmoins qu'en ce qui concerne le cas cité d'une patiente qui était aux HUG et dont l'appartement avait été liquidé, si c'est vrai, cela ne serait pas conforme à leurs propres procédures et que ce serait au minimum une erreur, au maximum quelque chose d'inacceptable. Concernant les autres cas, il souligne qu'il n'a pas pu vérifier ce qu'il en était. Il précise qu'il y a toutefois une chose qui est inexacte puisqu'en p. 3, en ce qui concerne un patient souffrant d'un VIH avec un cancer colorectal, il est mentionné que la direction n'a pas accepté que l'assistance au suicide se fasse dans sa chambre, il souligne que ni la direction générale, ni la direction médicale des HUG n'ont été mises au courant de cette situation. Cependant, il souligne qu'ils ont pris au sérieux les doléances d'Exit et ont jugé nécessaire de les rencontrer, ce qui a été fait le 27 juin. Il précise qu'ils étaient accompagnés de la Directrice des affaires juridiques et de la Dre Monica Escher, Vice-présidente du Conseil d'éthique clinique. Il ajoute que, pour Exit, étaient présents M. Beck, M. Sobel et M^{me} Brennenstuhl. Il relève que la discussion a été très constructive et sereine. Il précise que, vu leurs procédures actuelles, il leur est difficile d'exclure totalement que des cas similaires soient traités exactement de la même manière dans toutes les unités de soins et dans tous les services, compte tenu des cultures et vocations différentes des services. Il relève que ce n'est pas la procédure qui peut poser problème, mais plutôt la détermination finale sur la question où le geste peut se produire.

M. Perrier rappelle que le Conseil d'administration s'était déjà prononcé par rapport à cette question en 2007 et il indique qu'il se souvient que le libellé de la proposition de recommandation qui a été faite au comité de direction d'alors était une recommandation positive qui consistait à dire que l'assistance au suicide était autorisée aux HUG, si le patient ne pouvait pas rentrer à domicile dans des conditions dignes. Il relève que c'était le CA d'alors qui avait demandé que cette phrase soit tournée par la négative pour affirmer la vocation des HUG comme lieu de soins. Il précise que la recommandation est donc devenue la suivante : « l'assistance au suicide n'est pas autorisée aux HUG, sauf si le patient ne peut pas rentrer à domicile dans des conditions dignes ». Il considère que c'est une nuance qu'il convient de souligner et précise que ce n'est pas une perspective qui a été souhaitée par le Conseil

d'éthique clinique d'alors, mais par le CA. Il relève ensuite que c'est toujours le point délicat de ce genre de décision, une fois que l'on a proposé toutes les alternatives au patient, y compris les soins palliatifs, que l'on a vérifié que le patient était capable de discernement et que l'on est convaincu que la demande est faite par une personne en pleine possession de ses facultés, se pose alors la question de savoir si le patient peut rentrer à domicile ou pas. Il pense qu'en effet, ils doivent pouvoir mieux garantir le fait que la situation du patient va être évaluée de la même manière, où qu'il se trouve. Il explique que c'est la raison pour laquelle ils ont mandaté le Conseil d'éthique clinique, suite à cette rencontre avec Exit, pour revoir la procédure et faire des propositions qui sont actuellement en voie d'élaboration. Il ajoute qu'entretiens, il y a passablement de choses qui se sont passées. Il précise que les chefs de services reçoivent régulièrement des demandes d'assistance au suicide, environ une quinzaine par année. Il précise néanmoins qu'aucune de ces demandes n'était remontée au Conseil d'éthique clinique car, soit la personne avait renoncé à sa demande, soit elle avait demandé de rentrer à domicile pour accomplir son geste. Il ajoute que, depuis début 2017, il y a eu une première demande faite par une patiente, après une opération dans une situation d'urgence gravissime, avec des conséquences neurologiques importantes mais qui n'altéraient pas sa capacité de discernement. Il ajoute que cette demande a été faite aux soins intensifs, mais qu'elle a finalement été annulée car la personne est décédée dans les 72h.

M. Perrier ajoute qu'en août 2017, il y a eu une assistance au suicide qui s'est faite à Loex et qui s'est déroulée de manière sereine pour tous les accompagnants et les équipes soignantes. Il relève ensuite qu'en septembre, il y a eu une situation plus difficile aux soins intermédiaires ; il explique qu'il s'agissait d'un patient qui avait séjourné 1 mois et demi aux HUG, qu'après une évolution favorable de sa santé, il y avait eu une complication et un long séjour aux soins intensifs et donc un tableau qui l'avait laissé fort diminué dans un état qu'il estimait lui-même incompatible avec la poursuite d'une vie digne. Il souligne que ce patient avait une trachéostomie, mais nécessitait des aspirations tellement fréquentes qu'il était impossible de le laisser rentrer à domicile car même le transport ne pouvait être assuré avec sécurité. Il relève que tout s'est bien passé, hormis le geste lui-même qui a été grevé de certaines difficultés et vécu de manière douloureuse par le personnel du jour. Il souligne qu'heureusement, les enfants de cette personne, qu'ils ont rencontrés encore récemment, n'ont pas un souvenir trop dramatique de cet événement. Enfin, il relève qu'il y a eu, le 5 janvier dernier, une autre demande au sein du service de médecine interne, qui s'est déroulée d'une bonne manière. Il évoque en outre une demande à peu près simultanée, mais qui ne s'est pas concrétisée car l'état du patient s'est dégradé assez rapidement et qu'entre le moment de la

demande de consultation et le moment où le Conseil d'éthique clinique aurait pu intervenir, il s'est passé moins d'une semaine ; la capacité de discernement du patient était alors perdue, il était devenu confus et l'on ne pouvait donc plus lui offrir une assistance au suicide. Il estime que ce bilan manifeste une ouverture de la part des collaborateurs, un vrai désir de respecter la volonté des patients, mais aussi le caractère toujours délicat d'un geste de mort dans un lieu de soins. Il insiste sur le fait qu'ils travaillent avec une communauté de soignants et de médecins qui ont leurs propres convictions et qui ne sont bien sûr pas toutes les mêmes. Par ailleurs, il relève qu'une étude faite en milieu de soins palliatifs indiquait que deux tiers des soignants n'avaient pas de problème avec le suicide assisté mais que pour un tiers d'entre eux, cela restait quelque chose de difficile à imaginer. Il considère que cela doit donc être pris en compte par la direction des HUG puisqu'ils doivent pouvoir respecter à la fois les convictions des patients et celles des soignants. Il explique que c'est la raison pour laquelle, nul n'est obligé de devoir participer à la préparation du patient en vue de ce geste. Il précise que certains soignants demandent à ne pas venir travailler le jour où l'assistance au suicide va être pratiquée car cela les heurte. Il observe qu'on n'est tout de même loin de l'image des médecins qui veulent la vie à tout prix, et qu'on a bien dépassé ce stade, même si on se retrouve quand même devant un geste de mort auto-administré qui interroge un certain nombre d'entre eux. Il trouve que cette série de demandes les a fait certainement réfléchir et progresser ; il pense enfin qu'ils ont aujourd'hui réuni toutes les conditions pour pouvoir respecter les volontés de leurs patients tout en respectant aussi leurs collaborateurs.

M. Levrat estime que la relation entre les HUG et Exit est aujourd'hui une relation de qualité. Il souligne qu'il a encore eu récemment le Président d'Exit au téléphone pour lui expliquer qu'il y avait eu un problème sérieux dans une des interventions d'un professionnel d'Exit et donc que ce n'était pas contre Exit mais par rapport à un individu. Il souligne qu'avec la qualité du dialogue qu'ils ont eu, la lettre d'Exit envoyée en mai 2017 ne serait pas possible aujourd'hui. Il explique qu'il a dû faire une dénonciation pénale contre ce collaborateur d'Exit qui, lors d'un suicide assisté, ne savait pas comment fonctionnait un goutte-à-goutte, qu'il est alors sorti de la chambre pour solliciter du personnel HUG et demander de l'aide, que l'infirmière est rentrée à nouveau dans la pièce, qu'elle a dit qu'il n'avait pas tourné le robinet et que c'est pour cela que le liquide ne descendait pas ; le collaborateur d'Exit a alors tourné lui-même le robinet, ce qui a choqué et bouleversé l'infirmière. Il ajoute qu'ils ont donc décidé, lorsqu'ils ont été alerté en fin d'année dernière, de laisser passer les fêtes pour ne pas troubler la famille qui venait de perdre un proche et de recevoir ensuite les enfants de la personne afin qu'ils confirment

les faits allégués. Il explique qu'il n'y a pas eu de geste pour refermer le robinet et dire au patient qu'il pouvait le faire lui-même, alors qu'il était en état de le faire. Il précise qu'il y a donc une limite complexe entre ce qui est de l'euthanasie active et de l'assistance au suicide. Il explique qu'il a dénoncé les faits au Procureur général en estimant que, d'après les informations qu'il avait reçues, il semblerait qu'il y avait des éléments qui, d'après le droit suisse, laissent penser qu'il s'agissait d'un meurtre à la demande de la victime. Il répète que cela n'est pas contre Exit et qu'il s'est permis d'avoir un appel avec le Président d'Exit pour expliciter la situation. Il ajoute que la décision de laisser intervenir Exit n'est pas une décision que l'on prend à la légère, mais en âme et conscience, avec le respect de la volonté du patient. Il souligne que ce n'est pas aux HUG d'accréditer les personnes qui sont envoyées par Exit ; il pense qu'au niveau de l'association, c'est eux qui doivent garantir que les personnes envoyées sont formées. Il précise que ce sera au Procureur général de donner la suite qu'il jugera nécessaire à cette affaire. Il estime néanmoins pour sa part que la relation entre les HUG et Exit est bonne, qu'elle est axée sur une compréhension des enjeux mutuels et sur le respect des individus et du personnel. Il indique enfin que les chiffres montrent que les HUG évoluent dans leurs pratiques d'une manière positive pour les patients.

Un député PDC désire savoir si, avant la discussion que les HUG ont eue avec Exit, il y a eu des assistances au suicide dans les murs de l'hôpital.

M. Perrier lui répond qu'il n'y a pas eu, à sa connaissance, de cas qui soient remontés jusqu'au Conseil d'éthique clinique, hormis un seul. Il ajoute qu'il est possible que la procédure était insuffisamment connue et il ne peut pas exclure que certains services aient traité ce genre de situations, sans jamais en référer au Conseil d'éthique clinique. Il pense que beaucoup de ses collègues pensaient que le Conseil d'éthique clinique ne devait être consulté que si la question du lieu du suicide se posait, mais pas si le patient avait décidé de rentrer à son domicile. Il souligne enfin qu'il désire que cela change afin qu'il y ait un état des lieux précis de la situation et une vision plus claire.

Le député PDC ne comprend pas pourquoi Exit n'a pas alerté la direction des HUG du problème avant la discussion qu'ils ont eue. Il n'imagine pas qu'il y ait eu des assistances sans que les équipes des HUG le sachent.

M. Perrier lui répond qu'en effet il est persuadé du contraire, mais il souligne qu'il a fait une enquête rétrospective pour demander s'il y avait eu des demandes et comment elles avaient été traitées. Il souligne que c'est cette enquête qui lui a permis d'arriver au chiffre d'environ 15 demandes de suicides assistés par an. Il relève qu'une majorité de ces demandes n'étaient pas persistantes et que celles qui ont été directement traitées par les services,

notamment le service de médecine palliative de Bellerive, étaient toutes des demandes qui se sont finalement réalisées avec Exit au domicile du patient.

Une députée Socialiste salue le travail qui a été fait aux HUG, suite à ce courrier. Elle observe que, même si ce PL n'est pas accepté, au moins il aura fait bouger les lignes puisqu'après le courrier et les discussions qu'il y a eues avec Exit, les HUG ont revu leurs procédures et modifié certaines pratiques. Elle se demande si M. Perrier pense que l'on peut imaginer d'inverser à nouveau la phrase de manière à dire « l'assistance au suicide est autorisée sauf au cas où... ». Par ailleurs, elle observe qu'ils ne se sont pas positionnés par rapport au PL et elle désire savoir s'ils considèrent que le PL va dans le sens de ce qui est en train d'être mis en place aux HUG. Elle souligne que son souci est que l'on soit maintenant sur un bon trend mais que cela pourrait changer, lors d'un changement à la direction des HUG. Elle pense que ce PL permettrait d'avoir un cadre juridique sûr pour tout le monde.

M. Levrat souligne qu'on ne lui a jamais posé la question au début de son mandat, il ne pense donc pas qu'il y a eu un changement lié à la personnalité d'un directeur et il considère d'ailleurs que cela ne devrait pas être le cas. Néanmoins, il pense que l'on ne change pas les cultures par une directive ou une loi. Il n'est pas persuadé qu'un texte législatif fasse beaucoup bouger les lignes ; en revanche, il considère que la culture doit évoluer et que la responsabilité des HUG est d'assurer une équité de traitement au sein de tous les services. Il ajoute ensuite qu'il est très embarrassé par le fait que, pour un sujet aussi sensible, avec des gens qui portent une responsabilité aussi forte, ils aient dû faire une dénonciation pénale, alors que le nombre d'interventions qui sont faites par année se comptent sur les doigts d'une main. Il relève que cela signifie qu'il s'agit de sujets éminemment sérieux. Il ajoute que l'esprit de ce PL n'est pas en contradiction avec la pratique qu'ils ont et il estime que l'on peut y contribuer indépendamment des personnalités des uns et des autres. Il observe que l'établissement évolue et que, lorsque l'on fait des directives et que l'on sollicite les chefs de service, c'est aussi pour que cela puisse dépersonnaliser les questions. Au niveau des logiques institutionnelles, il explique que le Conseil d'éthique clinique donne un préavis, vérifie le lien émotionnel qu'il pourrait y avoir entre l'équipe soignante, le médecin-traitant et le patient et par ailleurs vérifie le libre consentement et les conditions cadres, mais que ce préavis est ensuite suivi d'une décision prise par le directeur médical et lui-même. Il n'est pas sûr qu'une loi change les réalités. Il pense qu'un texte de loi peut aider, mais que ce n'est pas une nécessité.

M. Perrier souligne qu'il ne lui appartient pas de dire s'il y aura ou pas un renversement de la formulation de cette interdiction, mais il estime que le processus est intéressant à relever. Il ajoute que le Conseil d'éthique clinique

tire son autorité de la crédibilité de ses membres, dont certains sont aussi externes aux HUG. Il explique que le Conseil d'éthique clinique ne dicte que des recommandations, lesquelles sont toutefois en général suffisamment fortes pour ne nécessiter aucune décision du Comité de direction ou du CA. Il indique que la seule exception à cette règle, qu'il connaît pour avoir été membre, puis Vice-président, puis Président de ce Conseil d'éthique clinique pendant 14 ans, est justement l'assistance au suicide où il a été considéré que l'institution était redevable et avait une responsabilité aussi bien par rapport à ce qui se passe dans ses murs que par rapport à la société civile. Il pense que c'est la raison pour laquelle il s'agit d'une directive du Comité de direction avalisée par le CA et pas d'un simple avis du Conseil d'éthique clinique, ce qui signifie que seul le CA pourrait changer cette formulation. Au-delà de cela, il désire insister sur le fait que la procédure qu'il souhaite voir mise en place, à savoir la consultation systématique du Conseil d'éthique clinique pour toute demande d'assistance au suicide au sein de l'institution ou au domicile du patient, fait qu'ils sont prêts à rendre compte de l'évolution de ces demandes et de la manière dont elles sont traitées au sein de l'institution.

A la question de savoir quelle instance va prendre la décision de reformuler la directive, M. Levrat répond que c'est le CA, mais ajoute que le CA n'a pas vocation à avoir un rythme de réunions qui lui fasse prendre ce genre de décision ; il observe que le patient a besoin de réponses plus rapides que celles qui pourraient venir lors de la prochaine réunion du CA.

Le député Socialiste demande si cette procédure comprend la notion du délai ; il relève que le professeur Hurst avait rendu la commission attentive au fait qu'il arrivait que l'on fasse attendre la personne. Il se demande si la directive comprend donc une notion de délai pour qu'il n'y ait pas une mort naturelle qui vienne couper la procédure.

M. Levrat lui répond par la négative. Il ajoute par ailleurs que le PL semble être plus strict que ne pourrait l'être la pratique puisqu'il se réclame des directives actuelles de l'ASSM. Il souligne qu'un texte vient d'être mis en circulation, qui modifie et repousse les limites de ce cadre, lequel exigeait qu'il y ait une maladie fatale à court terme, ce qui n'est pas nécessairement toujours le cas dans la pratique. Il souligne que, dans les directives de l'Académie, dont ils ont repris la formulation, il n'est pas question de délais mais de vérifier que la volonté du patient est stable. Il souligne qu'il n'y a pas de délai mentionné car cela dépend totalement de la situation clinique. Il relève qu'on imagine parfois la volonté de mourir dans une situation de santé très grave de manière quelque peu romantique, mais il précise que la réalité des choses est très compliquée et que l'ambivalence, en somme le fait de désirer une chose et son contraire, devient particulièrement évidente dans des situations aussi extrêmes.

Il relève que pour certains patients, la chose est totalement claire, mais que d'autres situations montrent aussi parfois une volonté fluctuante qui nécessite du temps pour voir si la demande va aboutir à une volonté stable ou pas. Il ajoute enfin qu'il ne s'agit pas d'infantiliser les patients en disant que l'on va les soumettre à l'épreuve du temps.

M. Perrier ajoute qu'une fois que les procédures seront actualisées, elles seront disponibles sur le site, d'ici un ou deux mois.

Pour terminer M. Canonica estime qu'il s'agit d'un sujet infiniment délicat et considère que M. Perrier a répondu de façon exhaustive à la question.

4. Audition de la FEGEMS

Le président souhaite la bienvenue à M^{me} Anne Laure Repond secrétaire générale et à M. François Loew Président du Conseil d'éthique. Il rappelle que la commission les auditionne dans le cadre d'un PL sur le suicide assisté, qu'ils avaient déjà été auditionnés à ce sujet et que l'on revient aujourd'hui sur ce PL, notamment suite à un courrier d'Exit ; il leur cède la parole.

M. Loew remercie la commission et indique en premier lieu qu'il connaît relativement bien le sujet notamment grâce aux travaux qu'ils ont faits au Conseil éthique de la FEGEMS. Il estime qu'il n'y a pas de difficultés identifiées clairement, hormis dans les EMS cités, notamment celui des Marronniers qui est d'orientation israélite. Il souligne que, dans la foi juive orthodoxe stricte, l'interruption de la vie est inimaginable et que même les soins palliatifs sont très problématiques. Il ajoute que cela est d'autant plus exclu pour une femme, compte tenu du statut de la femme par rapport à cette croyance. Il pense que l'on peut donc imaginer qu'il y ait une situation pour une personne donnée avec des freins, ce qui ne serait selon lui pas acceptable. Concernant l'EMS de Saint-Paul, d'orientation historiquement catholique, il lui semble que les choses sont beaucoup moins problématiques. Il considère que, si une difficulté venait à se poser, le Conseil d'éthique devrait être informé afin qu'il puisse faire un tour de la question et permettre ainsi à la FEGEMS d'œuvrer avec ses bons offices. Par ailleurs, il indique que, pour les autres EMS, il n'a aucune connaissance de freins à l'assistance au suicide. Ensuite, concernant les éléments nouveaux, il relève que M. Beck et une de ses collègues bénévoles sont venus à une séance du Conseil d'éthique de la FEGEMS, qu'ils ont eu deux heures d'échanges de bonne compagnie et qu'ils ont essayé d'explorer des pistes pour voir jusqu'où ils pouvaient établir une forme de collaboration pour éviter les conflits ; il souligne qu'ils n'ont pas débouché sur quelque chose de concret, mais que la rencontre a tout de même été utile, puisqu'ils ont pu inclure quelques éléments de cette discussion dans

leurs recommandations. Il ajoute que, lorsque M. Beck a reçu un exemplaire de ces nouvelles recommandations, il a souligné qu'en les lisant, il avait l'impression que l'on n'était plus dans le « non » mais désormais dans le « oui mais ». Il considère que cela est un élément plutôt favorable, même si cela ne donne pas de réponse stricte à la question de ce soir.

M^{me} Repond indique qu'elle réfléchissait à ce qui pouvait encore être dit par rapport à ce PL, mais elle pense que la position des uns et des autres est bien ficelée. Elle ajoute que le fait de judiciaireiser la fin de vie lui paraît quand même un peu aberrant. Elle évoque quelques exemples par rapport à l'importance de la réflexion éthique lorsqu'il y a une assistance au suicide. Par exemple, elle prend le cas d'une résidente atteinte dans sa santé mais capable de discernement et qui dit un jour à un aide-soignant très jeune qu'il va y avoir une assistance au suicide mais qu'il ne fallait le dire à personne. Elle ajoute que la personne a souligné que le jeune devait dire, si on lui demandait, qu'elle était morte par un infarctus. Elle précise que le soignant en a quand même parlé et que c'était un peu la panique au sein de l'établissement car on ne savait pas vraiment si on pouvait garder ce secret. Elle relève qu'ils ont sollicité le Conseil d'éthique pour travailler notamment sur l'aspect du secret. Elle explique qu'il y a eu une réflexion sur la question du secret et qu'*in fine*, la personne a pu recourir à son assistance au suicide, mais pas dans l'urgence. Elle ajoute que la personne a pu parler avec ces enfants dans la sérénité et qu'elle a ensuite pu procéder à une assistance au suicide.

M. Loew estime qu'il s'agit d'une histoire intéressante car elle montre qu'on a voulu éviter la précipitation, le mensonge et l'évitement des enfants. Il ajoute que cette histoire a permis de faire une maturation sur la question, alors que l'EMS avait en l'occurrence une inspiration catholique assez marquée.

M^{me} Repond évoque ensuite le cas d'un Monsieur qui demande à Exit une assistance au suicide, que les choses vont assez vite, que l'assistance au suicide va avoir lieu ce jeudi, mais que le Monsieur en fait n'a pas du tout envie de mourir. Elle observe que le processus a pu s'interrompre car on a pu avoir la possibilité de discuter du projet.

M. Loew évoque une rencontre avec un membre de la famille d'un homme qui était très triste, qui était séparé de son épouse, et qui demandait une assistance au suicide qui ait lieu dans la semaine qui suit. Il relève qu'il y avait une grande souffrance, mais qu'il n'y avait pas d'opposition de la part d'Exit ce qui les a beaucoup surpris. Il souligne qu'ils auraient souhaité que cet homme, qui était très déprimé, puisse au moins être écouté et que l'on lui redonne un minimum de sérénité pour qu'il puisse faire un choix plus raisonnable et mieux posé. Il explique que le suicide assisté a eu lieu et il

considère que c'était un cas clairement abusif. Il explique que l'une de leur recommandation est de considérer une assistance au suicide comme quelque chose de grave et que l'on doit entendre la personne pour la comprendre dans son projet, lequel peut finir par un renoncement ou par une réalisation. Il observe que cela s'appuie sur de bonnes pratiques professionnelles, une empathie minimale et une bienveillance, mais aussi un souci de protection contre un laisser-aller, alors que l'on n'a pas fait correctement son travail de professionnel de la santé. Il souligne que, sur le fondement du respect de l'autonomie de la personne, ils sont tout à fait d'accord, mais néanmoins qu'ils considèrent que les professionnels doivent prendre le temps d'écouter et de comprendre la personne pour envisager par exemple aussi une mort naturelle ou une fin de vie par des soins palliatifs. Il considère que la rapidité excessive est un problème. Il ajoute néanmoins que c'est aussi un beau travail de pouvoir accompagner quelqu'un jusqu'à la fin. Il relève que la personne qui a pu être accompagnée et qui s'est finalement suicidée après 4 mois et demi a pu faire cela sereinement; il ajoute qu'après coup, ils ont entendu tous les professionnels, ce qui a été extrêmement fort, puisqu'ils ont entendu que les professionnels d'obédience plutôt catholique ont finalement compris le choix de la patiente. Il pense qu'il y avait vraiment quelque chose de très humain dans cette évolution qui s'est terminée par un suicide.

Un député Socialiste relève que l'on sollicite la FEGEMS car il s'agit d'une fédération et qu'il serait trop difficile d'auditionner tous les EMS. Il se demande donc ce qu'ils savent des pratiques dans les différents EMS, compte tenu du fait qu'ils ne tiennent pas de statistiques en la matière. Il observe qu'ils ont cité deux établissements où il pourrait y avoir des problèmes, mais relève qu'il y a aussi par exemple le Foyer Béthel, de tradition méthodiste, une inspiration qui est aussi réticente au suicide assisté. Par ailleurs, il observe que M^{me} Repond parle de judiciarisation et il se demande en quoi est-ce qu'une loi-cadre empêche tout ce qui vient d'être dit au niveau de la réflexion.

M^{me} Repond comprend que le député demande comment la démarche d'accompagnement de l'assistance au suicide fonctionne à la FEGEMS. Elle souligne que le Conseil d'éthique a 20 ans et que les recommandations sont toujours confrontées aux attentes de leurs membres, notamment pour savoir si cela leur facilite la vie. Elle estime que le recours au Conseil d'éthique est facile. Par ailleurs, concernant Bethel, elle relève qu'ils ne font en effet pas l'apologie du suicide assisté, mais elle ajoute qu'elle a parlé avec le Directeur qui affirme que, si d'aventure un résident souhaite avoir un suicide assisté, il n'y aura pas de problème pour le faire. Quant à St-Paul, elle relève qu'ils affichent qu'ils n'accepteront pas une assistance au suicide, mais qu'il y a quand même des personnes conscientes du fait que cela peut être vraiment le

souhait d'une personne. Concernant le fait de légiférer, elle indique qu'il y a un droit à la vie et pas un droit à la mort.

M. Poggia précise qu'il y a une nuance puisque le droit peut exiger de l'Etat qu'il fasse des actes positifs pour permettre le respect de ce droit alors que la liberté impose à l'Etat de s'abstenir de toute entrave à l'exercice de cette liberté.

M^{me} Repond relève que l'on a aujourd'hui peut-être un doute sur Saint-Paul par rapport aux entraves à l'assistance au suicide et que, pour les Marronniers, on peut parfaitement imaginer que ce ne soit pas possible car la communauté est très présente. Elle considère que la loi appauvrit le débat, que l'on légifère lorsque la société civile est mûre et elle n'est pas sûre que ce soit le cas. Elle ajoute en outre que l'assistance au suicide n'est pas nécessairement la seule manière de mourir dignement. Elle considère qu'il y a encore une méconnaissance des différentes possibilités et qu'il est donc trop tôt pour légiférer.

Une députée Socialiste relève que le PL parle d'un délai raisonnable pour éviter le genre d'exemples qu'ils ont cités. Elle indique avoir fait un jeu des sept différences entre les anciennes et les nouvelles recommandations de la FEGEMS. Elle souligne qu'elle s'attendait à des avancées mais elle précise que, si elle compare les deux versions, elle constate que l'ancienne stipulait que si l'EMS est opposé à l'assistance au suicide dans ses murs, il négociera une solution acceptable pour le résident, sa famille et pour le personnel. Elle explique qu'elle se demandait déjà ce que c'était qu'une solution acceptable, mais elle relève en outre que, dans les nouvelles recommandations, il n'y a même plus cette possibilité de recherche de solution acceptable. Elle souligne qu'il est désormais écrit : « il est possible qu'un EMS soit opposé à une assistance au suicide dans ses murs, quelles qu'en soient les raisons, religieuses ou philosophiques. Il doit en informer le résident avant son entrée. » Elle souligne que cela veut dire qu'ils estiment que c'est dans le cadre de la liberté d'entreprise que les EMS peuvent refuser cela et que les résidents ont la possibilité de choisir d'aller ailleurs, ce qui lui paraît tout de même étrange puisqu'il n'y a pas assez de places en EMS. Elle voit cela comme un retour en arrière. Enfin, concernant les critères d'une assistance au suicide, elle relève que le respect de la sensibilité des collaborateurs est mis sur le même plan que la capacité de discernement et le fait que la décision ne soit pas issue d'une pression extérieure ; elle trouverait par exemple assez douteux que l'on empêche une assistance au suicide parce que l'infirmière en chef y est opposée.

M. Loew indique qu'il est tout à fait d'accord avec cette dernière réflexion puisque l'infirmière-chef doit selon lui avoir le souci de suivre les recommandations déontologiques du Conseil d'éthique de la FEGEMS. Il

indique qu'il ne peut pas répondre d'avantage là-dessus. Concernant les différences par rapport aux deux versions, il estime qu'il y a un élément fondamental puisqu'ils axent les nouvelles recommandations sur un cadre professionnel qui évite l'idéologie pure. Il relève que le cadre professionnel est relativement ouvert au niveau médical, mais qu'il y a tout de même une réserve à avoir sur le plan infirmier et qu'il faut être prudent par rapport à la recommandation de l'Association suisse des infirmières qui dit que l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité des infirmières ; il estime que cette limite est raisonnable. Par ailleurs, il considère qu'il est nécessaire de la part des directions des EMS de savoir que les pratiques sont mieux encadrées par leurs recommandations et qu'ils ne peuvent pas faire obstacle à un suicide assisté.

La députée Socialiste observe que ce qui vient d'être dit ne correspond pas à ce qui est écrit dans les recommandations de la FEGEMS.

M^{me} Repond indique que, pour les Marronniers par exemple, ce sera difficile qu'ils reviennent sur leur position.

M. Loew estime que l'on doit accepter les positions de conviction mais que l'on doit aussi argumenter, communiquer et trouver des solutions acceptables.

Une députée PLR relève que, dans un cas qui ressemble curieusement à l'un de ceux qui a été évoqué, une famille avait ressenti énormément de jugements de la part du personnel. Elle a l'impression que cela est évoqué comme une réussite, notamment qu'on a finalement abouti à quelque chose qui a permis aux uns et aux autres de s'exprimer. Elle se demande comment ils réagissent par rapport à ce type de jugements car elle estime que la manière dont on traite la famille d'une personne qui est assistée pour un suicide est très importante.

M. Loew pense qu'il voit la situation dont la députée parle et indique qu'ils ont entendu la famille à ce sujet.

La députée PLR voudrait savoir ce qui est fait pour lutter en termes de regards et de jugements envers les familles.

M. Loew souligne qu'ils ont repris cette situation avec les cadres pour montrer qu'il s'agissait d'un cas raté et qu'ils comprenaient tout à fait la révolte de la famille. Il ajoute que ce qui a surtout posé problème était la confidentialité. Il indique qu'ils comprennent la volonté de confidentialité mais souligne que dans les faits, cela pose parfois véritablement des problèmes. Il indique qu'ils en ont tiré comme leçon qu'il fallait accepter une assistance au suicide dans l'établissement concerné, avec certaines balises de sécurité, mais qu'il ne fallait pas faire comme si rien ne s'était passé. Il souligne enfin que

l'EMS concerné a fait, à la suite de ce cas problématique, une charte pour en tirer des leçons.

Une députée Verte observe qu'ils ont parlé d'un cas qui avait pris plusieurs mois, qu'ils étaient contents car ils avaient pris le temps de discuter avec la famille et le personnel et que tout s'était bien passé. Elle estime que l'on a toujours l'impression que l'on se préoccupe plus des gens qui entourent la personne qui reçoit une assistance au suicide que de la personne elle-même. Elle a l'impression que la priorité est donnée au fait de choyer les personnes qui restent, que ce soit la famille ou le personnel soignant. Elle désire donc savoir comment cela se passe. Par ailleurs, elle relève que la personne s'en est ouverte à quelqu'un travaillant en EMS et lui a demandé de ne pas divulguer le projet de suicide assisté, ce qui a quand même été fait. Elle estime que cela peut être discutable, mais relève que le patient a quand même explicitement dit que personne ne devait être au courant. Elle observe qu'ils ont trouvé qu'il était judicieux et éthique d'inclure les enfants dans la réflexion et elle se demande donc ce qu'il en est du secret médical.

M^{me} Repond comprend qu'elle demande ce qu'ils cherchent. Elle indique qu'a priori, c'est le respect de l'autodétermination qui prime, mais elle ajoute que, pour savoir si la personne est vraiment déterminée, il faut quand même avoir des éléments pour évaluer notamment sa capacité de discernement. Elle souligne qu'il s'agissait en l'occurrence d'un jeune stagiaire à qui la personne s'était confiée et qu'elle ne voulait pas faire part de son projet à ses enfants car elle avait une raison tout à fait particulière de mourir, à savoir la fuite. Elle affirme ensuite que, lorsqu'une personne ne souhaite pas que le suicide assisté soit communiqué, cela ne se saura pas. Elle ajoute qu'il faut voir que l'autodétermination de la personne en question a été respectée et que le cas s'est passé dans de bonnes conditions pour elle et pour son entourage.

M. Loew relève que l'entourage comprend les enfants, les proches du cercle familial et en dehors de ce cercle, ainsi que le personnel soignant. Il considère que l'assistance au suicide a un impact non-négligeable. Il souligne que cela ne veut pas dire qu'il faut décider en fonction du personnel. Il relève que, dans ce cas, c'est réellement la volonté de la personne qui avait la priorité, qu'on pouvait donc accéder à la demande, mais pas à n'importe quel prix. Il précise que l'un des prix qui leur semblait déraisonnable était de tenir les enfants à l'écart, ce qu'il juge inacceptable sur le plan éthique, notamment le fait de mentir aux enfants après le décès de leur mère. Il pense que les enfants auraient pu ressentir une véritable trahison de la part de leur mère. Il considère que l'on ne se trouve donc pas seulement dans le domaine de l'autonomie, mais aussi dans le respect des personnages qui sont directement concernés. Il cite Cecily Saunders : « La manière dont les gens meurent reste dans la mémoire

des vivants. » Il estime pour sa part que le fait de savoir que sa mère a caché son suicide serait quelque chose d'insupportable à vivre. Il indique enfin qu'ils tiennent compte de l'avis de la famille, mais que ce n'est cependant pas la famille qui décide.

La députée Verte comprend que leur éthique serait donc plus haute que le secret médical, lequel est pourtant légiféré. Par ailleurs, elle entend bien que les enfants pourraient être trahis, ce qu'elle entend bien, mais elle estime que cette décision n'appartient pas à l'établissement, mais uniquement à la personne qui décide de se suicider. Elle reste donc perplexe et se demande si le secret médical est bien respecté. Elle ajoute enfin ironiquement qu'il vaut mieux ne pas avoir d'enfants si on veut un jour pouvoir se suicider tranquillement.

M. Loew indique qu'en ce qui concerne le secret médical, il ne peut pas répondre.

Un député MCG relève qu'ils ont évoqué le cas particulier d'une personne âgée dépressive qui pleurait, qui avait demandé le suicide assisté et il observe qu'ils semblent regretter qu'on ait accédé à sa demande et que cette personne soit morte assez rapidement dans la semaine. Il se demande donc quelle attitude ils auraient face aux enfants et aux reproches de ces derniers qui pourraient leur dire qu'ils étaient au courant du projet de suicide. Il pense qu'il pourrait y avoir plainte pénale contre ceux qui étaient au courant.

M. Loew lui répond qu'il ne s'agit pas d'une non-assistance à personne en danger, mais d'un non-respect de règles professionnelles de base, telles que l'écoute de la personne.

Un député UDC trouve que leur travail est très important puisqu'on parle de la volonté personnelle de gens qui veulent se donner la mort. Il indique avoir fait 6 ans à la police mortuaire et qu'il arrivait parfois que les lettres laissées à la famille soient très cruelles et qu'ils devaient alors éviter de les transmettre, notamment lorsqu'il s'agissait d'insultes. Il pense pour sa part que les gens peuvent se suicider pour de mauvaises raisons et qu'il est important quand même d'écouter ces personnes pour voir s'il y a d'autres solutions à trouver, notamment pour des personnes qui n'ont pas réussi à pardonner ou à exprimer une souffrance. Il trouve qu'il est essentiel de faire le tour de la question et que cela passe par-dessus la volonté de se suicider. Il désire savoir si cela va dans le sens de leur travail.

M. Loew indique ne pas avoir, dans son expérience professionnelle, écouté un suicidant, mais il considère qu'il est essentiel en effet d'être à l'écoute de la souffrance et de ne pas aller forcément jusqu'au bout dans ce qui peut être une forme de folie ou un désespoir profond. Il estime que l'écoute a déjà

quelque chose de thérapeutique et de soulageant. Il indique enfin qu'il n'a néanmoins pas de réponse quant au fait de juger s'il s'agit d'une bonne ou d'une mauvaise décision.

5. Audition de l'AMG

Le président souhaite la bienvenue à M. Michel Matter, Président de l'AMG, et à M^{me} Irène Bonada, Présidente du groupement des géiatres genevois ; il rappelle qu'il s'agit d'un deuxième tour de discussion, puisque le PL 11870 revient à la commission suite à un courrier d'Exit ; il leur cède la parole.

M. Matter considère tout d'abord qu'il s'agit d'un sujet éminemment délicat, émotionnel et qui appelle certains commentaires de leur part, notamment par rapport à l'aspect des institutions et de la liberté d'éviter d'être forcé. Il relève qu'ils ont aussi une interrogation sur la dénomination, à savoir s'il s'agit de lieux de vie ou de lieux de soins, ce qui est pourrait être, selon lui, une approche différente. Concernant les médecins qui travaillent dans ces EMS, il estime qu'il en va de leur responsabilité, mais aussi de la responsabilité du médecin-traitant qui a suivi son patient sur un temps long. Il ajoute qu'on a également une difficulté quant à la banalisation de ce qui pourrait être entrepris et que l'appel d'air est un de leurs grands soucis. Il voudrait éviter que l'on tombe dans le blues de l'âgé et que le suicide assisté devienne la porte de sortie pour des personnes simplement fatiguées de la vie. Il estime que ces situations sont à la fois difficile pour les institutions et les gens qui prennent en charge les patients. Ils savent qu'il y a une évolution dans le temps, au niveau des médias et de la population, ce qu'ils considèrent être une stratégie des petits pas, définie par la société. M. Matter ne veut pas qu'il y ait une professionnalisation de la mort et il rappelle qu'aucun professionnel de la santé ne peut être obligé à participer à cela. Il ne veut pas non plus qu'on se trouve dans une situation liée à l'abandon. Il ajoute qu'ils n'arrivent pas à déterminer dans leur prise de position l'utilité de ce PL. Il indique qu'ils comprennent la réflexion politique sur ce sujet de société, que leur association ne cherche pas à contourner la problématique, mais plutôt à faire partie des acteurs de la réflexion. Il pense que le lien de concertation avec le médecin-traitant doit être essentiel, mais qu'ils ont quand même une interrogation par rapport à la responsabilité du médecin exerçant en EMS. Il ne souhaite pas une société dans laquelle le médecin responsable est nommé parce qu'il a une position particulière par rapport à ce sujet hautement émotionnel et important par rapport à la vie et à la mort des gens.

M^{me} Bonada estime que la médiatisation du sujet fait que, dans le vécu populaire, on sent un besoin de légiférer. Elle considère néanmoins qu'il n'y a pas tant de personnes qui demandent qu'il y ait une loi pour décider. Elle indique qu'en tant que gériatre, elle n'a jamais eu de patient qui lui a directement demandé une assistance au suicide. Elle souligne qu'elle fait part d'une expérience de terrain dans le domaine de la gériatrie, mais aussi de l'oncologie avec des patients plus jeunes. Elle indique que les prises en charge médicales parallèles souvent font que ces patients formulent ce type de demandes, mais qu'ils n'ont pas forcément le désir réel de mourir. Elle pense que c'est sur ces thèmes qu'ils doivent continuer d'ancrer leurs décisions et leur travail. Elle ajoute que la demande de mort, selon elle, est souvent motivée par d'autres raisons, et peut-être par une prise en charge médicale insuffisante. Concernant le service des polytraumatisés de Beau-Séjour, elle observe qu'il y avait aussi un autre type de population, hormis la population gériatrique, mais qu'elle n'a jamais vécu ce type de demandes. Elle pense que c'est plus sur une thématique de prise en charge de pathologies qui sont axées sur des états dépressifs qu'ils aideraient ces patients, mais jamais sur une thématique d'aide à la mort. Elle indique qu'ils n'ont donc pas l'impression qu'il y a un besoin de légiférer sur la question. Elle pense que la loi pourrait donner la fausse impression de nous protéger par rapport à une décision, alors que cette dernière est multidisciplinaire et concertée. Elle relève enfin que le PL parle d'une commission d'évaluation, mais elle souligne que c'est déjà en réalité quelque chose qui se fait et elle ne pense donc pas que ce PL puisse apporter un bénéfice réel aux patients.

Un député Socialiste n'est pas sûr d'avoir compris les propos de M. Matter sur la liberté d'institution ; il se demande si cela veut dire qu'il prône le fait que chaque établissement devrait être libre de décider s'il accepte ou pas le suicide assisté.

M. Matter indique qu'il veut éviter que le rôle du médecin responsable soit pivot et que l'on se retrouve dans une situation où on a une approche du médecin-responsable qui ait une ouverture ou pas par rapport à ce type de problématique. Il indique qu'il se prononce vraiment pour les membres de son association et pas au nom des EMS. Il souligne qu'il considère que le plus important est le respect du droit des personnes, mais aussi le respect de la notion d'institution. Il indique qu'il est essentiel que l'on ne force pas qui que ce soit, en particulier par rapport au personnel qui y travaille.

Le député Socialiste fait remarquer que, ni dans le canton de Vaud, ni dans le canton de Neuchâtel, on a constaté un appel d'air. Il ne sait pas sur quoi ils se basent pour parler d'appel d'air.

M. Matter estime que c'est une approche qui est celle du Président des médecins de famille et de la Présidente des psychiatres, avec qui il a récemment discuté. Il indique qu'ils ont l'impression que tout ce qui peut aller dans le sens d'une banalisation du suicide assisté est problématique. Il relève en outre que l'approche de la problématique du suicide assisté est délicate à la fois pour la personne concernée, mais aussi pour son entourage.

Le député Socialiste relève que M^{me} Bonada a indiqué qu'elle n'avait jamais été confrontée directement à des demandes d'assistance au suicide. Il souligne que la commission a auditionné notamment les HUG et que ces demandes existent bel et bien et deviennent plus fréquentes.

M^{me} Bonada lui répond que c'est leur rôle médical de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un besoin qui soit lié à une pathologie médicale qui pourrait être traitée. Elle pense que l'on doit être sûr que la demande du patient n'émane pas d'une pathologie qu'ils pourraient soigner.

Le député Socialiste observe que le respect du libre-choix du patient est essentiel.

M^{me} Bonada est en accord avec cela mais souligne que, lorsqu'ils prêtent serment, ils sont aussi censés pouvoir écarter une pathologie du patient qui peut être traitée.

M. Matter ajoute que le fait d'exprimer le phénomène d'appel d'air et la banalisation ne signifie pas qu'ils sont contre l'assistance au suicide. Il souligne qu'il peut comprendre certaines demandes mais que, pour d'autres cas, il a néanmoins plus d'interrogations. Il veut éviter que cela ne devienne quelque chose d'usuel et considère que l'assistance au suicide doit rester quelque chose d'exceptionnel.

Une députée Socialiste relève que si on ne veut pas forcer les institutions, alors on doit empêcher les personnes.

M. Matter pense que c'est quelque chose qui ne doit pas se cristalliser autour du médecin d'EMS.

La députée Socialiste se demande à quoi il ne faut pas forcer les institutions.

M. Matter pense que l'assistance au suicide dépasse le cadre pur de l'EMS, dans lequel il y a aussi un personnel qui est présent et qui peut ressentir un malaise, s'il y a tout d'un coup une obligation qui leur est imposée. Il ajoute qu'il ne rentre pas dans le débat des obédiences religieuses.

La députée Socialiste précise que l'alinéa 5 de l'Art. 39A stipule que le personnel de l'établissement ne peut participer à titre professionnel à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide. Elle observe que, de ce point de vue-là, on est tout à fait d'accord.

M. Matter souligne que, pour avoir beaucoup travaillé dans les soins palliatifs, ce domaine n'est pas vierge d'émotions et de sentiments, qu'il y a de l'humain qui souffre et de l'humain qui travaille autour des personnes qui souffrent. Il souligne que des gens qui travaillent dans une structure doivent tout d'un coup être soutenus et ajoute que, dans le domaine des soins palliatifs par exemple, le soutien psychologique est extrêmement lourd, mais qu'il est sans doute encore plus compliqué dans les situations de fin de vie.

La députée Socialiste se demande s'ils seraient favorables au fait que le rôle de vérification des conditions remplies soit plutôt donné au médecin traitant, compte tenu de la qualité de la relation privilégiée qu'il a avec le patient, au lieu que cela soit confié au médecin responsable.

M. Matter observe que ce médecin-traitant est celui qui suit le patient depuis un certain temps et qui connaît son patient ; il souligne qu'il y a des situations où le médecin traitant prend une position et qu'il y a tout d'un coup un changement de ce médecin-traitant, ce qui est problématique. Il ajoute par ailleurs qu'ils ont eu aussi des difficultés internes au sein de l'AMG car M. Beck était auparavant à la tête de la déontologie et qu'il était aussi vice-président d'Exit ; il ajoute que, de ce fait, ils ont dû faire des choix et définir les choses.

M^{me} Bonada souligne qu'un médecin-traitant peut l'être longtemps ou alors pas assez pour pouvoir donner un avis. Elle estime qu'il est compliqué de définir la bonne personne car cette bonne personne existe parfois mais parfois n'existe pas, au moment où il faut passer à l'acte. Elle estime que la notion la plus appropriée est plutôt celle de commission, mais elle ajoute que c'est déjà cela qui est fait actuellement. Par ailleurs, elle souligne que le fait de se déterminer sur la capacité de discernement est également quelque chose de très compliqué.

M. Matter estime qu'il est difficile de rendre obligatoire le passage par le médecin traitant, mais il considère qu'il est important de renforcer son rôle. Concernant les exemples de Neuchâtel et de Vaud, il ne sait pas si Exit fait appel à chaque fois au médecin-traitant. Il pense que ce serait intéressant de savoir si c'est un passage qui est fait et qui est une réalité. Il pense qu'il y a peu de médecins qui connaissent mieux la personne que le médecin-traitant, mais il souligne que ce médecin n'est pas psychiatre et qu'il convient donc parfois qu'il y ait une concertation entre plusieurs médecins et plusieurs professionnels.

La députée Socialiste demande si l'AMG a pris position dans la consultation sur la modification des directives de l'ASSM sur la fin de vie.

M. Matter indique qu'il va poser la question et qu'il donnera par la suite une réponse.

Un député UDC éprouve des difficultés par rapport au champ des patients concernés, notamment le fait que l'on ne tienne pas compte, dans les critères d'évaluation, de l'expérience de vie résiduelle et qu'il n'y a pas de limite d'âge. Il évoque le cas d'un jeune qui aurait un accident de voiture qui induirait une stomie permanente ce qui pourrait induire une dépression qui serait définitive. Il se demande donc si Exit pourrait intervenir tout en restant dans son champ d'application ; il précise que c'est là où il a un souci. Il pense pour sa part que ce sont des patients qui seront sûrement heureux après un certain nombre de mois ou d'années de ne pas être allé jusqu'au bout de la procédure.

M^{me} Bonada pense que l'on doit avoir une démarche inverse au niveau médical et commencer par voir si l'on peut traiter l'état dépressif réactionnel et elle estime que l'exemple donné peut se répercuter dans toutes les situations puisque l'on doit, selon elle, d'abord essayer de soigner et protéger.

Le député UDC se demande si l'on peut imaginer que, dans ce processus, il y ait une forme de prise de vitesse d'Exit au détriment des possibilités de traitement et donc du temps qui pourrait venir à manquer au thérapeute.

M^{me} Bonada pense que cela pourrait en effet être un biais et que c'est donc en ce sens que l'on peut imaginer peut-être une forme de facilitation.

Le député UDC demande si ces cas limites sont nombreux.

M^{me} Bonada lui répond par l'affirmative.

Le président rappelle que la commission a terminé les auditions de ce deuxième tour.

6. Discussion et vote d'entrée en matière

Un député PDC informe que son groupe ne va pas changer son premier avis et va donc refuser l'entrée en matière car il estime que les explications données la semaine dernière montrent que les problèmes montés en épingle par Exit n'existent pas ; il ajoute qu'il aurait été d'accord d'entrer en matière si la situation avait été autre. Il ajoute que la direction des HUG a répondu de manière très claire et transparente ; il souligne qu'il maintient donc son premier avis.

Un député PLR indique que, lors du premier examen du PL, ils avaient développé des arguments pour une non-entrée en matière et qu'il ne va pas les rappeler aujourd'hui. Il ajoute qu'avant que ce projet soit traité en plénière, on a été alerté par Exit, avec une série de cas dramatiques, qui nous ont fait rechercher quelle était la teneur de l'audition des HUG et qu'on s'est rendu

compte qu'ils n'avaient pas été auditionnés. Il explique que c'est la raison pour laquelle il a voté le retour du PL en commission. Il observe qu'on a entendu les HUG, mais aussi à nouveau l'AMG, la FEGEMS et Exit. Il estime que la teneur de ce qui a été dit par les HUG, et qui a été confirmé par Exit, a montré qu'il existait une bonne relation entre les HUG et Exit et qu'il n'y avait plus de contentieux. Il relève par ailleurs que l'AMG a souligné qu'elle ne souhaitait pas que l'on légifère sur un domaine aussi sensible et susceptible d'évolution dans la population. Il précise qu'il maintient donc sa position de non-entrée en matière et ajoute que, dans le cas improbable où le PL serait voté, il déposerait alors son amendement.

Une députée Socialiste indique qu'elle ne va pas reprendre l'entier de l'argumentaire du PS par rapport à ce PL. Elle estime qu'il faut reconnaître que les HUG étaient, la semaine passée, tout à fait préparés et que leur audition a été convaincante. Elle observe par ailleurs que le PL aura au moins eu un impact certain : faire bouger les lignes. Elle relève que, les HUG disent qu'il faut admettre que, jusqu'à maintenant, on ne pouvait pas garantir une égalité de traitement mais qu'on va travailler là-dessus. Elle souligne qu'ils prennent donc note que jusqu'à maintenant, on était traité de manière différente, suivant les sensibilités des chefs de services. Elle observe en outre que l'on dit que l'on n'a pas de statistiques car il y a peu de cas qui remontent au niveau du Conseil d'éthique des HUG, mais elle estime, étant donné le mammoth que sont les HUG, que, s'il n'y a pas une réelle volonté de mettre en place un suivi de la question, il est assez logique que l'on soit dans le flou. Elle observe qu'ils ont dit qu'ils allaient faire un effort et surtout des progrès au niveau de l'égalité de traitement entre les différents services ce qu'elle approuve. Elle constate que la situation aux HUG n'était effectivement pas satisfaisante. Elle regrette à titre personnel qu'il n'y ait pas pu avoir de débat sur les cas dramatiques cités. Elle aurait souhaité savoir si les HUG reconnaissent les cas évoqués par Exit mais elle relève qu'ils n'ont pas pu creuser les choses et donner le résultat de leurs réflexions compte tenu de la confidentialité. Concernant les auditions de la FEGEMS et de l'AMG, elle espère que la commission n'a pas été bernée et a compris que la FEGEMS n'a pas du tout changé sa position, qu'elle continue à dire qu'il n'y a pas de problème mais qu'il y a des EMS où il y a des freins, qui sont plus ou moins grands selon les EMS, mais qu'il s'agit de la liberté de l'institution. Elle estime qu'ils ont dit clairement que la liberté des personnes est tout à fait secondaire par rapport à la liberté d'entreprise des EMS, ce qui choque le PS. Par ailleurs, elle répète que les recommandations de la FEGEMS de 2017 sont pires que celles de 2009. En effet celles de 2017 disaient qu'un EMS a le droit de refuser une assistance au suicide en ses murs, mais doit proposer des alternatives, alors qu'en 2017, ils disent uniquement qu'il est

possible qu'un EMS refuse. Elle ajoute qu'elle n'a pas obtenu de réponse à la question de savoir si l'assistance au suicide est un problème, puisqu'ils répondent que, dans la majorité des cas, ça joue, et que, dans les cas où ça ne joue pas, alors tant pis ! Quant à l'AMG, elle constate qu'ils ont dit qu'il allait y avoir un appel d'air, alors que cela n'a pas été le cas ni dans le canton de Vaud ni à Neuchâtel. Elle trouve donc que cette audition de l'AMG quant à la problématique de fond était aussi décevante. Elle souligne que le PS maintient bien sûr sa proposition d'entrée en matière car elle relève qu'ils leur semblent que la place du collectif et des institutions dans ce débat prend trop de place par rapport à l'autodétermination des personnes concernées. Ce PL permettrait d'empêcher un retour en arrière, étant donné que les HUG ont dit qu'ils allaient modifier leurs pratiques, mais que c'est à bien plaisir, et parce qu'ils ont été poussés par l'aiguillon de ce PL. Elle indique en outre qu'on ne sait pas si on reviendra à quelque chose de plus rigide d'ici 3, 4 ou 5 ans. Elle estime que fixer un cadre empêcherait de laisser cette prérogative à une institution publique qui ne devrait pas avoir cette marge de manœuvre, mais devrait, dans des conditions précises, avec un suivi, un personnel protégé et des procédures claires, permettre de garantir la liberté de mourir et l'autodétermination des personnes concernées, comme le préconise le TF. Elle indique enfin que c'est, pour cette raison que le PS espère que la commission entrera en matière et qu'elle est disposée à discuter des différents amendements évoqués.

Un député Socialiste estime que sa collègue a pratiquement tout dit et qu'elle l'a très bien dit. Il a trouvé pour sa part que l'audition de la FEGEMS était pour le moins insatisfaisante car il considère qu'il y a plutôt un recul dans la position. Il observe que le Dr Loew a plusieurs fois dit qu'il ne pouvait pas répondre et qu'il ne savait pas. Il ajoute qu'autant aux Marronniers, qu'à St-Paul et, dans une moindre mesure, à Bethel, il est clairement admis par la FEGEMS qu'il y a des problèmes. Il observe que, lorsqu'on se retrouve aux HUG, qu'on fait partie de la cohorte qui attend pour partir en EMS et qu'on vous dit qu'il n'y a de la place qu'à St-Paul, alors on va dans cet EMS, mais qu'on se retrouve alors dans un établissement qui est réticent à l'assistance au suicide. Il considère donc que ce droit fondamental n'est pas assuré dans tous les EMS. Quant à l'audition de l'AMG, il estime que l'argument avançant la théorie de l'appel d'air tournait presque à la « genevoiserie » et était pour le moins peu convaincant. Il ajoute que l'argumentation de la Présidente des gériatres qui n'a jamais été concernée par une assistance au suicide n'avait pas plus de poids. Il considère qu'un cadre, tel que le proposait M^{me} Samia Hurst, pour rassurer notamment le personnel, qui n'est ni un appel d'air, ni une judiciarisation, mais qui simplement définit ce qu'il est possible de faire et ce qui ne l'est pas, est une chose positive. Il indique que c'est la raison pour

laquelle il s'associe aux propos de sa collègue. Il ajoute qu'il regretterait beaucoup que l'on balaye ce PL sous prétexte que tout va bien et qu'il n'y a rien à voir, ce qui n'est selon lui pas vrai, il pense que la seconde série d'auditions a illustré cela.

Une députée EAG constate que ce PL est tellement sensible et nécessaire qu'on a dû en rediscuter en commission après son passage en plénière ; elle pense que cela montre qu'on ne peut pas simplement fermer la porte sans entrer en matière. Elle ajoute que l'audition des HUG a montré comment on pouvait réagir lorsqu'on était conscient du problème et qu'on essaie de respecter les patients et d'être à l'écoute du personnel, ce qu'elle a trouvé particulièrement prenant. Néanmoins, en ce qui concerne l'audition de la FEGEMS, elle estime qu'il s'agissait de la démonstration de la nécessité d'un cadre et de précisions sur la procédure pour rassurer et donner des droits. Elle indique qu'EàG continue donc, dans ce cadre, de soutenir l'entrée en matière du PL.

Un député MCG indique que son groupe ne changera pas son point de vue sur la question et qu'il ne rentrera pas en matière sur ce PL.

Il souligne que le MCG est néanmoins favorable au fait que la liberté de la personne qui souffre de demander de mettre fin à ses jours doit être respectée, mais il estime que la situation actuelle le permet déjà. Il ne voit pas pourquoi on devrait imposer à un médecin, par cette loi, de donner les conditions favorables pour qu'un patient puisse passer par Exit, alors que le médecin est éthiquement opposé à cette prise de position. Il précise que le MCG se réfère notamment à l'audition de la direction des HUG pour appuyer son refus.

Une députée Verte observe que sa collègue Socialiste a été très étonnée de voir que la liberté d'entreprise passait avant l'autodétermination des personnes. Elle est tout à fait en accord avec elle, mais elle ajoute qu'elle a été encore plus choquée par le fait que M. Loew ait affirmé que son éthique personnelle passait peut-être avant le secret médical. Elle trouve très grave que la FEGEMS vienne tenir un discours pareil. Concernant le personnel, elle désire répéter qu'en aucun cas, on obligera quelqu'un à participer à la procédure de mise en œuvre de l'assistance au suicide, puisque cela est interdit par ce PL (alinéa 5). Elle considère qu'on ne peut donc pas dire qu'on ne veut pas ce PL parce que cela oblige le personnel, puisque ce n'est pas le cas. Néanmoins, elle souligne que, si des professionnels de la santé veulent prendre du temps sur leur temps libre pour assister à un suicide pour des raisons personnelles, c'est autre chose ; mais qu'ils ne seront en aucun cas forcés. Ensuite, elle indique qu'elle va à nouveau voter pour l'entrée en matière sur ce PL car elle pense que le fait de garantir que les personnes puissent choisir de mourir dignement et ne pas continuer à souffrir est la moindre des choses. Elle ajoute que, si l'entrée en matière devait passer, elle voudrait que les amendements évoqués soient discutés et que

plusieurs d'entre eux soient acceptés. Elle précise enfin que sa crainte est qu'il y ait un éventuel effet contreproductif qui rende certaines situations, qui pourraient aboutir maintenant de manière apaisée, illégales par rapport à cette loi. Elle observe qu'Exit a pourtant dit que cela n'est pas contreproductif et elle se rallie donc à ce point de vue, tout en espérant cependant que ce ne sera jamais l'inverse.

Un député PLR désire relever que, dans la procédure qui conduit à l'assistance au suicide, il y a une chaîne d'évènements décrits dans la loi qui ne se limitent pas au jour ou au moment où la potion est amenée dans la chambre du patient puisque l'on parle de la vérification des conditions qui vont permettre que l'assistance au suicide puisse être effectuée. Il ajoute que, dans l'Art. 39A, al. 3, il est écrit que le médecin responsable se détermine par écrit sur la demande d'assistance au suicide dans un délai raisonnable. Il observe qu'on implique donc une tierce personne que l'on nomme « le médecin répondant ». Il indique que c'est cela qui constitue le sujet de l'amendement qu'il va proposer pour qu'il n'y ait plus de personnification. Il estime donc qu'en l'état, il est faux de dire qu'on n'implique pas le personnel de l'établissement.

Le président indique qu'il est à titre personnel favorable à entrer en matière ; il souligne qu'il a voté contre l'entrée en matière lors du premier passage de ce PL, mais qu'il était favorable au retour en commission car il a été sensibilisé par le courrier d'Exit et par le fait que l'on n'avait pas auditionné la direction des HUG. Il estime être un peu sur le fil car il n'était au départ pas favorable à légiférer parce qu'il était convaincu qu'il y avait une évolution des mœurs qui avait abouti et que les personnes en EMS et aux HUG étaient entendues sur ce fait. Il indique ensuite que l'avantage d'être Président est d'avoir les personnes auditionnées en face de soi et il ajoute qu'il est très attentif à ce qui se dit. Il désire s'arrêter un moment sur l'audition des HUG. Il explique qu'en écoutant, il s'est mis dans la position de quelqu'un qui était dans une situation de santé qui avait conduit à demander l'intervention d'Exit. Il explique qu'il s'imaginait être dans l'un des services des HUG, où il y a plus de 60'000 séjours de soins par année, et s'imaginait le parcours du combattant que cela allait être puisqu'il allait devoir être entendu par l'infirmière, peut-être le médecin de service, par le Conseil d'éthique clinique qui viendrait voir ce que cela pouvait représenter pour le personnel autour de lui, etc. Il observe que cela n'est pas ce que prévoit le code pénal suisse puisque, si la personne concernée n'est plus en mesure de se gérer elle-même, qu'elle n'a plus d'appartement, elle devra alors justifier sa demande, justifier le fait qu'elle n'a plus d'appartement, s'assurer que l'équipe soignante a été évaluée par le Conseil d'éthique clinique, etc. Il indique que ce n'est pas cela qu'il veut et

que c'est donc ainsi qu'il a décidé de changer sa position et de voter l'entrée en matière. Il ajoute que ce PL fait certes bouger les lignes, mais qu'il est très lourd de faire évoluer les représentations culturelles, lesquelles se tricotent avec le temps, mais répondent aussi aux incitatifs présents dans la société. Il précise que ce PL n'est pas contraignant pour les professionnels de la santé puisqu'on ne demande pas de donner la potion, mais d'être à l'écoute et de relayer la demande de manière à ce qu'elle puisse se dérouler de manière digne.

Un député PDC indique qu'il a expérimenté le fonctionnement des HUG pour une patiente qui avait une grave maladie neurologique et qui avait son appartement, mais ne pouvait pas y rentrer de par son état. Il souligne qu'il n'a pas senti de lourdeur du tout. Il indique que les choses se sont passées de manière très harmonieuse, sans perte de temps et avec une équipe ouverte à tout. Il reconnaît qu'il s'agit d'une grande structure, mais qu'il y a toujours un endroit où l'on peut mettre les gens afin qu'ils s'en aillent dignement. Il pense qu'il y a assez de souplesse aux HUG et que, même s'il y a une loi, on sera quand même obligé d'impliquer le personnel puisqu'il s'agit d'un travail d'équipe. Il observe qu'un suicide assisté est très dur psychologiquement et qu'il faut de toute façon avertir le personnel, prévoir une explication et un débriefing après car il ne s'agit pas d'un acte banal. Il estime, qu'il y ait un PL ou pas, le fond de la question restera toujours le même et qu'on ne va pas enlever la charge émotionnelle à l'acte. Il ajoute qu'il attendait des preuves qui démontrent que des personnes n'ont pas pu s'en aller dignement aux HUG, mais qu'on n'a reçu aucune preuve allant dans ce sens. Par ailleurs, il ajoute qu'il a été dit que, dans les EMS à tendance religieuse, le problème avait été réglé. Il relève que, s'il y avait eu un exemple formel d'un cas dramatique comme cela s'est passé dans le canton de Vaud, il aurait pu entrer en matière, mais il observe que ça n'a pas été le cas. Il considère que les lois n'apportent strictement rien sur le fond de la question et ne font que judiciaireiser et complexifier le problème. Il demande à la commission de ne pas légiférer sur ce genre de chose, ni sur l'euthanasie, car il estime qu'il y a des personnes suffisamment ouvertes dans le domaine pour permettre aux patients d'avoir un suicide assisté de manière digne et que le fait de créer une loi serait, selon lui, la meilleure façon d'avoir des problèmes qui mèneraient devant les tribunaux. Il souligne en outre que l'existence d'une loi oblige les équipes médicales à se blinder. Il pense donc, pour sa part, que c'est une usine à gaz assurée.

Un député Socialiste remercie Le président pour ce qu'il a dit. Il le rejoint en tant que médecin car il n'est pas du tout rassuré par ce qu'il a entendu et que cela l'a confirmé dans l'idée que les personnes faisaient passer d'abord leurs croyances bien avant le patient, ce qui l'a profondément choqué et qui l'a confirmé dans l'idée que le fait d'avoir un cadre légal était quelque chose

d'important. Il souligne qu'on peut voir qu'il ne s'agit pas d'une question avec les médecins d'un côté et les autres personnes de l'autre, mais qu'il s'agit d'un domaine qui touche à la sensibilité et à la réflexion personnelle. Il invite les commissaires à réfléchir à une entrée en matière et trouve dommage que 15 personnes à un moment donné stoppent le processus. Il précise qu'il aurait aimé qu'il y ait une liberté de vote en plénière pour que toutes les sensibilités puissent s'exprimer et que la démocratie joue son rôle afin de ne pas rester dans un dogmatisme. Il trouve que le fait de ne pas permettre de profiter de ce travail au sein de la plénière est regrettable. Il rappelle que la plénière a confié ce travail à la commission.

Une députée PLR considère qu'il s'agit d'un sujet qui touche de manière très profonde pour différentes raisons et que c'est donc un domaine très délicat. Elle rappelle que l'une des raisons qui l'avait fait soutenir au départ un PL sur la question n'était pas le fait que ce soit refusé ou accepté, mais pour voir par quelles démarches ou quelles difficultés la personne qui souhaitait faire appel à l'assistance au suicide devait passer. Elle estime qu'il est très rare qu'il y ait une réponse dans les institutions qui soit une réponse de compréhension sans jugement ; elle pense que c'est dans les EMS que la question est la plus compliquée. Elle précise que ça l'était déjà avant que l'on étudie ce PL et elle relève avoir été extrêmement interpellée par les réponses de la FEGEMS car il apparaît qu'ils n'ont pas la maîtrise de ce qui se passe dans tous les EMS. Mais c'est surtout le fait que la liberté commerciale est prioritaire par rapport à la liberté personnelle qui est choquant. Elle indique avoir un peu plus de souplesse par rapport au fait d'informer la famille, même si elle précise que c'est peut-être plus personnel et, qu'en se mettant à la place de la famille, elle n'aimerait pas que l'on vienne lui dire un jour qu'un membre de sa famille a décidé de partir sans le lui dire. Elle pense que c'est une gestion des faits qui, même si elle n'est pas extraordinaire, reste importante à un moment donné pour pouvoir informer la famille. Elle observe que, dans la médecine, on informe souvent les personnes de confiance, même s'il s'agit d'un problème qui reste délicat. Elle indique que pour cette raison, elle va accepter l'entrée en matière, même si elle réserve son vote final, car elle estime que l'on doit aller jusqu'au bout du débat et de l'examen du PL. Elle souligne que le point qui l'inquiète particulièrement est le poids que l'on fait porter au médecin et elle estime que ce poids se trouve dans le PL tel qu'il est actuellement proposé. Elle trouve cela insupportable car il s'agit d'une décision personnelle, mais que cela ne doit pas rejaillir à titre privé sur les soignants. Elle pense que l'on doit donc faire notre possible pour libérer le médecin de cette pression. Elle souligne que c'est avec l'espoir que l'on arrivera à le faire dans le cadre des amendements qu'elle va accepter l'entrée en matière.

La députée Socialiste remercie la députée PLR pour ses propos. Elle relève que le député PDC cite un exemple aux HUG qui s'est très bien passé. Elle observe qu'à moins qu'il traite les membres d'Exit de menteurs qui auraient complètement inventé les trois cas, on voit qu'on a un cas qui va bien et trois cas qui ne vont pas bien, ce qu'ont aussi dit les HUG. Elle ajoute que, lorsqu'on a plusieurs interlocuteurs qui disent la même chose, on peut commencer à penser qu'ils disent la vérité. Elle ajoute qu'il y a des situations qui se passent donc très bien et d'autres qui se passent très lentement et où il y a beaucoup de blocages. Elle indique en outre que, dans la procédure d'évaluation des demandes d'assistance au suicide aux HUG, il y a 24 items qui sont consécutifs les uns aux autres et donc que le parcours du combattant que mentionne Le président est bien retenu par écrit et est institutionnalisé. Enfin, elle observe que la FEGEMS au fond ne sait pas très bien ce qui se passe dans les EMS et estime qu'il faut les laisser tranquille, notamment les Marronniers. Elle relève qu'il y a donc des EMS qui peuvent mettre des freins plus ou moins importants. Elle ajoute que cela, sur le principe, n'est pas acceptable, même si, comme l'a dit Exit, il y a concrètement peu de problèmes dans les EMS. Elle appelle une nouvelle fois la commission à entrer en matière sur ce PL pour qu'on puisse discuter des amendements.

Un député se dit étonné que l'argument principal pour défendre les suicides assistés soit les cas qui se passent mal. Il pense qu'ainsi à chaque fois qu'il y a un problème, on va alors légiférer pour essayer de régler le problème. Il pense pour sa part qu'en légiférant, il y aura d'autres problèmes qui vont se poser. Il estime qu'il s'agit de la liberté de conscience et qu'il faut trouver des solutions par la discussion et la concertation. Il pense qu'avec un ou deux problèmes, on va finalement empêcher la concertation et l'écoute ; il trouve dommage de se priver de cela ; il estime que c'est une loi qui est inutile et qui va à l'encontre de la liberté individuelle.

Le président soumet au vote l'entrée en matière sur le PL 11870 :

Pour : 8 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 3 PLR)

Contre : 6 (1 PDC ; 1 PLR ; 1 UDC ; 3 MCG)

Abstentions : -

L'entrée en matière est acceptée.

7. Deuxième débat

Titre et préambule : *pas d'opposition, adopté*

Art. 1 Modification : *pas d'opposition, adopté*

Art. 39A :

Un député PLR observe que cet article évoque la responsabilité des personnes qui sont nommées par leur fonction, dans les établissements publics hospitaliers, les établissements privés hospitaliers et dans les EMS ; il lit son amendement :

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 résident, si les conditions suivantes sont remplies :

a) 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.

2 Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin-traitant du résident en EMS peut, en cas de doute sur les conditions énoncées au chiffre 1, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements. Les mêmes prérogatives peuvent aussi être exercées par le médecin responsable de l'établissement.

3 Cas échéant, le médecin mandaté, ou la commission d'évaluation, 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. Les éventuels frais inhérents à ce mandat sont à la charge du patient ou du résident.

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 des établissements et les médecins (médecin directement en charge du patient, médecin responsable hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant des résidents en EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide.

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

Le député PDC indique qu'il a aussi déposé un amendement pour cet article ; il le lit :

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 résident, si les conditions suivantes sont remplies :

a) Le médecin traitant, en concertation avec le médecin répondant de l'établissement, 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° remplit les critères fixés dans les recommandations de l'ASSM (Association Suisse des Sciences Médicales)

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

2 Lors de l'examen des conditions prévues à la lettre a de l'alinéa 1, le médecin répondant peut 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.

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

4 Si le patient dispose d'un logement extérieur et lorsque l'établissement n'a pas une mission d'hébergement médico-social, le médecin répondant 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, le médecin répondant et le médecin traitant ne peuvent être contraints à participer à la procédure de l'assistance au suicide.

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

Le président relève que l'introduction de l'article 39A de change pas.

Une députée Verte désire savoir ce qu'il y a dans les recommandations de l'ASSM. Par ailleurs, elle indique qu'elle souhaiterait, si l'on ne modifie pas le 2°, rajouter à la phrase « souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident,

graves et incurables » le complément suivant : «...ou des *polypathologies invalidantes ou entraînant des souffrances importantes.* » Elle souligne qu'elle réserve cet amendement en fonction des réponses du député PDC sur les recommandations de l'ASSM. Par ailleurs concernant la lettre a, elle votera plutôt en faveur de l'amendement du député PLR car elle pense qu'il n'est pas très malin d'associer le médecin répondant de l'EMS, alors qu'on fait justement une loi pour s'assurer que, si la politique de l'établissement est contre le suicide assisté, le suicide assisté puisse quand même se faire. Elle relève que, si finalement c'est au personnel de l'établissement de décider, c'est alors le serpent qui se mord la queue.

Le député PLR pense que l'amendement qu'il a proposé doit être lu à la lumière de ce qui va suivre ensuite, puisque le principe est de déterminer dans quelle situation doit être le patient avant de déterminer qui va l'examiner, à savoir qu'il doit être capable de discernement et doit souffrir de circonstances médicales décrites au 2°. Il souligne que c'est seulement au paragraphe suivant qu'on donne la possibilité au médecin en charge du cas de se prononcer en cas de doute sur le fait qu'il remplisse ces conditions ou pas et, dans ce cas, de faire appel à une instance de recours. Il pense par ailleurs qu'il est difficile de se baser sur les directives de l'ASSM qui sont en pleine révision. Par ailleurs, concernant la proposition de la députée Verte, il rappelle que M. Beck a souligné que la formulation proposée par le PL incluait déjà ces cas de polypathologies. Il estime qu'il faudrait, le cas échéant, spécifier de quel type de polypathologies on parle. Il relève que, dans un hôpital, les polypathologies peuvent être tout à fait diverses et que l'âge en outre peut aussi être très différent de celui des résidents d'un EMS. Il pense qu'il faudrait alors *a priori* définir un catalogue ce qui lui semble difficile et il estime donc que la formulation donnée dans son amendement est plus simple.

Le député PLR lit les recommandations de l'ASSM datant de 2013 : « La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche ; des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre ; le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin de l'établissement. » Il estime qu'il faut qu'il y ait quand même des personnes qui soient là pour décider si le patient est capable de discernement ou pas. Il observe que le texte du PS contient cela. Il considère que l'on doit absolument décider si le patient est en capacité de discernement ou pas et, s'il y a un doute, demander l'intervention d'une tierce personne.

La députée Verte pense que ce n'est pas au patient de dire qu'il est capable de discernement puisque l'alinéa 2 précise bien les conditions. Elle estime que la proposition du député PLR est mieux. Elle ajoute que M. Beck a certes dit que les polyopathologies étaient déjà comprises dans la formulation initiale mais qu'il ne s'est toutefois pas opposé non plus au rajout de «...*ou des polyopathologies invalidantes et entraînant des souffrances importantes.* ». Elle évoque l'histoire de la personne qui a dû partir par ses propres moyens car ses frères l'ont empêché de se suicider et observe que cela est dramatique. Elle pense que cette loi, en l'état, pourrait continuer à créer ce genre de situation. Elle comprend que certaines personnes entendent que les polyopathologies sont incluses dans la formulation initiale, mais elle estime qu'il faut faire très attention. Elle souligne que si cet amendement n'est pas voté, elle votera quand même le PL.

La députée Socialiste indique que les amendements du député PLR paraissent intelligents aux yeux du PS et qu'ils vont les soutenir. Elle indique enfin qu'ils soutiendront aussi l'amendement de la députée Verte qui précise la loi.

Une députée PLR rappelle que la capacité de discernement est juridiquement présumée et que ce n'est que s'il y a un doute qu'on la vérifie. Elle ajoute que cela est valable au niveau juridique autant dans la santé, que dans le cadre des affaires ou encore des relations avec des établissements. Elle estime que l'alinéa 2 précise en outre de quelle façon, lorsqu'il y a un doute, il faut procéder ; elle pense que c'est un pas de plus vers l'autodétermination du patient.

Un député Socialiste indique que l'une des raisons pour lesquelles ils avaient parlé du médecin répondant était parce que, dans la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, le médecin répondant fait partie de la direction de l'EMS et qu'ils pensaient qu'il s'agissait d'une responsabilité qu'il devait assumer d'une manière ou d'une autre

Le député PLR explique qu'il a adopté la formulation suivante « **Le médecin directement en charge du patient hospitalisé** » car c'est le médecin qui connaît le mieux le patient et que ce n'est pas forcément le directeur médical de l'établissement. Pour les EMS, il explique qu'il a choisi de mettre « **le médecin traitant du résident** » lequel peut en effet très bien être le médecin-répondant, mais que ce n'est pas toujours le cas. Par ailleurs, il explique que, s'il y a une personne qu'il ne connaît pas qui fait une demande de suicide assisté, dans l'EMS pour lequel il est médecin répondant, la demande est portée à l'infirmière-chef, au médecin traitant et au médecin répondant de l'établissement qui s'assure que le médecin traitant n'a pas fait d'opposition, mais que ce n'est pas le médecin-répondant qui va aller vers le

patient pour s'assurer qu'il répond à toutes les conditions. Il pense en outre que cela est redondant par rapport à la personne qui connaît vraiment le patient.

Le député PDC rappelle que, lorsque quelqu'un fait appel à Exit, l'association demande obligatoirement au médecin traitant un rapport médical circonstancié sur les pathologies du patient et qu'on doit répondre sur l'honneur à la question du discernement. Il relève qu'on ne peut donc pas procéder à une assistance au suicide sans qu'il y ait un rapport circonstancié qui soit fourni par le médecin-répondant car Exit ne le ferait pas.

Le député PLR estime que le député PDC a une plus grande expérience en assistance au suicide que lui, mais il rappelle que la première audition d'Exit nous a appris que la capacité de discernement pouvait parfaitement être évaluée par le médecin d'Exit. Il indique par ailleurs qu'il ne connaît pas la législation ou la réglementation à laquelle se réfère le député PDC. Il pense que, si cette réglementation n'est pas formelle, rien n'empêche Exit de demander au médecin traitant d'établir ce document, à l'instar de ce qu'il faut pour des patients qui ne sont pas en EMS ou à l'hôpital. Il ajoute qu'il faut aussi considérer le fait que l'assistance au suicide n'est pas l'apanage d'Exit et qu'un médecin-traitant peut tout à fait faire toute la procédure. Il considère donc qu'il ne faut pas que le médecin traitant établisse un certificat détaillé avec toutes les pathologies destiné à lui-même. Il lui semble donc inutile de mettre ces lourdeurs dans cette loi.

Le député PDC estime qu'on est en train de partir dans des questions juridiques. Il considère qu'on ne doit pas mettre le pied dans ces questions juridiques et qu'en voulant aider les gens, on ne va au fond pas vraiment les aider.

Le président soumet au vote l'introduction de l'alinéa 1 :

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 résident, si les conditions suivantes sont remplies :

Pour : 8 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 3 PLR)

Contre : 4 (1 UDC ; 3 MCG)

Abstentions : 2 (1 PDC ; 1 PLR)

L'introduction de l'alinéa 1 est adopté

Le président soumet au vote la lettre a) de l'amendement du député PLR :

a) Le patient ou le résident :

Pour : 9 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR)

Contre : 5 (1 PDC ; 1 UDC ; 3 MCG)

Abstentions : -

Cet amendement est accepté.

Le président soumet au vote le point 1° du texte de base du PL :

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

Pour : 9 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR)

Contre : 4 (1 UDC ; 3 MCG)

Abstentions : 1 (1 PDC)

Le point 1° est accepté.

Le président soumet au vote le point 2° de l'amendement du député PDC :

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

Pour : 1 (1 PDC)

Contre : 10 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR ; 1 UDC)

Abstentions : 3 (3 MCG)

Cet amendement est refusé.

Le président soumet au vote le point 2° de l'amendement de la députée Verte :

2° souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ou de polyopathologies gravement invalidantes et entraînant des souffrances importantes.

Pour : 5 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve)

Contre : 8 (4 PLR ; 1 UDC ; 3 MCG)

Abstentions : 1 (1 PDC)

Cet amendement est refusé.

Le président soumet au vote le point 2° du texte de base du PL :

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

Pour : 8 (1 EAG ; 3 S ; 4 PLR)

Contre : 4 (1 UDC ; 3 MCG)

Abstentions : 2 (1 Ve ; 1 PDC)

Le point 2° est accepté.

Le président soumet au vote la lettre b) du texte de base du PL :

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

Pour : 9 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR)

Contre : 4 (1 UDC ; 3 MCG)

Abstentions : 1 (1 PDC)

La lettre b est acceptée

Le président soumet au vote l'alinéa 1 dans son ensemble tel qu'amendé :

Pour : 9 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR)

Contre : 5 (1 UDC ; 3 MCG ; 1 PDC)

Abstentions : -

L'alinéa 1 tel qu'amendé est accepté.

Le Président qui avait annoncé un sous-amendement à la proposition d'amendement du député PLR concernant l'alinéa 2 le lit. Ce sous-amendement introduit la notion de la vérification que les conditions de l'alinéa 1 sont remplies :

« Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin traitant du résident en EMS s'assure que les conditions énoncées au chiffre 1 sont remplies. En cas de doute, il sollicite l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements »

Le député PLR souligne que ces amendements sont faits pour qu'il n'y ait pas de mandat obligatoire d'une personne déterminée afin de vérifier et donner son aval à la demande d'assistance au suicide. En effet il estime qu'en procédant ainsi on entre de nouveau dans la problématique où on sollicite l'avis d'une personne déterminée qui, avec sa propre subjectivité, ne va pas forcément réagir dans le sens que le patient désire. Il relève que, si on se trouve

dans un hôpital public où le malade ne peut pas choisir son médecin et que ce dernier a une très forte imprégnation confessionnelle, il va forcément être influencé dans sa manière d'estimer la capacité de discernement du patient ou encore ses maladies ou séquelles d'accidents graves et incurables. Il pense que ce n'est pas dans le sens du désir des auteurs du PL de mettre des freins éventuels à l'accomplissement de la volonté du patient. Il pense que le fait de réserver à l'encadrement médical des personnes la possibilité de sonner l'alarme, lorsqu'ils estiment qu'il y a un doute, sans devoir se prononcer personnellement, va donc plus dans le sens des auteurs du PL.

Le député PDC désire défendre son amendement. Il souligne que le terme de médecin répondant est inadéquat c'est le médecin qui s'occupe du patient qui doit être mentionné car la discussion sur le suicide assisté se fait généralement sur le long terme avec le patient, notamment à travers les directives anticipées, lesquelles sont de plus en plus utilisées par le patient. Il trouve qu'il est malheureux qu'à Genève, dès que quelqu'un va à hôpital, le médecin traitant n'a plus son mot à dire, ce qui n'est pourtant pas le cas dans d'autres cantons. Il estime qu'il faut ici redonner la responsabilité au médecin qui connaît le mieux le patient. Il pense que si l'on fait intervenir des médecins qui connaissent mal le patient, on s'ouvre à des difficultés.

Le président estime que la seule personne qui décide quelque chose est le patient.

Le député PDC précise que, si l'on connaît mal la personne et que l'on décide que la personne est capable de discernement mais que le médecin traitant dit le contraire, alors c'est fichu. Il estime qu'il faut qu'il y ait une décision au début. Il pense qu'on est en train de marcher sur la tête car on n'est pas juristes. Il pense que cela devient n'importe quoi.

Le député PLR se dit étonné d'entendre le député PDC parler des directives anticipées car il estime qu'elles n'ont rien à voir avec le débat sur le PL car l'une des conditions principales pour pouvoir avoir une assistance au suicide est justement la capacité de discernement. Par ailleurs, il explique qu'il désigne les personnes qui ont des responsabilités médicales et qui sont les plus proches du patient qui souhaite une assistance au suicide.

La députée Verte affirme être perplexe. Elle est d'accord avec le député PLR qui rappelle que la capacité de discernement est présumée, mais elle ajoute que, si on vote la phrase telle qu'elle est proposée, il n'est dit nulle part que le médecin autorisé à pratiquer sera sollicité. Elle pense peut-être qu'en votant le sous-amendement du Président on réglerait le problème, même s'il n'est pas idéal d'inscrire une obligation de vérification.

Une députée PLR observe qu'il n'y a pas eu d'examen de la capacité de discernement, dans le cas qui a défrayé la chronique, car le Monsieur en question était chez lui, ce qui a occasionné les recours de la famille. Elle pense que la volonté du député PLR est que, même si l'on est en EMS et très vieux ou à l'hôpital et très malade, on parte du principe que la capacité de discernement est présumée, alors que le député PDC pense, selon elle, que dès qu'on est dans un établissement, il faut absolument un examen préalable. Elle se dit donc partagée par rapport à la proposition du Président qui dit qu'il faut vérifier ces conditions. Elle observe que, pour que l'on se pose la question de savoir si on a un doute, soit on s'est assuré dans l'établissement que la personne est bien capable de discernement, soit c'est parce qu'une personne qui a entendu la volonté du patient s'est adressée au médecin de l'établissement pour dire que la personne ne semble plus vraiment capable de discernement. Elle se demande si les collaborateurs d'Exit pourrait rapporter cela eux-mêmes, lorsqu'ils viennent rendre visite au patient, et si au fond ils pourraient dire qu'ils ne sont pas à l'aise car ils estiment que la personne n'est pas capable de discernement. Elle ajoute qu'elle n'est pas totalement assurée de ce qu'il faut voter. Elle se demande si M^{me} Etienne en tant que juriste du département pourrait éventuellement donner un avis sur le PL, même s'il ne s'agit pas d'un projet du département.

M^{me} Etienne estime qu'il n'est pas facile de se prononcer sur le sujet, mais relève toutefois que la capacité de discernement est présumée ; elle pense donc que c'est seulement lorsqu'on estime qu'il y a un doute qu'il faut poser la question aux bonnes personnes pour savoir si le patient a effectivement sa capacité de discernement ou pas.

Le député PLR souligne qu'il y a déjà eu des assistances au suicide en EMS qui se sont déroulées et qui n'ont pas fait de polémiques. Il relève qu'on rappelle un exemple dramatique, qui ne s'est produit, ni en EMS, ni à l'hôpital, pour rendre systématique l'examen des conditions par un médecin mandaté. Il considère qu'une procédure comme l'assistance au suicide va forcément être connue de la direction. Il pense que, s'il fallait vraiment rajouter une disposition qui permette aux personnes qui seraient en mesure de pouvoir faire valoir ce droit de s'opposer ou remettre en question les conditions, il faudrait alors stipuler que les situations de demandes d'assistance doivent être annoncées à la direction, mais sans que l'on sollicite obligatoirement un médecin qui doit établir un rapport.

La députée Verte n'est pas en accord avec cette nouvelle proposition. Elle se dit en outre également dérangée avec la proposition initiale et pense que l'on pourrait peut-être inverser les mots en mettant : « *en cas de doute* » en tête de la phrase.

Le député PLR est en accord avec cette proposition.

Un député MCG imagine une situation dans laquelle un médecin a commis une erreur d'appréciation sur la capacité de discernement d'un patient qui a recours à Exit. Il se demande donc contre qui est-ce que l'on pourrait se retourner, en termes purement institutionnels. L'EMS ?, Le médecin ? Le département ?

M^{me} Etienne pense qu'une fois que la personne est décédée, il va être difficile de déterminer que la personne n'avait pas sa capacité de discernement.

Le député PLR indique qu'en matière de testament, la contestation de la capacité de discernement d'une personne décédée est régulièrement rapportée devant les tribunaux par une partie de la famille. Il observe que ce sont bel et bien des situations qui arrivent.

Une députée PLR précise qu'un notaire peut être appelé à confirmer la capacité de discernement d'une personne lorsqu'elle signe un acte. Cependant, elle souligne que cela est très difficile et elle indique avoir vécu, au début de sa carrière, un cas où elle a rencontré quelqu'un qui semblait être cohérent, alors que deux semaines plus tard, la personne était totalement incohérente ; elle précise qu'elle a su ensuite que cette personne avait en l'occurrence appris par cœur un texte et qu'ainsi, elle semblait cohérente.

Le président indique qu'on reprend les discussions sur la base des amendements proposés à l'alinéa 2.

Le député PLR résume rapidement son amendement et explique que ce dernier vise à ce que l'on ne fasse pas une analyse systématique de la capacité de discernement et des motivations de la personne demandant l'assistance au suicide, mais que les personnes qui encadrent la personne en EMS ou à l'hôpital puissent, dans un cas douteux, solliciter l'avis d'un autre médecin pour avoir une évaluation de la situation, ou l'avis d'une commission d'évaluation, si une telle commission existe.

Il ajoute que ce qui est sous-jacent à cet amendement est qu'il n'est pas adéquat qu'un médecin soit désigné, de par sa fonction dans un établissement, pour être impliqué obligatoirement dans l'évaluation de la personne qui veut accéder à l'assistance au suicide. Il pense que cela relève de la liberté de la personne qui fait la demande et qui n'a pas à être examinée par quelqu'un qui pourrait avoir un a priori négatif sur la question. Il pense que le système doit donc être plus libéral, à l'instar de ce qui se passe lorsque la personne n'est ni en EMS, ni à en milieu hospitalier. Il ajoute que le corollaire à cela est que, si les personnes qui encadrent le patient remarquent une situation de non-conformité, elles doivent pouvoir saisir une tierce personne ou une commission désignée à cet effet.

Le député PDC indique que, dans l'amendement qu'il a déposé, on met au centre le médecin-répondant de l'EMS et donc que, lorsqu'il y a un doute, c'est à lui d'activer une personne indépendante et solliciter un autre avis. Il pense que c'est plus simplement écrit et plus clair que ce que propose le député PLR. Il ajoute que les soignants de l'EMS vont certainement alerter le médecin-répondant, s'il y a un doute, et que ce sera alors ce médecin-répondant qui sera chargé de coordonner la réponse à donner.

La députée Socialiste pense qu'à ce stade, si on ne vote pas la proposition du député PLR à l'alinéa 2, on ne sera pas très cohérent par rapport à ce qui a été voté à l'alinéa 1. Elle indique qu'ils vont donc soutenir l'amendement du député PLR.

Le député PDC comprend bien cet argument et annonce qu'il retire l'ensemble de son amendement pour cet article.

Le président indique qu'il retire également son sous-amendement à l'amendement du député PLR.

Le président soumet au vote l'amendement du député PLR pour l'alinéa 2 :

2 Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin-traitant du résident en EMS peut, en cas de doute sur les conditions énoncées au chiffre 1, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements. Les mêmes prérogatives peuvent aussi être exercées par le médecin responsable de l'établissement.

Pour : 11 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR ; 2 UDC)

Contre : -

Abstentions : 4 (1 PDC ; 3 MCG)

L'amendement concernant l'alinéa 2 est adopté.

Le député PLR indique que, pour l'alinéa 3, il reprend dans une autre formulation ce qui était dans le chiffre 3 du PL de base, à savoir accorder un délai raisonnable pour la personne qui est mandatée pour évaluer la situation. Il souligne qu'il a ajouté « le cas échéant » car il ne s'agit pas d'une évaluation systématique. Il précise qu'il a en outre voulu souligner que les frais sont à la charge du patient car il observe que la tarification de la LAMal pour ce cas n'est pas applicable.

La députée Socialiste estime que l'amendement reste cohérent par rapport aux dispositions déjà votées et ajoute que la question des frais ne pose pas de

problèmes particuliers, pour autant que ces frais ne deviennent pas exorbitants pour le patient. Elle indique qu'ils soutiendront donc cet amendement.

La députée Verte indique ne pas être très emballée par le fait de mentionner ici la question des frais. Elle estime que la personne va ainsi payer quelque chose qu'elle n'a pas demandé car ce n'est évidemment pas elle qui met en doute sa propre capacité de discernement et que ce n'est donc pas elle qui décide d'une évaluation supplémentaire. Elle se demande en outre ce qui se passe si la personne n'a pas les moyens d'assumer ces frais.

La députée EAG trouve un peu choquant le fait de demander ces frais à la personne qui demande une assistance au suicide et qui est donc dans une situation de fin de vie ; elle estime que l'Etat doit pouvoir assumer ces frais car il n'y a pas de nombreuses assistances au suicide chaque année, même si, dans l'idéal, ce serait à l'assurance d'assumer ces coûts. Elle considère donc que cette disposition ne doit pas figurer ici.

Le député PLR se dit sensible aux propos évoqués et indique qu'il ne trouvait lui-même pas de formulation idéale. Il propose : « **Les éventuels frais inhérents à ce mandat sont réglés par voie réglementaire.** » Il observe que le règlement d'application pourrait prévoir ces frais, dans le cas où la personne est complètement démunie à charge de l'Etat, en fixant des montants modestes.

M. Poggia estime que, si l'on fait une loi avec une procédure, on ne peut pas faire une différence entre les riches et les pauvres et donc que l'on ne peut pas mettre « à charge du patient ou du résident » dans la loi. Il relève que cela exclut de fait les personnes qui n'en ont pas les moyens. Il pense qu'il vaut mieux ne rien mettre.

Le député PLR retire la dernière phrase de son amendement.

Le président soumet au vote l'amendement du député PLR pour l'alinéa 3 :

3 Cas échéant, le médecin mandaté, ou la commission d'évaluation, 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.

Pour : 11 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR ; 2 UDC)

Contre : -

Abstentions : 3 (1 PDC ; 2 MCG)

L'amendement concernant l'alinéa 3 est accepté.

Concernant l'alinéa 4, la députée Socialiste relève que c'est à la fois la pratique des HUG et également ce qui figure dans leur procédure. Elle indique que l'idée est de dire que la situation est quand même différente entre un EMS et un hôpital ou une clinique car, même si l'on n'y réside parfois longtemps, c'est

quand même de manière provisoire. Elle pense qu'il vaut donc la peine de le mentionner. Elle relève que cela ancre ainsi la pratique des HUG dans la loi.

Le président soumet au vote l'alinéa 4 :

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.

Pour : 11 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR ; 2 UDC)

Contre : -

Abstentions : 4 (1 PDC ; 3 MCG)

L'alinéa 4 est adopté

En ce qui concerne l'alinéa 5 le député PLR indique que la formulation, dans le texte d'origine du PL, pose selon lui problème car l'on dit que « les médecins traitants ne peuvent participer... », alors que le médecin traitant participe souvent de manière volontaire à cette mise en œuvre d'assistance au suicide. Il préfère que l'on mette « **ne peuvent être contraints** » pour respecter le choix du médecin. Il ajoute en outre que la première partie de son amendement vise à mieux définir les personnes concernées.

La députée Socialiste pense que cet amendement rend l'alinéa 5 plus souple et permet davantage que le texte initial. Elle ajoute qu'ils avaient pris le parti, dans l'idée de bien séparer les rôles de soins et d'assistance au suicide, de dire qu'aucun médecin ou personnel de soins ne pouvait participer à titre professionnel à une assistance au suicide. Elle considère donc que la formulation du député PLR est un peu plus large et souligne qu'elle leur convient, le plus important étant qu'il ne puisse pas y avoir de contraintes, notamment par rapport à la fonction professionnelle.

Le président soumet au vote l'amendement du député PLR pour l'alinéa 5 :

5 Le personnel des établissements et les médecins (médecin directement en charge du patient, médecin responsable hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant de l'EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide.

Pour : 11 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR ; 2 UDC)

Contre : -

Abstentions : 4 (1 PDC ; 3 MCG)

L'amendement concernant l'alinéa 5 est adopté.

Le député PLR indique ensuite que le fait de biffer l'alinéa 6 vise à nouveau à ne pas spécifier une personne qui participe nommément au processus d'assistance au suicide, de par sa fonction. Il ajoute qu'il n'est selon lui pas nécessaire de s'assurer que la potion utilisée est soumise à une prescription médicale car la procédure générale, de toute façon, règle cette question.

Un député Socialiste propose de préciser la règle de la manière suivante : **« La mise en œuvre de l'assistance au suicide est effectuée par un moyen soumis à prescription médicale. »** Il pense que cette mention n'est pas quelque chose de superflu dans un cadre légal. Il ajoute que l'on offre ainsi des garanties à la personne sur le fait que sa volonté est respectée.

Le président soumet au vote l'amendement proposé pour l'alinéa 6 :

6 Le moyen employé pour la mise en œuvre de l'assistance au suicide est soumis à prescription médicale.

Pour : 7 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 2 PLR)

Contre : -

Abstentions : 8 (1 PDC ; 2 PLR ; 2 UDC ; 3 MCG)

L'amendement concernant l'alinéa 6 est accepté.

Concernant l'alinéa 7 un député MCG pense que le fait de préciser une consultation pour la mise en œuvre vise peut-être à créer un règlement. Il pense donc que les partenaires concernés ne sont pas seulement les milieux hospitaliers et les EMS, mais aussi les représentants des religions et des associations comme Exit.

La députée Socialiste explique que l'idée n'est pas que le département doive recommencer tout le travail de base, mais qu'il s'approprie les réflexions des praticiens du terrain, à savoir celles des hôpitaux, des EMS, des associations de médecins, des associations de patients et des associations pour l'assistance au suicide. Elle observe qu'il y a des éléments très subtils dans la mise en œuvre concrète et elle pense que cela peut donc être utile. Elle indique enfin que le PS croit aux bienfaits de la consultation avant d'édicter un règlement.

Le président soumet au vote l'alinéa 7 :

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

Pour : 11 (1 EAG ; 3 S ; 1 Ve ; 4 PLR ; 2 UDC)

Contre : -

Abstentions : 4 (1 PDC ; 3 MCG)

L'alinéa 7 est accepté

Un député PLR présente un nouvel amendement dont le contenu est le suivant :

Art. 12 A Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide

¹ Il est institué une commission chargée de surveiller la pratique de l'assistance au suicide (ci-après : la commission).

² En sa qualité de commission officielle, la commission est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat. Elle est rattachée administrativement au département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé.

³ Le Conseil d'Etat nomme les membres de la commission, lui attribue les ressources nécessaires à l'accomplissement de sa tâche et fixe ses règles de fonctionnement par voie réglementaire.

⁴ La commission exerce en toute indépendance les compétences que le présent article lui confère.

⁵ Les membres de la commission, y compris le personnel auxiliaire, sont soumis au secret professionnel au sens de l'article 321 du code pénal suisse.

⁶ La commission est composée de 5 membres soit un médecin du Centre universitaire romand de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé, un spécialiste de bioéthique, un avocat et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

⁷ Les membres de la commission sont nommés par le Conseil d'Etat. Il est procédé à la désignation d'un suppléant pour chacun d'eux.

⁸ La commission peut être saisie par toute personne qui, connaissant l'existence d'un projet d'assistance au suicide, aurait des raisons sérieuses de penser que la personne suicidante est sous influence et n'est donc pas libre d'exprimer ses doutes, cas échéant de changer son projet de suicide.

⁹ L'anonymat de la personne qui signale le cas est garanti.

¹⁰ Si la personne qui signale le cas à la commission doit, ce faisant, passer outre le respect du secret de fonction et ou du secret médical, elle n'est pas punissable de ce fait.

¹¹ Le secret médical ou le secret de fonction ne sont pas opposables à la commission.

¹² Dans les cas qui le justifie, la commission alerte immédiatement le Ministère public.

En ce qui concerne ce nouvel amendement le député PLR relève que les débats tenus sur l'assistance au suicide ont suscité de vives réactions au sein

de la population et il ajoute que l'on a encore été alerté récemment sur des situations dans lesquelles des personnes, bien que capables de discernement, pouvaient être influencées, en particulier par des membres de leur famille qui ne sont pas forcément désintéressées à voir leurs parents disparaître, notamment pour des questions économiques. Il souligne qu'il leur a donc apparu utile qu'il y ait une commission de surveillance officielle qui puisse examiner les situations de suspicion d'influences qui lui seraient soumises. Il explique que le PLR propose donc un amendement qui prendrait place dans cette loi sur la santé, sous le chiffre Art. 12A.

Un député Socialiste se dit très gêné par cet amendement car son groupe considérerait jusqu'alors qu'il s'agissait en quelque sorte du deuxième avis de la commission alors qu'ici, on donne une compétence décisionnelle, avec une commission qui statue sur des demandes avec des voies de droit. Il pense qu'on peut, par ces mécanismes, mettre en échec tout le dispositif. Il relève qu'un médecin qui a un doute, soit il va voir la commission, soit il va demander un deuxième avis. Il considère qu'ici, le choix de la commission sera néanmoins imposé et ne sera donc pas un deuxième avis, mais une décision imposée.

Le député PLR fait remarquer que, dans le texte du projet de loi qu'on vient de débattre, on donne une possibilité au personnel soignant de saisir une commission d'évaluation interne si elle existe pour mandater un médecin tiers. Il relève que dans sa proposition on va à un autre niveau puisque la commission peut être saisie par toute personne qui connaît l'existence d'un projet d'assistance au suicide. Il explique que ce n'est pas pour mettre de bâton dans les roues d'une personne qui veut demander l'assistance au suicide, mais pour qu'il y ait un moyen, pour les personnes qui connaissent la situation, d'avoir une instance de recours qui ne soit pas un tribunal. Il ajoute que, dans la situation des deux frères qui voulaient empêcher le suicide de leur frère, ces derniers ont dû saisir la justice et il pense qu'une telle commission serait un moyen plus adapté pour se prononcer dans ces situations. Il observe que ce sont des situations qui existent et qu'actuellement, rien n'est prévu pour pouvoir alerter une instance qui ne soit pas juridique dans des cas pareils.

Le député PDC relève qu'on est en train d'entrer dans des cas particuliers et qu'on enlève toute substance à ce PL. Il ajoute que cela veut dire que, si on institue une telle commission, on entre dans des périodes d'incertitudes qui sont très longues et dans des complications juridiques énormes, justement ce qu'on voulait éviter. Il relève qu'on laisse maintenant à d'autres personnes la possibilité de s'opposer à une décision qui a été prise, s'il y a des doutes. Il observe qu'il existe pour cela des voies juridiques. Il pense que les gens qui sont au courant peuvent tout à fait alerter par les voies juridiques, sans qu'on doive compliquer ce PL. Il relève en outre qu'avec une telle commission, on

entrerait, pour certains cas, dans des semaines et des semaines d'incertitude, avec toutes les voies de recours possibles.

La députée Socialiste souligne avoir les mêmes interrogations que le député PDC, même si elle n'arrive pas aux mêmes conclusions que lui. Elle indique qu'elle pensait au départ qu'il s'agissait de la commission mentionnée dans l'alinéa 2 ; elle se rend compte qu'il ne s'agit en fait pas de la même chose, mais d'une commission beaucoup plus large qui ne se retrouve pas du tout dans l'Art. 39A. Elle a l'impression que tout ce que l'on a mis sur pied jusqu'à présent ne servirait alors à rien, si une telle commission devait être instituée. Elle observe que l'on a mis en place une sonnette d'alarme relativement souple, mais que l'on sort ici la très lourde artillerie, ce qui l'étonne beaucoup car elle sait que le PLR a toujours détesté les commissions officielles. Elle observe que cette commission déciderait de tout et que ce serait une sorte de supra-organe complètement incompatible, selon elle, avec tout ce qu'on vient de voter. Elle ne comprend donc pas cette proposition.

La députée Verte indique qu'elle partage tous les doutes qui ont été mentionnés. Elle relève qu'actuellement on n'a pas de loi, mais on n'a rien non plus qui interdit l'assistance au suicide. Elle souligne qu'on est en train de mettre en place une loi pour permettre à chaque personne de décider de faire appel à une association qui va l'aider à se suicider. Elle estime que, si dans le PL on met cet amendement-là, on va durcir encore plus la réalité ; elle ne comprend donc pas le but de cet amendement, si ce n'est de tout détruire. Elle observe que n'importe qui peut saisir cette commission et estime que cela est aberrant. Elle ajoute qu'on peut imaginer qu'une personne, qui est par principe contre le suicide, pourrait tout à fait saisir cette commission à chaque fois qu'elle a connaissance d'un cas d'assistance au suicide. Elle comprend bien l'argument des personnes sous influence et elle pense qu'on pourrait éventuellement mettre, dans les conditions de l'article 39A, que « **la personne ne soit pas sous influence** ». Elle ajoute que, si le médecin prétend que quelqu'un a un doute, alors c'est à lui de saisir le tribunal. Elle pense que cet amendement empire la réalité et donc, que si cet amendement est voté, il vaut mieux alors refuser le PL si on veut soutenir le suicide assisté.

La députée EAG se dit aussi étonnée par cet amendement et estime qu'il ne s'agit pas de la même problématique que le PL 11870 qui veut garantir le suicide assisté aux personnes qui sont en milieu hospitalier ou en EMS.

Un député MCG indique que cet amendement ne va pas convaincre le MCG de voter le PL, malgré les améliorations apportées à la première mouture du PL. Il ajoute qu'ils vont donc refuser à la fois l'amendement et le PL.

Le président indique que le PL s'adresse aux personnes qui sont en établissement et que toutes les autres personnes échappent donc à toute considération d'organisation ou de cadrage. Il indique que la question qui est venue sur la base de l'évolution des pratiques d'Exit, qui consiste aussi à reconnaître que les personnes qui sont atteintes de maladies invalidantes, mais pas forcément graves et incurables à court terme sont concernées, était de déterminer qui sont ces personnes. Il souligne qu'il s'agit de personnes âgées, fragiles, polymorbides, certainement capables de se déterminer par leur choix, mais aussi potentiellement sous influence. Il leur est venu la conviction que l'on ne pouvait pas légiférer à Genève sur un thème aussi majeur que l'assistance au suicide pour les personnes en fin de vie, sans se préoccuper plus généralement de l'ensemble des personnes concernées par la question. Il souligne que l'idée d'avoir une autorité supérieure de recours n'est pas un passage obligé pour toute assistance au suicide, mais plutôt une bouée de secours auprès de laquelle toute personne pourrait s'adresser pour informer d'une situation de péril d'une personne sous influence, sachant que ces derniers moments de la vie, notamment la possibilité d'exprimer ces doutes, doivent pouvoir être respectés. Il pense que l'on est peut-être dans un autre PL en termes de rédaction, mais pas en dehors de la problématique. Il ajoute qu'ils ont eu une longue discussion avec M^{me} Samia Hurst lorsqu'ils ont réfléchi à cet amendement et qu'elle a affirmé qu'ils étaient avec cela au cœur du problème. Il indique être d'accord avec le PL voté, mais pense que cet amendement propose quelque chose d'indispensable si l'on veut légiférer sur le suicide assisté à Genève, même si l'on peut peut-être trouver des formulations qui soient un peu moins lourdes. Il indique qu'ils sont convaincus que leur proposition ne doit pas figurer dans l'article 39A car celui-ci est limité et qu'ils estiment qu'il existe déjà la possibilité pour les personnes se trouvant dans ces établissements d'être écoutées et entendues. Il souligne que le but n'est ni dilatoire, ni de faire échouer la loi, mais d'inviter la commission à considérer aussi les personnes potentiellement sous influence à domicile, lesquelles sont les plus nombreuses à demander une assistance au suicide et pour lesquelles la situation actuelle, selon lui, est une véritable boîte noire.

Un député Socialiste pense qu'on doit en tout cas éviter les décisions administratives. Il pense que le cadre que l'on doit assurer pour la personne relève du cadre pénal et il estime que le fait qu'il y ait une commission de surveillance qui soit instituée, qui puisse se pencher, par autosaisie, sur une situation donnée, et, si elle estime qu'il y a un problème, dénoncer immédiatement le cas au procureur, permettrait peut-être de gagner du temps. Il considère toutefois qu'on ne peut pas instituer une commission qui pourrait être saisie par tout un chacun. Il ajoute que le fonctionnement de la juridiction

administrative est fait de structures très lourdes et il ajoute que le Ministère public sait comment intervenir lorsque la vie de personnes est menacée. Il estime qu'il faudrait biffer la possibilité de statuer sur les demandes et prévoir une possibilité de dénonciation. Il pense que cela permettrait d'avoir la garantie que le PLR souhaite et d'avoir aussi une dimension de surveillance. Il indique qu'il ne sait pas s'il faut contraindre toute assistance au suicide à informer l'autorité de surveillance, mais il considère qu'il ne faut en tout cas pas de décisions administratives.

Le président indique que toute formulation qui permettrait d'éviter d'alourdir les procédures et de perdre du temps est souhaitable. Il observe qu'à l'heure actuelle, toutes les situations d'accompagnement au suicide sont signalées par anticipation au Procureur Général. Il ajoute que, si on devait demain imaginer une commission qui reçoive aussi l'information, cela n'alourdirait pas la procédure.

Le député Socialiste rappelle que s'il y a décision administrative, il peut y avoir recours. Il relève que, s'il y a recours, il y aura une instruction large qui laisse une grande place à la consultation, ce qui est selon lui problématique lorsqu'on parle d'assistance au suicide. Il ajoute que la protection la plus efficace qu'on peut garantir à une personne qui voudrait se suicider est celle du ministère public, qui peut séance tenante intervenir et, le cas échéant, bloquer le processus. Il pense qu'il faut donc pouvoir permettre au MP d'agir très rapidement, peut-être grâce à une commission de surveillance composée de 4 experts. Il observe par ailleurs que cela rejoint la préoccupation des auteurs du PL. Il ajoute enfin qu'au vu des enjeux de ces questions, il ne lui semble pas opportun de discuter de la formulation exacte de l'amendement sur le siège.

Une députée PLR indique que le souci n'est pas de revenir sur les principes qui ont été acceptés, mais qu'il y ait une commission qui soit instituée et connue de tous, afin que des tiers puissent s'exprimer, lorsqu'ils auraient des doutes sur la validité de la décision de la personne et sur le fait que cette dernière n'est peut-être plus en accord avec la décision, au moment où l'assistance au suicide doit arriver. Elle ajoute que les doutes doivent, selon elle, pouvoir être exprimés à tout moment. Elle pense qu'il n'y a pas cette possibilité aujourd'hui, et que les personnes n'ont pas forcément l'idée d'aller elles-mêmes vers le procureur général et qu'on peut donc se retrouver dans des situations compliquées.

La députée EAG comprend bien les arguments avancés, mais considère que cela doit être un autre PL car, dans le cas contraire, cela bloquerait tout ce qui a été débattu jusqu'ici dans le cadre du PL 11870.

Le député PLR comprend bien cela mais regrette qu'on n'ait pas discuté en amont de ce qui était sous-jacent à ce PL. Il relève qu'on va pour la première fois fixer dans la loi des règles d'obligation pour certains établissements d'accepter des assistances au suicide. Il ajoute qu'ils sont convaincus que ce PL est un bon PL, mais qu'ils voudraient s'affranchir de ce risque. Il pense par ailleurs qu'il faudrait attendre une nouvelle formulation moins lourde de la part du député Socialiste, si celui-ci est d'accord de rédiger un autre amendement ou un sous-amendement pour que cela soit inclus dans le PL.

Le député Socialiste est en accord avec cette proposition. Il demande si, dans le cas où l'on trouvait une formulation satisfaisante pour cet amendement, le PLR serait alors d'accord de voter le PL.

Le président lui répond par l'affirmative.

Le président ajoute que l'esprit de l'amendement consiste à dire que le PL initial va essentiellement dans le sens de cadrer l'assistance au suicide dans les EMS. Ce que cet amendement apporte de plus, est de rappeler que puisque l'assistance au suicide peut concerner des personnes fragiles et potentiellement sous influence, il est bénéfique qu'elles puissent bénéficier d'une surveillance et d'une bouée de secours, raison pour laquelle une commission de recours serait saisie si quelqu'un de l'entourage a le sentiment que la personne n'est pas vraiment libre d'exprimer sa volonté de commettre un suicide.

Il souligne que deux députés Socialiste ont rejoint les préoccupations du PLR et ont formulé un nouvel amendement : la reformulation de l'amendement vise le même objectif mais simplifie les choses en supprimant l'instauration d'une commission officielle mais en donnant la possibilité à la commission de surveillance de saisir le ministère public, raison pour laquelle l'amendement PLR sera retiré.

Il ouvre la discussion sur l'amendement, présenté par les deux députés socialiste dont la teneur est la suivante :

Art. 12A Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide

¹ Il est institué une commission chargée de surveiller la pratique de l'assistance au suicide (ci-après : la commission).

² En sa qualité de commission officielle, la commission est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat. Elle est rattachée administrativement au département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé.

³ Le Conseil d'Etat nomme les membres de la commission, lui attribue les ressources nécessaires à l'accomplissement de sa tâche et fixe ses règles de fonctionnement par voie réglementaire.

4 La commission exerce en toute indépendance les compétences que le présent article lui confère.

5 Les membres de la commission, y compris le personnel auxiliaire, sont soumis au secret professionnel au sens de l'article 321 du code pénal suisse.

6 La commission est composée de 5 membres soit un médecin du Centre universitaire romand de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé, un spécialiste de bioéthique, un avocat et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

7 Les membres de la commission sont nommés par le Conseil d'Etat. Il est procédé à la désignation d'un suppléant pour chacun d'eux.

8 La commission peut être saisie par toute personne qui, connaissant l'existence d'un projet d'assistance au suicide, aurait des raisons sérieuses de penser que la personne suicidante est sous influence et n'est donc pas libre d'exprimer ses doutes, cas échéant de changer son projet de suicide.

9 L'anonymat de la personne qui signale le cas est garanti.

10 Si la personne qui signale le cas à la commission doit, ce faisant, passer outre le respect du secret de fonction et ou du secret médical, elle n'est pas punissable de ce fait.

11 Le secret médical ou le secret de fonction ne sont pas opposables à la commission.

12 Dans les cas qui le justifient, la commission alerte immédiatement le Ministère public.

Le député PLR salue l'amendement proposé qui va dans le même sens que son intention première, mais est formulé de manière peut-être plus habile que les préoccupations émises dans le premier amendement. Il rappelle qu'une telle commission ne doit pas négliger la question fondamentale de la capacité de discernement : si une personne dans l'entourage a un sérieux doute, elle doit de la même manière que si elle pense qu'il y a influence, pouvoir saisir la commission. Il propose le sous-amendement suivant à l'art. 12A al. 8 :

8 La commission peut être saisie par toute personne qui, connaissant l'existence d'un projet d'assistance au suicide, aurait des raisons sérieuses de penser que la personne suicidante est sous influence **ou incapable de discernement** et n'est donc pas libre d'exprimer ses doutes, cas échéant de changer son projet de suicide.

La députée Socialiste précise que le sous-amendement rédigé par le député Socialiste et elle-même est devenu un amendement puisque l'amendement initial a été retiré. Elle explique avoir repris l'idée fondamentale du PLR et l'avoir reformulée dans un souci de consensus. Elle indique que l'idée était de renoncer à la notion de décision administrative, qui ne semble pas être le bon outil au regard du délai de traitement et d'encombrement des juridictions. Elle ajoute qu'un autre élément pris en compte était de réorganiser et supprimer la notion de décision administrative et l'ajout d'un avocat devant siéger dans la commission de surveillance des professions de la santé. Elle avertit enfin que la norme pénale est simple dans la lettre mais moins dans son application.

Elle précise que l'al. 11 a été ajouté : il concerne le fonctionnement d'une telle commission et l'impossibilité que le secret médical et de fonction ne soit opposé à cette commission. La commission doit pouvoir poser n'importe quelle question à l'un des médecins ou à l'équipe soignante sans se faire opposer le secret médical. À l'objection que certaines personnes favorables à l'assistance au suicide pourraient formuler, consistant à dire qu'une telle commission rend l'assistance pratiquement impossible, elle répond avoir cherché la simplicité avec une commission efficace et des compétences particulières et un ministère public qui rédigerait rapidement une ordonnance pénale renvoyée au TPAE. Elle explique que le but de l'amendement est aussi de rassurer les personnes sceptiques et qui craignent les mobiles égoïstes voire intéressés de certains en instituant la commission comme recours rapide, de manière à voir si les choses sont bien faites et sans influence intempestive. Elle conclut en exprimant qu'elle ne voit pas d'inconvénient à la proposition de sous-amendement du député PLR, estimant que la question de l'influence ou pas n'est pas forcément évidente et la question de la capacité de discernement peut l'être également. Elle espère enfin qu'une telle rédaction permette un consensus large pour que l'assistance puisse se produire lorsque souhaitée et ne puisse pas avoir lieu en cas de problème.

Un député MCG regrette que dans le cas d'un différend au sein de la famille, ce soit finalement le Conseil d'Etat qui doit prendre la décision, car la commission lui est administrativement rattachée. Il invite à ajouter des cautèles pour que la commission puisse se déterminer à l'unanimité sur les cas pour éviter de donner toute l'autorité au Conseil d'Etat d'autoriser son choix sur l'assistance au suicide.

La députée Socialiste réfute l'idée que le Conseil d'Etat doit prendre lui-même la décision, car elle souligne que la commission lui est simplement rattachée quant à son fonctionnement, comme toute commission officielle, ce qui n'a rien à voir avec la prise de décision en elle-même. Elle attire l'attention sur le fait que le changement de titre n'est pas de la cosmétique : la commission

ne rend pas de décision, elle ne statue pas. En cas de problème, elle alerte simplement le MP car ni la commission ni le Conseil d'Etat n'auront les moyens de vérifier. Elle indique que le MP doit actuellement aussi intervenir en cas de doute quant à un éventuel mobile égoïste. Elle ajoute que ce n'est pas le travail de cette commission qui en cas de saisine, prend simplement connaissance du dossier avant d'éventuellement passer le relais au MP. Par ailleurs, elle souligne que la commission peut instruire sans secret médical. Enfin, elle rappelle que la différence importante d'avec l'amendement de base est que ce n'est pas une autorité de recours.

M. Poggia annonce que le département ne reviendra pas sur sa position, estimant que la situation actuelle fonctionne bien et que le fait de judiciariser une problématique sociale met des entraves supplémentaires à l'exercice d'une liberté pourtant accordée par la loi. Il regrette l'entrée en matière de la commission et constate des redondances à cette modification de l'art. 12A aux al. 3 et 7 qui tous les deux prévoient que le Conseil d'Etat nomme les membres de la commission.

Il constate aussi des imprécisions, lorsque l'al. 9 prévoit de protéger l'anonymat des personnes, alors que c'est bien l'importance de conserver la confidentialité sur l'identité de la personne qui doit être prévue.

Il pense que le PL va compliquer les choses, puisque n'importe qui pourra s'adresser à la commission en cas de suspicion de mobiles égoïstes. La commission va alors s'adresser à l'association mandatée en exposant être saisie et en demandant de ne pas donner le produit létal. La personne dénonciatrice va être entendue, puis celle qui veut se suicider pour évaluer sa capacité de discernement. Il indique que le médecin va ensuite être entendu mais nul ne pourra l'obliger à parler, même s'il est délié du secret médical. À la fin une décision sera rendue, constatant par exemple que la personne n'est pas capable d'exprimer sa volonté et posant la question de savoir que faire.

Il dit la difficulté que cela pose pour la personne qui voulait se suicider et qui sera confrontée à une décision qui n'en est pas une, au surplus exprimée par courrier au MP. Ensuite, la personne sera convoquée au MP qui investiguera sur les raisons de son choix. Il conclut que cet amendement produit une structure imposante qui n'aide pas les gens désireux de se suicider, alors que le droit pénal est pourtant clair : assister quelqu'un dans sa démarche de suicide pour d'autres motifs qu'altruistes est pénalement répréhensible. Il rappelle que le MP doit prendre les mesures conformes au CPP pour éviter la commission d'une infraction. Il estime enfin que si le PL est discutable, l'amendement l'est encore plus.

La députée Socialiste répond vouloir tenir compte des remarques de M. Poggia et propose le sous-amendement suivant, à savoir modifier l'al. 3 et biffer l'al. 7 :

³ *Le Conseil d'Etat nomme les membres de la commission ainsi que des suppléants, lui attribue les ressources nécessaires à l'accomplissement de sa tâche et fixe ses règles de fonctionnement par voie réglementaire.*

~~⁷ Les membres de la commission sont nommés par le Conseil d'Etat. Il est procédé à la désignation d'un suppléant pour chacun d'eux.~~

M. Poggia propose les sous-amendements suivants :

² *En sa qualité de commission officielle, la commission est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat. Elle est rattachée administrativement au département ~~de l'emploi, des affaires sociales et de la santé~~ chargé de la santé.*

⁹ ~~L'anonymat de la personne qui signale le cas est garanti. L'identité de la personne qui signale le cas reste confidentiel. Toute personne qui renseigne la commission en passant outre un secret de fonction ou un secret professionnel n'est pas punissable.~~

¹⁰ ~~Si la personne qui signale le cas à la commission doit, ce faisant, passer outre le respect du secret de fonction et ou du secret médical, elle n'est pas punissable de ce fait.~~

¹¹ ~~Le secret médical ou le secret de fonction ne sont pas opposables à la commission.~~

Le Président relit l'art. 12A incluant les sous-amendements :

Art. 12A Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide

¹ *Il est institué une commission chargée de surveiller la pratique de l'assistance au suicide (ci-après : la commission).*

² *En sa qualité de commission officielle, la commission est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat. Elle est rattachée administrativement au département chargé de la santé.*

³ *Le Conseil d'Etat nomme les membres de la commission ainsi que des suppléants, lui attribue les ressources nécessaires à l'accomplissement de sa tâche et fixe ses règles de fonctionnement par voie réglementaire.*

⁴ *La commission exerce en toute indépendance les compétences que le présent article lui confère.*

⁵ Les membres de la commission, y compris le personnel auxiliaire, sont soumis au secret professionnel au sens de l'article 321 du code pénal suisse.

⁶ La commission est composée de 5 membres soit un médecin du Centre universitaire romand de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé, un spécialiste de bioéthique, un avocat et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

⁷ La commission peut être saisie par toute personne qui, connaissant l'existence d'un projet d'assistance au suicide, aurait des raisons sérieuses de penser que la personne suicidante est sous influence ou incapable de discernement et n'est donc pas libre d'exprimer ses doutes, cas échéant de changer son projet de suicide.

⁸ L'identité de la personne qui signale le cas reste confidentielle. Toute personne qui renseigne la commission en passant outre un secret de fonction ou un secret professionnel n'est pas punissable.

⁹ Dans les cas qui le justifient, la commission alerte immédiatement le Ministère public.

Le Président remercie le Conseiller d'Etat d'avoir été un invité actif.

Il met aux voix l'art. 12A tel qu'amendé collectivement :

Pour : 8 (1 EAG, 3 S, 4 PLR)

Contre : 4 (1 V, 2 UDC, 3 MCG)

Abst.: 1 (1 PDC)

L'art. 12A est accepté.

Le Président met aux voix le dernier article du PL :

Art. 2: Entrée en vigueur

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

L'art. 2 est accepté

8. Prise de position des groupes et vote final

Le député PDC annonce que son groupe s'oppose au PL. Il explique que le groupe avait accepté d'en rediscuter en commission car il avait été dit qu'il y avait des cas problématiques au sein des HUG, mais il constate que ces

problèmes ne se sont pas avérés. Il rejoint l'avis du Conseil d'Etat, soulignant que cette structure compliquée risque de poser des problèmes pour les gens qui veulent exercer la liberté de se suicider et qui n'auront plus que deux possibilités : soit ils seront à la maison et donc pas soumis au PL, soit à l'EMS et soumis au PL. Il s'oppose au fait d'entrer dans des discussions juridiques, estimant que c'est la porte ouverte à des exagérations et des prises de position devant le tribunal, au détriment de la personne qui veut s'en aller dignement. Il refuse ce PL qui ne sert strictement à rien à part de faire souffrir les personnes concernées.

Un député MCG considère que le PL est une usine à gaz, face à des situations qui devraient rester au niveau familial et d'une décision qui engage la personne qui en fait le choix. Il indique que le PL a été déposé au motif de dysfonctionnements au sein des HUG. Or, il estime que la réalité des dysfonctionnements au sein des HUG n'a pas été démontrée. Il souligne que le système actuel fonctionne très bien et est apprécié de ceux qui en font la demande. Il annonce que le groupe MCG refuse ce PL inutile qui rend plus compliquée l'accession à l'aide au suicide et apporte un élément juridique au sein de la famille qui donne matière à des suites pénales, des dénonciations. Il termine en indiquant que le MCG annonce déjà un rapport de minorité et refuse le PL.

Un député UDC annonce que son groupe ne soutient pas ce PL et indique que c'est la troisième fois qu'il assiste au même débat depuis 2008 à la constituante et qu'à chaque fois il estime préférable de ne pas légiférer. Il constate que les interventions et demandes d'Exit sont en constante augmentation, avec une pression politique importante et une situation financière contestable. Il comprend qu'Exit prend des cotisations annuelles et dans le même temps emploie des bénévoles, exercice qui n'est pas dénué d'intérêt financier et qui laisse de glace. En conclusion, il préfère ne pas légiférer en la matière et ne soutiendra pas le PL.

Le député PLR affirme que son groupe était au départ opposé au PL pour les raisons évoquées par le député UDC. C'était une position qui n'était pas motivée par l'opposition au droit de se suicider. Mais lorsque le PL est arrivé en plénière, la commission a été alertée par plusieurs courriers d'Exit sur des situations qui se sont produites aux HUG, et le groupe s'est rendu compte que les HUG n'avaient pas été auditionnés dans l'examen du PL, raison pour laquelle il a demandé le renvoi du PL en commission. Il expose que les HUG ont rassuré, sauf que la FEGEMS est venue faire entendre qu'il y avait des disparités entre les attitudes des différents EMS, ce qui pose un grave problème. Il dit avoir pris conscience que les droits des patients n'étaient pas les mêmes suivant leur lieu de résidence, raison motivant l'entrée en matière

sur le PL. Le PLR est finalement arrivé au dernier amendement, motivé par l'idée d'essayer de juguler l'enthousiasme de certains pour des assistances au suicide qui ne paraissent pas exempt de liens d'intérêt. Il conclut en indiquant que le groupe PLR votera le PL, tout en étant conscient qu'au caucus du groupe, les avis restent partagés, la position annoncée correspond donc à celle du groupe autour de la table et pas du groupe entier.

La députée Verte annonce être favorable au droit de chacun de choisir de se suicider dignement. Elle évoque aussi la crainte initiale que le PL soit contre-productif, mais constate que les amendements effectués sur la proposition initiale vont dans le bon sens. Elle veut entendre les gens du terrain qui estiment que ce PL est essentiel. Par ailleurs elle estime que la FEGEMS a fait apparaître au grand jour la nécessité du PL en s'y opposant maladroitement. Elle précise que le PL lui convenait parfaitement jusqu'à l'adoption du dernier amendement qu'elle regrette malgré la nécessité de mettre des cauteles. De manière plus générale elle craint que la garantie du droit au suicide assisté ne soit rendue plus difficile par le fait de permettre aux gens de s'y opposer, ce qui causera du retard en leur donnant la possibilité de donner un avis qu'on ne leur demande pas. Elle estime aussi que le secret médical doit être vraiment respecté et n'est pas totalement rassurée sur ce point, en constatant que la FEGEMS trouve normal de rompre le secret médical en cas de suicide assisté. Elle termine en annonçant que les Verts voteront ce PL car il assure la dignité des personnes concernées.

La députée EAG remercie au nom de son groupe les auteurs du PL. PL qui a permis des discussions très sensibles concernant la fin de vie des personnes concernées. Elle estime que le PL donne un cadre qui permet de garantir une procédure qui soit la plus équitable possible et souligne qu'elle avait été très déçue du refus d'entrée en matière lors de la fin du premier examen. Elle trouve très positif que le PL donne un cadre aux situations limites et protégera ainsi les personnes concernées. Elle pense que la commission n'interviendra pas dans les situations qui ne posent pas problème. En conclusion elle annonce le soutien d'EAG à ce projet de loi.

La députée Socialiste annonce que le PS est globalement satisfait du consensus trouvé dans la commission. Elle affirme avoir été très déçue du premier rapport par ailleurs succinct du député PDC qui laissait un goût d'inachevé car les groupes estimaient que tout allait bien et qu'il fallait se garder de rajouter une couche de mille-feuille, ce qui n'est pas la vision du PS ni au niveau des EMS, ni des HUG. Elle regrette que certains groupes préfèrent ne pas affirmer un droit fondamental et les conditions de son exercice et elle estime que le flou existant laisse une place excessive aux institutions. Elle

considère que la situation actuelle n'est pas satisfaisante ni sur le principe, ni dans sa concrétisation.

Elle souligne la nécessité d'admettre que les auditionnés ont répondu avec clarté, que la situation dans les institutions n'est pas si rose, et que l'action des chefs de service n'est pas cohérente. Elle estime qu'il y a effectivement eu des difficultés aux HUG et que les courriers d'Exit concernaient tous cette institution. Elle souligne que la position des HUG n'a pas pu être présentée sur les cas évoqués dans le courrier puisque les familles souhaitaient l'anonymat, ce qui est compréhensible. Elle rejoint la députée Verte sur l'audition de la FEGEMS qu'elle qualifie de lamentable, parce qu'ils s'opposent à une harmonisation de droits fondamentaux qui ont pourtant des conséquences sur les institutions. Elle affirme que les droits fondamentaux ne devraient pas donner matière à tergiverser.

Elle poursuit en affirmant que le travail effectué en 2^e débat a été positif et a permis l'amélioration du texte, principalement sous l'angle de l'image de la « sonnette d'alarme » suggérée par le député PLR, à savoir énoncer les principes et ensuite ne pas désigner dans la loi qui doit vérifier que les conditions sont remplies, mais simplement prévoir les modalités en cas de doute sur le fait que les conditions sont remplies. Elle redit que l'amendement sur l'art. 12A n'était pas considéré comme indispensable par le PS, mais qu'il procède d'une volonté d'apaiser et de rassurer la population sur le fait que l'assistance au suicide se déroule dans de bonnes conditions. Elle dit son espoir que soient acceptés tant l'amendement que le PL global afin de permettre à l'assistance au suicide de se passer dans de bonnes conditions dans le canton, ce qui est généralement le cas mais ne l'a pas été pour plusieurs situations.

Le président met aux voix le PL 11870 dans son ensemble :

Pour : 9 (1 EAG, 3 S, 1 V, 4 PLR)

Contre : 6 (1 PDC, 2 UDC, 3 MCG)

Abst. : -

Le PL 11870 est accepté.

Mesdames et Messieurs les députés la majorité de la commission de la santé vous recommande de la suivre dans ses conclusions et d'accepter le Projet de loi sur le suicide assisté.

Projet de loi (11870-B)

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 résident, si les conditions suivantes sont remplies :

a) 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.

² Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin-traitant du résident en EMS peut, en cas de doute sur les conditions énoncées au chiffre 1, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements. Les mêmes prérogatives peuvent aussi être exercées par le médecin responsable de l'établissement.

³ Cas échéant, le médecin mandaté, ou la commission d'évaluation, 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 des établissements et les médecins (médecin directement en charge du patient, médecin responsable hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant des résidents en EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide.

⁶ Le moyen employé pour la mise en œuvre de l'assistance au suicide est soumis à prescription médicale.

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

Art. 12A Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide

¹ Il est institué une commission chargée de surveiller la pratique de l'assistance au suicide (ci-après : la commission).

² En sa qualité de commission officielle, la commission est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat. Elle est rattachée administrativement au département chargé de la santé.

³ Le Conseil d'Etat nomme les membres de la commission ainsi que des suppléants, lui attribue les ressources nécessaires à l'accomplissement de sa tâche et fixe ses règles de fonctionnement par voie réglementaire.

⁴ La commission exerce en toute indépendance les compétences que le présent article lui confère.

⁵ Les membres de la commission, y compris le personnel auxiliaire, sont soumis au secret professionnel au sens de l'article 321 du code pénal suisse.

⁶ La commission est composée de 5 membres soit un médecin du Centre universitaire romand de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé, un spécialiste de bioéthique, un avocat et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

⁷ La commission peut être saisie par toute personne qui, connaissant l'existence d'un projet d'assistance au suicide, aurait des raisons sérieuses de penser que la personne suicidante est sous influence ou incapable de discernement et n'est donc pas libre d'exprimer ses doutes, cas échéant de changer son projet de suicide.

⁸ L'identité de la personne qui signale le cas reste confidentielle. Toute personne qui renseigne la commission en passant outre un secret de fonction ou un secret professionnel n'est pas punissable.

⁹ Dans les cas qui le justifient, la commission alerte immédiatement le Ministère public.

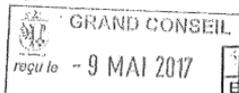
Art. 2 Entrée en vigueur

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



EXIT A.D.M.D Suisse romande

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE



GRAND CONSEIL	
Expédié le:	Session GC: 11-12 mai 2017
Président	<input checked="" type="checkbox"/> Députés (100)
Correspondance GC	<input checked="" type="checkbox"/> Bureau
Secrétariat	<input checked="" type="checkbox"/> Chefs de groupe
Commission:	
Objet:	
Copie à:	

C3651

Secrétariat Général
du Grand Conseil
Rue de l'Hôtel-de-Ville 2

1204 Genève

Genève, le 8 mai 2017

Concerne : PL 11870 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS) déposé le 4 avril 2016 par le parti socialiste, et le rapport de la commission de la santé chargée d'étudier ce projet de loi du 20 mars 2017.

Monsieur le député,

En référence à l'objet cité en titre, lors de notre dernière assemblée générale du 29 avril dernier, nous avons présenté aux 500 membres présents les rapports de majorité de Mr B. Buchs (page 1) et de minorité de Mr Ch. Frey (page 16), qui sont maintenant publics.

A l'issue de cette présentation, puisqu'en conclusion la majorité recommande de refuser l'entrée en matière de ce PL, une proposition spontanée de résolution a été faite par un membre, reprise et votée à l'unanimité par l'assemblée, mandatant notre comité afin qu'il mette tout en œuvre pour faire aboutir cette démarche que nous espérons. Ceci d'autant plus, que depuis les auditions d'EXIT qui ont eu lieu en octobre dernier (commission de la santé), nous avons été confrontés à plusieurs situations de refus d'assistance dans les services des HUG, et ces personnes ont été contraintes de quitter l'unité, ce que nous déplorons.

Or, nous avons lu dans ledit rapport de majorité qu'à la fois le PLR (p 11), le PDC (p 12) et le conseiller d'Etat en charge de la santé, Mr M. Poggia (P 13) annonçaient tous qu'ils feraient en sorte qu'aucune assistance ne puisse être entravée et que si tel était le cas, ils reverraient leur position sur le projet de loi. C'est pour cette raison que nous prenons aujourd'hui la plume, car ces cas existent bel et bien.

Pour ces problèmes particuliers, vous trouverez en annexe la lettre que nous adressons ce jour même à la direction générale des HUG, avec un bref résumé de situation pour chaque membre que nous n'avons pas pu assister dans leur chambre d'hôpital. Les membres d'EXIT rappellent qu'ils sont des citoyens à part entière, et ceux domiciliés sur le canton de Genève contribuent fiscalement comme tout un chacun à l'entretien de ce « service public ».

Par ailleurs, suite à la lecture de ce rapport, nous saisissons la présente occasion pour attirer votre attention sur plusieurs points qui, de notre point de vue, méritent précision avant que ce PL ne soit soumis au vote :

- 1) En préambule, nous tenons à vous rappeler qu'avant les élections des candidats au Conseil d'Etat en 2013 et avant les élections des députés au Grand Conseil pour la législature 2013-2018, des membres du comité d'Exit se sont rendus dans des séances de présentation des candidats, ont échangé avec plusieurs députés qui ont été élus ou réélus par la suite, et chaque parti politique a été officiellement sollicité pour connaître sa position sur la question qui nous occupe actuellement. Hormis une exception, qui a au moins eu le mérite d'être claire, tous étaient favorables, ou « pas opposés » à cette hypothèse de légiférer. Force est de constater, que pour l'instant hormis le PS, l'EAG - et les Verts « sous réserve d'amendements » nous ne retrouvons pas ces intentions de légiférer pour garantir l'assistance au suicide dans les EMPP et les EMS. Nous déplorons vivement que les promesses des candidats ne soient pas concrétisées par des actes des élus.



EXIT A.D.M.D Suisse romande

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

- 2) En ce qui concerne les auditions d'EXIT, une petite précision sur la forme : le Dr J. Sobel n'est pas « gérontologue », mais médecin spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie.

Une autre précision en ce qui concerne les 213 cas d'assistance cités en Suisse romande, dont 5 cas en hôpital, ces derniers ne concernent pas les HUG. Il n'y a eu qu'un seul cas d'assistance aux HUG en 16 ans, malgré le protocole d'accord passé avec Mr B. Gruson, et cela est significatif.

- 3) En ce qui concerne les auditions des différentes instances, et bien que dans les EMS la situation soit moins préoccupante que dans les HUG, sauf mauvaise compréhension ou interprétation de notre part, il convient de relever les points suivants :

- Il n'apparaît pas clairement que les assistances au suicide ne se font jamais par ou avec l'aide des professionnels de la santé en charge des patients au sein des HUG ou des EMS. Ils sont bien sûr consultés, informés, mais ne sont jamais sollicités, à titre professionnel ou personnel. C'est EXIT seul, qui apporte le Pentobarbital pour que la personne le prenne elle-même après dilution, en présence de sa famille, et après s'être assuré au moins encore à deux reprises que la personne est bien déterminée, qu'il n'y a pas d'autre solution, sachant qu'elle peut renoncer à cette assistance jusqu'à la dernière seconde. Par contre, le médecin traitant ou répondant n'est jamais exclu. Et il est difficile de comprendre la position des HUG qui préfèrent « interdire, plutôt que de contraindre des personnes opposées à pratiquer l'assistance au suicide ?? (p 7). Ce PL ne contraint personne : ce sera toujours EXIT qui pratiquera l'assistance au suicide.
- Nous ne partageons pas le même point de vue sur la notion « de crise » évoquée page 4. concernant les membres déjà inscrits à EXIT au moment de l'entrée dans l'établissement. Une crise est soit un *brusque accès*, une forte manifestation d'un sentiment, d'un état d'esprit, soit un moment très difficile dans la vie de quelqu'un marqué par un trouble profond. Lorsqu'une personne décide et annonce à l'EMS cette décision, ce n'est pas un moment de crise. C'est une prise de décision, un choix qui se précise, qui suit la plupart du temps une longue période de réflexion, d'attente, parfois de lutte de « survie ». Que les professionnels soient eux, mis en crise par cette demande qui pour eux surgit brusquement nous semble plus probable. Bien que nous recommandions à nos membres de le faire, certains, volontairement, n'en parlent pas d'emblée à leur arrivée. Avec la recommandation des directives anticipées, c'est néanmoins de moins en moins fréquent.
- A notre connaissance, c'est rarement le personnel de la résidence, ou de l'EMS qui met en relation la personne avec EXIT comme cela est mentionné dans ce rapport « une fois la crise passée » (p 4). Là encore, on se heurte à une différence fondamentale de philosophie de vie, les opposants à l'assistance considérant qu'il y a « une crise », que ce genre de décision est « anormale », prise sur un coup de tête, sans réflexion, et qu'il faut préalablement soutenir la personne qui se trouve donc en crise, la plupart du temps en faisant appel au psychiatre qui va décréter qu'il faut la traiter pour une dépression. Toutefois, nous n'excluons pas que cela puisse arriver, mais dans ce cas-là, EXIT n'acceptera pas la demande d'assistance ! En 2016, nous avons refusé 5 demandes.
- Dans 95% des cas, les personnes en EMS qui sollicitent EXIT, sont déjà membres depuis des années. Pour ceux qui adhèrent à EXIT, c'est une sécurité qui permet de vivre pleinement chaque instant présent, sachant que tout peut rapidement changer, et qu'au cas où cette existence perdrait le sens qu'on lui donne individuellement, il reste cette ultime liberté de choix. Entrer en EMS constitue en soi un projet de vie possible, tout comme se soigner sérieusement en cas de maladie grave avec l'espoir d'une amélioration.



EXIT A.D.M.D Suisse romande

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

Lorsque la situation se dégrade et qu'il n'y a plus de pronostic d'amélioration, voire de stabilisation, c'est le moment propice, pour l'intéressé(e) en fonction des limites qu'elle s'est fixées elle-même de demander l'aide pour partir comme elle le souhaite, quand elle le souhaite. Dans la plupart des cas, en EMS ou aux HUG nos membres inscrits savent avec précision surtout ce qu'ils ne veulent pas.

- La question des répercussions sur le personnel et sur les autres résidents est un problème important, mais qui doit se traiter au sein de chaque établissement, de chaque équipe. Les professionnels, qui sont amenés à avoir de nombreux décès chaque mois dans l'exercice de leur fonction (vu l'âge moyen d'entrée en EMS (87,2 ans/femmes) et la durée moyenne de séjour (38,2 mois selon les chiffres de l'Office Fédéral de la Statistique/EMS), normalement travaillent sur les questions et les réactions que le « suicide » provoque, il n'en reste pas moins, qu'étant employé au service du public, c'est un principe de réalité, que tout professionnel doit apprendre à gérer. Nous pouvons signaler que l'EMS Val-Fleuri a fait un travail courageux et remarquable pour affronter la problématique du suicide assisté, travailler en équipe sur leurs représentations, rendant explicites toutes les craintes, les angoisses, les émotions et les projections que chacun fait tout naturellement autour de la mort et du suicide en particulier, en fonction de sa personnalité, de ses origines, de sa culture, de ses croyances et convictions. Nous relevons la qualité d'accompagnement exceptionnelle que nous avons rencontrée dans cet établissement, bien que d'autres EMS se soient également engagés dans cette voie, semble-t-il. Nous relevons également que dans la majorité des cas, le personnel soignant est souvent, non seulement compatissant, compréhensif et empathique, mais favorable à l'assistance, mais ils doivent respecter les consignes institutionnelles.
- Dans le même ordre d'idée, le manque d'émotion d'un accompagnateur d'EXIT qui semble-t-il a choqué dans un EMS (p.4) aurait dû être immédiatement signalé à EXIT. Nos accompagnateurs bénévoles sont pour la majorité issus du milieu médical (infirmières, médecins, professeur de médecine,...). Ils ont tous une longue expérience professionnelle antérieure et sont néanmoins formés, coachés et suivis par EXIT pour les interventions d'assistance à domicile. En retour, nous recevons très fréquemment des lettres, des messages de remerciements pour la qualité de l'accompagnement qui a été fait. Très souvent également, une assistance au suicide est suivie de l'inscription de membres de la famille qui y ont assisté. Nous n'avons à ce jour reçu que deux plaintes qui ont été traitées. Nos accompagnateurs doivent savoir « gérer » leurs émotions, faire preuve d'empathie, de tact, de pudeur, mais rester à la place qui est la leur.
- Pour terminer, dans tout ce rapport, au terme de ces auditions, beaucoup ont évoqué les difficultés des médecins, des professionnels, des soignants, des résidents, des institutions, ou avec des procédures. Nous ne pouvons que constater le peu de place réservé au patient, à la personne qui pourtant par écrit « déclare avoir des souffrances insupportables ». Rien sur ce qu'elle doit vivre en plus de son calvaire et subir lorsqu'elle doit se battre pour faire respecter son choix, et à cela que s'ajoute l'angoisse qu'on la prie « d'aller mourir ailleurs ».



EXIT A.D.M.D Suisse romande

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

- Personne n'ayant évoqué ce qu'ils vivent, eux, les principaux concernés, nous allons donc le faire, puisque c'est pour défendre leurs intérêts et leurs droits qu'EXIT se bat et se battra. Et nous prendrons l'exemple d'une assistance qui doit avoir lieu cette semaine, pour laquelle, le patient, exsangue, doit quitter l'Hôpital le jour même. Nous avons bien sûr, son autorisation pour parler de son cas, tout en ne dévoilant pas son identité.

Monsieur le député, si vous pouvez pendant quelques instants, essayer de vous mettre à la place de Mr. X dont la situation est volontairement décrite dans le détail dans la lettre de plainte adressée à Mr B. Levrat, (en annexe), et si vous arrivez à comprendre et ressentir un tout petit peu ce que ce membre d'EXIT ou sa famille peuvent vivre, alors, notre démarche n'aura pas été inutile.

Nous vous remercions très sincèrement de l'attention que vous porterez à la présente, et nous pouvons vous assurer que pour notre part, ce sera avec la plus grande attention que nous allons suivre vos débats et vos prises de position.

Dans l'intervalle, nous vous adressons, Monsieur le député, l'assurance de notre parfaite considération.

Pour : **EXIT A.D.M.D. Suisse romande**

Jérôme Sobel

Jérôme SOBEL
Président,

Pierre Beck

Pierre BECK
Vice-président,

Christine Brennenstuhl

Christine Brennenstuhl,
Membre du comité.

Copie : secrétariat général du Grand Conseil.



EXIT A.D.M.D Suisse romande
ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

Monsieur B. Levrat
Directeur général
Hôpitaux Universitaires
de Genève
4, Rue Gabrielle Perret-Gentil
1205 - Genève

Genève, le 8 mai 2017

Concerne : refus d'assistance au suicide par Exit à des patients hospitalisés aux HUG

Monsieur le Directeur général,

Comme vous le savez, un projet de loi modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) a été déposé en avril 2016 afin de garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS.

Dans ce contexte, notre association a été auditionnée par la commission de la santé, et à cette période une majorité semblait s'accorder pour dire qu'il n'y avait pas de problèmes particuliers.

Nous venons d'organiser notre assemblée générale ce samedi 29 avril 2017, et lors de la présentation du rapport de la commission de la santé, nos membres ont donc été dûment informés de l'état des travaux, la majorité recommandant de ne pas déposer ce PL.

500 personnes présentes, ont pris l'initiative - et voté à l'unanimité - de mandater notre comité pour qu'il mette tout en œuvre afin que l'assistance au suicide puisse se faire aussi en milieu hospitalier, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ceci d'autant plus que dans ledit rapport, le PLR, le PDC et Mr M. Poggia, le conseiller d'Etat en charge de la santé annonçaient tous qu'ils feraient en sorte qu'aucune assistance ne puisse être entravée et que si tel était le cas, ils reverraient leur position sur le projet de loi.

C'est dans ce contexte précis que nous souhaitons informer les députés du Grand Conseil qui devront prochainement se prononcer sur ce sujet, que depuis la période où nous avons été auditionnés, ce sont 4 situations - en 6 mois - qui ont dû quitter en urgence vos services, et que cela n'aura aucune raison de se modifier à l'avenir sans ce PL.

Au cas où vous n'auriez pas été informé par vos chefs de services vous trouverez ci-après la liste des situations qui n'ont pas accepté que nous assistions nos membres dans les locaux publics, et qui ont obligé les patients et leurs familles à trouver en urgence des solutions alternatives.



EXIT A.D.M.D Suisse romande

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

A une certaine époque (avec Mr B. Gruson), il était au moins possible d'entreprendre une démarche d'entrée en matière et d'examen de la demande, certes assez longue, pour obtenir une autorisation d'intervention dans la chambre d'hôpital au moins dans la mesure où la personne ne disposait plus de logement; il n'en a même pas été question pour ces personnes, la famille et le patient ayant été informés dès les premiers mots prononcés « de suicide », que le patient devait partir mourir ailleurs.

Éthiquement, nous avons préalablement contacté les familles concernées, qui pour des raisons de confidentialité ne souhaitent pas que l'on puisse les identifier.

Nous ne mentionnerons donc que les résumés de situations, puisqu'une copie de la présente lettre sera adressée aux députés.

Voici la liste des patients concernés, dont nous ne donnons pas les noms pour des questions de confidentialité, qui ont quitté l'hôpital, parfois dans des conditions difficiles vu leur état, et qui ont été assistés dans un endroit aménagé en urgence par les familles.

Mme X – cancers – membre EXIT depuis 2 ans

Femme de 84 ans, depuis juillet 2015, carcinome rectal, avec attitude palliative, hémorragie digestive basse.

Retour à domicile plus envisageable après hospitalisation, douleurs locales importantes, rendant la position assise difficile, incontinence fécale, faiblesse de la patiente, péjoration de son état, situation oncologique dépassée (selon le rapport médical du médecin traitant).

Depuis la mort de son mari il y a plusieurs années, était au clair avec sa propre mort et pensait à EXIT. Ne s'est inscrite qu'après bien des souffrances et a quand même essayé de tenir bon pendant plusieurs années. Porte des couches, et elle doit sonner pour qu'on la change comme un bébé. Atteinte insupportable pour elle à son intégrité. Là, n'en peut plus. Médecin traitant très présente et très compréhensive qui a été chaleureuse et présente le jour de l'assistance et qui a fait l'ordonnance de Pentobarbital.

Appartement liquidé, car retour à domicile impossible, doit donc « économiser » le loyer.

Filles très présentes, choquées de savoir que leur maman soit obligée de sortir dans cet état pour mourir chez l'une d'entre elles, qui a elle-même 3 jeunes enfants (avec tout ce que cela implique également au niveau des enfants, des explications à leur donner, pour lesquels le décès de leur grand-maman aurait été perçu et vécu autrement s'il avait eu lieu à l'hôpital). Cela s'ajoute en plus du chagrin et de ce que la jeune femme doit vivre pendant les jours qui précèdent le suicide de sa propre mère, à partir du moment où le compte à rebours commence. Inscriptions de deux filles et un époux à EXIT dans les jours qui ont suivi le décès.

Mme Y – pathologies neurologiques – membre EXIT depuis 1999.

Femme de 86 ans. Maladie de Parkinson, a eu un cancer du sein, se déplace péniblement avec rollator. Tremblements importants qui font qu'elle a de la peine à s'alimenter « proprement » selon elle, et est perpétuellement avec des tâches sur ses vêtements, idem pour la boisson. Est très inquiète de l'image négligée qu'elle peut donner et qu'elle a d'elle-même, elle qui a été une femme soignée et très coquette, qui était toujours « tirée à 4 épingles ».



EXIT A.D.M.D Suisse romande

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

Souffre beaucoup physiquement, et a des problèmes de mobilité importants : ne peut plus sortir, aller dans le parc, prendre l'ascenseur, marcher le long du couloir pour aller manger dans la salle commune, tout cela est un calvaire. Selon elle, n'en peut plus, n'a plus de plaisir à rien, n'arrive même plus à lire, ce qu'elle aimait beaucoup autrefois. N'a plus de vie sociale depuis très longtemps, et son espace se réduit de plus en plus.

Refuse toute mobilisation pour assister à des animations qui n'ont plus aucun intérêt, ni aucun sens pour elle, alors qu'elle n'a qu'une envie : être tranquille et mourir.

On lui a dit qu'elle doit quitter Loëx pour qu' EXIT l'assiste, elle pleure en parlant de cela, est angoissée par tous ces tracasseries « qu'elle cause bien involontairement ».....

Regrette de ne pas être partie plus tôt, quand elle était encore mobile. Ne supporte pas d'imposer tout cela à sa famille. Beaucoup de gentillesse et d'attention de la part de sa fille présente à nos entretiens, qui essaie de la rassurer et de la consoler..

L'organisation du transport a été faite par sa famille. Mme Y est décédée dans l'appartement occupé familial.

Médecin très chaleureux et compatissant, lien très fort depuis des années, et qui a fait l'ordonnance de Pentobarbital.

M. Z – VIH – cancer colorectal et cancer de la vessie – membre EXIT depuis 2017

Homme de 52 ans – porteur du virus du sida dès l'âge de 14 ans, et maladie déclarée dès l'âge de 20 ans. Né à Genève, mais parti jeune à l'étranger où il y a vécu jusqu'en automne 2016. A été malade et s'est soigné durant toutes ces années ailleurs, est revenu pour pouvoir tenter encore une intervention chirurgicale à Genève, mais surtout pour pouvoir mourir en Suisse, près de sa famille, avec l'aide d'EXIT, ce qui est interdit en France. Pensait qu'il devait s'inscrire à EXIT seulement au moment où il souhaitait mourir. A été contrarié de savoir qu'il y avait des démarches préalables, qui pour lui paraissaient interminables, étant donné qu'il avait attendu « la dernière minute ».

Diagnostics du rapport médical fait par son médecin traitant : amputation abdomino-périnéale pour carcinome anal et colostomie terminale en 1996 ; excision métastase cérébelleuse, vessie neurogène, cystostomie en 2006. Insuffisance rénale chronique, sténose serrée de l'artère fémorale profonde gauche. Troubles de l'équilibre, épilepsie, séquellaires.

Etat de fin de vie, extrêmement faible, s'exprime avec clarté et précision, mais lentement et péniblement, cherche son souffle. Ne tient plus debout tout seul, a besoin d'aide en permanence. Homme lucide, pragmatique, qui a lutté autant qu'il a pu, et aussi longtemps qu'il a pu. Mais n'en peut plus. Sa vie n'est que souffrance, n'a plus de vie affective, voire de vie tout court (selon lui) depuis des années.

N'est plus capable de lire, alors qu'il était bibliothécaire, se sent extrêmement faible, veut être libéré de ses souffrances. Sa famille est impuissante, le corps médical est impuissant, personne ne peut plus rien pour lui, selon lui, sa vie a perdu tout son sens.

S'était domicilié chez sa mère, mais n'y a presque jamais vécu, car dès son arrivée à Genève a été hospitalisé aux HUG, puis après 2 interventions chirurgicales, qui pour lui étaient les dernières, a été transféré dans un autre service. La direction de l'hôpital n'a pas accepté que l'assistance au suicide se fasse dans sa chambre.



EXIT A.D.M.D Suisse romande

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

Est angoissé, car il a très peur de ne pas pouvoir partir comme il le veut. Sa mère vit dans un immeuble de 4 étages, avec ascenseur non accessible aux chaises roulantes, il craint de ne pas pouvoir monter chez elle.

S'inquiète de devoir imposer à sa maman, âgée de 75 ans tous ces soucis supplémentaires, se culpabilise, et se soucie également des frais de transport vu son état, malgré le fait que toute sa famille (mère, sœur, neveu, beau-père) qui l'entoure chaleureusement le rassure sur ces questions financières. Famille peut être contente par ce manque d'humanisme de l'institution.

Son médecin traitant le soutient et comprend sa démarche, mais étant absent de Genève pendant quelque temps, c'est donc un médecin d'Exit qui est allé le voir pour faire l'ordonnance de Pentobarbital. Décédé le 04 mai 2017. Le jour de l'assistance, a subi un énorme stress durant le transport, en raison d'un trafic surchargé qui l'a fait arriver avec presque une heure de retard et il craignait que l'accompagnatrice ne soit plus présente. Il a pu néanmoins s'installer dans une chambre et y mourir paisiblement entouré des siens.

Une situation de sortie d'une annexe de l'hôpital le 24.04.2017, nous a été signalée, mais nous ne disposons pas encore de toutes les données à ce jour.

Pour terminer nous devons relever que la plupart du temps les médecins de service, les infirmières, le personnel dans son ensemble, sont compatissants, compréhensifs, nous disent souvent être favorables à EXIT, mais ne font que respecter les consignes de l'institution et sont totalement impuissants à faire changer les choses.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, et restant à votre disposition pour toute information complémentaire, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur général, nos salutations distinguées.

Pour le comité d'Exit

Jérôme SOBEL
Président,

Pierre BECK
Vice-Président,

Christine BRENNENSTUHL
Membre du comité,

Copie : aux députés du Grand conseil de Genève

PL 11870-A	Amendements	Version issue du 2 ^e débat
<p>2° souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ;</p>	<p>Amendement de M. Buchs 2° remplit les critères fixés dans les recommandations de l'Association suisse des sciences médicales (ASSM) Refusé (PV96, p. 19)</p> <p>Amendement de Mme Klopmann 2° souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ou de polyopathologies gravement invalidantes et entraînant des souffrances importantes. Refusé (PV96, p. 20)</p> <p>Teneur du PL 11870-A Adoptée (PV96, p. 20)</p>	<p>2° souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ;</p>
<p>b) des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident.</p>	<p>Adoptée (PV96, p. 20)</p>	<p>b) des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident.</p>

PL 11870-A	Amendements	Version issue du 2 ^e débat
<p>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.</p>	<p>Amendement de M. Sellegger</p> <p>² Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin-traitant du résident en EMS peut, en cas de doute sur les conditions énoncées au chiffre 1, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements. Les mêmes prérogatives peuvent aussi être exercées par le médecin responsable de l'établissement.</p> <p>Adopté (PV98, p. 4)</p> <p>Sous-amendement de M. Conne à l'amendement de M. Sellegger</p> <p>² Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin traitant du résident en EMS s'assure que les conditions énoncées au chiffre 1 sont remplies. En cas de doute, il sollicite l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements.</p> <p>Retiré (PV98, p. 4)</p> <p>Amendement de M. Buchs</p> <p>² Lors de l'examen des conditions prévues à la lettre a de l'alinéa 1, le médecin répondant peut 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.</p> <p>Retiré (PV98, p. 4)</p>	<p>² Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin-traitant du résident en EMS peut, en cas de doute sur les conditions énoncées au chiffre 1, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements. Les mêmes prérogatives peuvent aussi être exercées par le médecin responsable de l'établissement.</p>
<p>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.</p>	<p>Amendement de M. Sellegger</p> <p>³ Cas échéant, le médecin mandaté, ou la commission d'évaluation, 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.</p> <p>Adopté (PV98, p. 5)</p> <p>Amendement de M. Buchs</p> <p>³ Le médecin traitant confirme par écrit, dans un délai d'un mois, que les conditions prévues à la lettre a de l'alinéa 1 sont remplies. En concertation avec le médecin répondant et en accord avec le patient ou le résident, il en informe les</p>	<p>³ Cas échéant, le médecin mandaté, ou la commission d'évaluation, 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.</p>

PL 11870-A	Amendements	Version issue du 2 ^e débat
<p>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.</p>	<p>instances de direction et le personnel de l'établissement, ainsi que les proches désignés par le patient ou le résident. Retiré (PV98, p. 4)</p> <p>Amendement de M. Buchs</p> <p>4 Si le patient dispose d'un logement extérieur et lorsque l'établissement n'a pas une mission d'hébergement médico-social, le médecin répondant 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. Retiré (PV98, p. 4)</p> <p>Al. 4 du PL Adopté (PV98, p. 6)</p> <p>Amendement de M. Sellegger</p> <p>5 Le personnel des établissements et les médecins (médecin directement en charge du patient, médecin répondant des hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant des résidents en EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide. Adopté (PV98, p. 6)</p> <p>Amendement de M. Buchs</p> <p>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. Retiré (PV98, p. 4)</p> <p>Amendement de M. Sellegger</p> <p>Alinéa 6 (biffé)</p> <p>Amendement de M. Buchs</p> <p>Alinéa 6 (biffé) Retiré (PV98, p. 4)</p> <p>Amendement du Président</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>5 Le personnel des établissements et les médecins (médecin directement en charge du patient, médecin répondant des hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant des résidents en EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide. Adopté (PV98, p. 6)</p> <p>Amendement de M. Buchs</p> <p>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. Retiré (PV98, p. 4)</p>	<p>5 Le personnel des établissements et les médecins (médecin directement en charge du patient, médecin responsable hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant des résidents en EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide.</p>
<p>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.</p>	<p>Amendement de M. Sellegger</p> <p>Alinéa 6 (biffé)</p> <p>Amendement de M. Buchs</p> <p>Alinéa 6 (biffé) Retiré (PV98, p. 4)</p>	<p>6 Le moyen employé pour la mise en œuvre de l'assistance au suicide est soumis à prescription médicale.</p>

PL 11870-A	Amendements	Version issue du 2 ^e débat
	⁶ Le moyen employé pour la mise en œuvre de l'assistance au suicide est soumis à prescription médicale. Adopté (PV98, p. 7)	
⁷ Le département précise les conditions d'application de cet article, après consultation des partenaires concernés.	Adopté (PV98, p. 8)	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.		

Date de dépôt : 10 avril 2018

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Sandro Pistis

Mesdames et
Messieurs les députés,

Comme cela est ressorti des débats en commission, il est délicat de légiférer sur la question du suicide assisté. Cette difficulté est clairement apparue lors du premier examen en commission de ce projet de loi, et elle est restée problématique lors du deuxième examen.

Il est certain que les personnes résidant en EMS et en établissements médicaux doivent pouvoir disposer de la liberté de mettre fin à leurs jours, pour diverses raisons, qu'elles soient dues à des souffrances, à des maladies, à l'âge ou à d'autres motivations.

Cette liberté doit être reconnue. Passer par une loi nous semblait au début la solution mais, à l'examen de la situation plus précisément, la voie législative qui apparaissait à première vue séduisante ne devrait pas être retenue. En effet, elle pose plus de problèmes qu'elle n'en résout.

Si le principe général est largement reconnu, il n'en va pas de même d'une loi qui fige une situation profondément humaine et devant se régler avec les nuances nécessaires, comme cela est ressorti au fil des auditions.

Ainsi, cette loi crée le risque d'une judiciarisation de ce processus, puisque des proches, la famille ou de tierces personnes pourront s'y référer afin d'engager des procédures.

Ensuite, le poids qui pèse sur l'équipe soignante et le médecin responsable est considérable puisqu'il leur incombe de déterminer si la personne voulant mettre fin à ses jours dispose des facultés de discernement suffisantes.

Que se passerait-il si la famille de la personne souhaitant mettre fin à ses jours contestait cette faculté de discernement ? Que devrait-on faire si cette faculté a été mal estimée ? Il existe bel et bien le risque de procédures longues et pénibles qui pourraient être engagées.

Comme on le constate, il ne s'agit pas d'un droit comme un autre, en particulier parce qu'il s'agit d'une voie sans retour.

Tout en maintenant la préoccupation de permettre à ceux qui le demandent une assistance au suicide, il est au final plus sage de régler la question par d'autres moyens que la loi.

Pour toutes ces raisons, nous vous demandons, Mesdames et Messieurs les députés, de refuser le présent projet de loi.