



Commission 5

« Rôle et tâches de l'Etat, finances »

Rapport sectoriel 504

Santé

Rapporteur : Thomas Bläsi
Corapporteur : Andreas Saurer

30 avril 2010

Table des matières

Introduction.....	5
504.1 Garantie de l'accessibilité aux soins.....	6
504.2 Mesures d'éducation et de prévention.....	8
504.3 Surveillance et coordination de l'Etat sur le secteur de la santé	9
504.4 Surveillance sur l'exercice des professions médicales.....	10
504.5 Formalisation du lien entre l'Etat et les établissements publics médicaux	11
504.6 Garantie du libre choix du médecin.....	12
504.7. Droit de mourir dans la dignité	15
504.8 Droits des patients.....	21
504.9 Tâches de santé publique	22
504.10 Fumée.....	23
Liste des annexes disponibles sur internet (www.ge.ch/constituante).....	25
Table des thèses.....	26

Introduction

La méthode retenue par la commission a consisté en trois étapes : premièrement, elle a procédé à l'examen de la pertinence des thèmes au niveau constitutionnel ; deuxièmement, elle a pris connaissance de la problématique puis débattu à partir des thèses présentées par le « groupe de travail santé » ; troisièmement, elle a apporté un certain nombre de précisions et de compléments sur la base des arguments énoncés au cours des discussions ou de nouvelles propositions.

En premier lieu, vingt thèses potentiellement constitutionnelles sur la santé ont été proposées. Avant que les membres de la commission n'aient à se prononcer sur la pertinence constitutionnelle de celles-ci, il a été rappelé que les Constitutions cantonales ont un contenu généralement succinct et variable à ce sujet, mais qu'aucune Constitution cantonale ne traite de la santé sur une vingtaine d'articles.

Le présent rapport reprend les débats de commission qui se sont déroulés lors des séances des 3 août, 8, 17 septembre 2009 sous la présidence de Benoît Genecand. La commission a désigné le rapporteur lors de la séance du 3 août 2009.

504.1 Garantie de l'accessibilité aux soins

504.11 Thèses et argumentaire de la majorité

Pertinence constitutionnelle

La commission estime, par 10 voix pour, 1 voix contre et 1 abstention, que ce thème doit figurer dans la nouvelle Constitution. Un commissaire a toutefois estimé que ce principe était redondant avec les dispositions fédérales et pouvait ne pas être garanti.

Thèses, articles et résultats des votes

504.11.a

L'Etat garantit l'accès au système de santé à l'ensemble de la population et en particulier aux personnes vulnérables.

10 pour, 1 contre, 1 abstention

Argumentaire

Garantie de l'accès : la commission a préféré utiliser les termes « garantit l'accès » à « garantit l'accessibilité ». L'idée d'insérer les termes « équitable » ou « égal » a été abandonnée, pour une formule simplifiée, mais ayant le même sens. En disant que l'Etat doit garantir l'accès aux soins, cela signifie que l'Etat doit trouver les moyens de cette accessibilité.

Système de santé : ce terme est plus vaste que les soins, il englobe aussi la prévention.

Personnes vulnérables : l'expression « personnes vulnérables » a été préférée à celle de « populations vulnérables », cette dernière ayant davantage une caractéristique sociologique, car elle représente une catégorie de personnes qui émergent à la population habituelle.

La commission n'a pas fait mention de l'aspect économiquement supportable des coûts de la santé. Le parti pris méthodologique de la commission est de concentrer le traitement des questions d'efficience de l'action de l'Etat dans un chapitre particulier. Toutefois, il a été relevé en commission que de nombreuses Constitutions cantonales, y compris de caractère progressiste, font mention du principe d'économicité des soins.

La garantie de l'accès au système de santé est présente en tant que droit fondamental dans la Constitution vaudoise qui parle du droit pour toute personne aux soins médicaux essentiels (art. 34 al. 1). La Constitution bernoise élève au rang de droit social le droit pour toute personne dans le besoin aux soins médicaux essentiels (art. 29 al. 1).

D'autres constitutions confèrent au droit aux soins médicaux le rang de but social ou de tâche publique, qui, par définition, ne confère pas, à tout un chacun, le droit à des prestations de l'Etat. Tel est, par exemple, le cas de la Constitution fribourgeoise qui

prévoit que l'Etat veille à ce que toute personne ait accès à des soins de qualité égale (art. 68) ou encore de la Constitution schaffhouseoise qui prévoit que l'Etat veille en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé (art. 22).

Au sein de la commission, **une minorité** a estimé pour sa part que l'article 41 al. 1 let. b de la Constitution fédérale qui prévoit que « toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé » rendait superflue une telle disposition. La Constitution zurichoise, reprenant les buts sociaux de la Constitution fédérale tout en ajoutant d'autres buts sociaux, ne traite pas de la garantie de l'accessibilité aux soins.

504.2 Mesures d'éducation et de prévention

504.21 Thèses et argumentaire de la majorité

Pertinence constitutionnelle

La commission s'est prononcée à **l'unanimité** pour que ce thème figure dans la nouvelle Constitution, jugeant que les questions de prévention appartiennent à la Constitution. En revanche, la commission n'a pas jugé opportun de parler du « potentiel de santé » qui consiste à encourager toute personne à réaliser son potentiel de santé et à respecter le potentiel de santé de chacun.

Thèses, articles et résultats des votes

504.21.a

L'Etat est responsable de la mise en place de mesures de promotion de la santé et de prévention.

Unanimité

Argumentaire

L'Etat est responsable : cette formulation, plus forte, a été préférée à « l'Etat encourage », qui suppose qu'autrui accomplisse cette tâche.

Certains commissaires se sont montrés critiques à propos de la notion de responsabilité de l'Etat, se demandant ce qu'il arriverait si l'Etat ne remplissait pas ses responsabilités et les éventuelles conséquences d'une mauvaise politique sur la responsabilité de l'Etat.

Le principe de promotion de la santé ou de prévention est **largement accepté**, les Constitutions cantonales récentes font mention de ce principe.

504.3 Surveillance et coordination de l'Etat sur le secteur de la santé

504.31 Thèses et argumentaire de la majorité

Pertinence constitutionnelle

La commission s'est prononcée à l'**unanimité** pour dire que la thèse prévoyant la surveillance et la coordination de l'Etat sur le secteur de la santé était de nature constitutionnelle. Ce chapitre traitant de la surveillance de l'ensemble du système, le suivant se focalisera sur la surveillance des acteurs, du système de santé.

Thèses, articles et résultats des votes

504.31.a

L'Etat veille à satisfaire les besoins en matière de prestations hospitalières, d'aide et de soins à domicile et pour les personnes en établissements médicaux spécialisés.

504.31.b

L'Etat surveille et coordonne, en encourageant le décloisonnement, les acteurs du système de santé publique dans le but d'offrir des prestations de qualité dans une optique d'efficience.

504.31.c

L'Etat veille à une diversification des prestations de santé et à une prise en charge globale des patients.

Unanimité

Argumentaire

La commission emploie les termes « l'Etat veille à satisfaire », plutôt que « l'Etat veille à une offre ». En effet, un risque minime de confusion pouvait avoir lieu, laissant croire que les soins seraient gratuits.

Le principe de décloisonnement est un élément novateur, permettant de diminuer les coûts de la santé, vise à ce que les professionnels de la santé collaborent ensemble de façon plus intense.

Résulte de la nécessité d'accroître la collaboration entre les professionnels de la santé, comme le constat que certains patients souffrant de pathologies spécifiques requièrent une prise en charge globale.

Suite à un vote avec un **résultat assez partagé**, la commission a renoncé à proposer un article spécifique des personnes âgées et leur prise en charge diversifiée. La commission a en effet estimé que la thèse 504.31.a intégrait cette problématique.

504.4 Surveillance sur l'exercice des professions médicales

504.41 Thèses et argumentaire de la majorité

Thèses, articles et résultats des votes

504.41.a

Les soins sont dispensés par les professionnels de la santé.

504.41.b

L'activité des professionnels de la santé est surveillée par l'Etat.

Unanimité

Argumentaire

Let. a Professionnels de la santé : par ce terme, volontairement très large, on entend toutes les personnes physiques habilitées à offrir des prestations de santé (infirmiers, médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes...), même si leurs prestations ne sont pas à charge de l'assurance obligatoire des soins. La notion de professionnel de la santé concerne tant le secteur public que privé.

Let. b En pratique, l'ensemble des professionnels de la santé est surveillé par la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, rattachée au département concerné¹.

La Constitution genevoise actuelle ne traite pas explicitement de la surveillance de l'exercice des professions de la santé, contrairement à d'autres Constitutions contemporaines, par exemple, la Constitution bernoise (art. 41 al. 5), ou la Constitution bâloise (§ 28).

Des questions à propos de la différence entre cette proposition avec celle figurant au chapitre 504.3 ont été posées. Dans cette proposition, il s'agit d'une surveillance par l'Etat des prestations de soins, alors que dans la proposition au chapitre 504.3 il est question d'une surveillance et d'une coordination de l'ensemble des acteurs du système de santé.

¹ Loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (K 3 03).

504.5 Formalisation du lien entre l'Etat et les établissements publics médicaux

504.51 Thèses et argumentaire de la majorité

Thèses, articles et résultats des votes

504.51.a

Les établissements publics médicaux sont des organismes de droit public.

9 pour, 2 contre, 2 abstentions

Argumentaire

S'agissant d'établissements publics autonomes, la commission a estimé qu'il n'était pas possible d'utiliser une formule telle que « l'Etat gère les établissements publics médicaux ».

504.6 Garantie du libre choix du médecin

504.61 Thèses et argumentaire de la majorité

Pertinence constitutionnelle

Par **10 voix pour, 2 contre et 2 abstentions**, la commission a reconnu la garantie du libre choix du médecin comme un thème devant figurer dans la nouvelle Constitution. Les opposants à cette thèse ont estimé qu'il ne servait à rien de garantir le libre choix si la LAMal était modifiée et se sont interrogés à propos de la conformité d'une telle thèse. Les partisans de cette thèse ont estimé que l'Etat devait, tant que la LAMal ne s'est pas prononcée, favoriser le libre choix.

Thèses, articles et résultats des votes

504.61.a

L'Etat garantit le libre choix du médecin

10 pour, 2 contre et 2 abstentions

Argumentaire

Le libre choix du médecin n'apparaît pas dans d'autres constitutions, mais dans la LAMal². En 1997, une initiative populaire intitulée « pour le libre-choix du médecin et de l'établissement hospitalier » a été déposée. Dans son message du 14 juin 1999, le Conseil fédéral a appelé le peuple et les cantons à la rejeter (FF 1999 7987), en rappelant que dans le domaine de l'assurance-maladie, le libre-choix était assorti de limitations, la liberté des patients se limitant aux hôpitaux admis. Pour le Conseil fédéral, une liberté totale de choix ferait disparaître un instrument de maîtrise des coûts et engendrerait une explosion des primes maladies. Le peuple a rejeté cette initiative.

Un commissaire a soulevé l'importance de la relation patient-médecin. En effet, une personne choisit son médecin dans l'objectif de créer une relation de confiance. L'importance du lien entre patient et son médecin a été mise en évidence par la médecine.

Un commissaire a évoqué la forte pression des assurances-maladies pour un système moniste ainsi que le contrôle des caisses maladies sur tout le financement du système de santé.

² art. 41, al. 1 à 4 LAMal (RS 832.10).

504.62 Thèses et argumentaire de la minorité

Auteurs : Jean-Marc Guinchard, Laurent Extermann, Thomas Bläsi, Marie-Thérèse Engelberts, Simone de Montmollin, Françoise Saudan

Thèses, articles et résultats des votes

504.62.a Libre choix

L'Etat garantit le libre choix du professionnel de santé. Le libre choix peut être limité dans les institutions de santé publiques et subventionnées, ainsi que dans les cas d'urgence et de nécessité.

Argumentaire

A l'occasion de sa séance du 11 mars, la commission 5 a adopté la thèse suivante, en deuxième lecture, et ce par une majorité de 10 voix pour, et 2 voix contre :

« L'Etat garantit le libre choix du médecin. »

Un tel principe est notamment consacré par le Code de déontologie de la FMH³ (Foederatio Medicorum Helveticorum – Fédération des médecins suisses) qui en fait en réalité une obligation pour le médecin, dans sa pratique, de respecter le droit du patient de choisir librement son médecin ou d'en changer. De même, et réciproquement, le médecin est libre d'accepter ou de refuser d'assumer un traitement thérapeutique (objection de conscience), les cas d'urgence et le statut de médecin d'hôpital public étant réservés.

De même, les législations cantonales sanitaires, en particulier en Suisse romande, ont toutes inscrit ce principe dans leurs textes en l'étendant à l'ensemble des professionnels de santé, en tant que droit fondamental des patients⁴. Les seules réserves mises à l'application de ce principe sont les soins donnés en institution de santé publique ou subventionnée, ainsi que les cas d'urgence et/ou de nécessité.

Il sied de rappeler ici que le canton, en tant qu'autorité sanitaire, reconnaît et autorise la pratique des professions médicales universitaires (médecins, dentistes, pharmaciens, chiropraticiens et vétérinaires) ainsi que d'autres professions de la santé, indépendamment de la prise en charge financière des traitements que ces praticiens dispensent. Cette dernière, non absolue, est réglée par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)⁵ qui liste, de manière exhaustive, les conditions que doivent remplir ces professionnels pour que leurs prestations soient remboursées⁶.

Ces mêmes dispositions rappellent en outre que l'assuré a le libre choix, en ambulatoire et en hospitalier⁷, entre les... « fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie ».

³ Code de déontologie de la FMH du 12 décembre 1996, entré en vigueur le 1^{er} juillet 1997.

⁴ Loi genevoise sur la santé K 3 01, art 43.

⁵ Recueil systématique du droit fédéral 832.10.

⁶ LAMal, art 41 et 41 a.

⁷ LAMal, art 41 al1 bis nouveau, entré en vigueur le 01.01.2009, (RO 2008 2049 2057) FF 2004 5207.

C'est peut-être cet aspect qui a semé une certaine confusion parmi les membres de la commission 5. En effet, si pour être « aptes », les professionnels doivent prouver leurs formations, diplômes et autres spécialités, pour être « admis », ils doivent s'annoncer auprès de la communauté des assureurs, représentée par santésuisse. Cette annonce, et partant la reconnaissance qui en découle, est quasi automatique depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, puisque celle-ci rendait l'assurance-maladie obligatoire pour tous.

Or, ces dernières années, les assureurs n'ont pas cessé de dénoncer cette situation et de réclamer la fin de cette « obligation de contracter ». Celle-ci, si elle était supprimée, permettrait aux assureurs de choisir non seulement les médecins, mais l'ensemble des professionnels avec qui ils souhaitent travailler, et donc ceux qu'ils acceptent de rembourser.

Le principe de la liberté de choix du patient est donc à cet égard hautement symbolique, mais également significatif sur le plan politique.

Le but du présent rapport de minorité n'est pas de remettre en cause ce principe, ni d'en contester la présence dans la future charte fondamentale de notre canton, mais de l'élargir en ne le limitant pas aux seuls médecins. En effet, cet aspect réducteur ne privilégiant qu'une seule catégorie de soignants serait mal compris et sujet à caution.

504.7. Droit de mourir dans la dignité

Chapitre rédigé par Andreas Saurer

Pertinence constitutionnelle

La commission a estimé, à une très forte majorité de **12 voix pour, 1 voix contre et 2 abstentions**, que la question relative au droit à la dignité dans la mort devait donner lieu à une audition avant discussion. Il a été relevé que la Constitution vaudoise stipule que toute personne a le droit de mourir dans la dignité.

Thèses, articles et résultats des votes

Par 10 voix contre, 4 pour et 1 abstention, la commission a décidé de ne pas proposer de thèse constitutionnelle concernant le droit de mourir dans la dignité.

Cette décision a été précédée d'une audition que la commission 5 a menée avec la commission 1.

Argumentaire

Nous avons auditionné :

M^{me} Annette Mayer, théologienne catholique au CHUV et au CESCO ;

M. Marc Faessler, pasteur, théologien, qui s'intéresse aux problèmes éthiques ;

D^r Jérôme Sobel, président d'Exit, une association qui pratique le suicide assisté ;

D^r Gilbert Zulian, médecin-chef de service de médecine palliative de l'hôpital de Bellerive (ex-CESCO) à Collonge-Bellerive.

Cette audition d'une très grande qualité a permis aux membres de la commission de se familiariser avec cette problématique fort complexe et se forger une opinion.

Selon **M^{me} Mayer** la question se résume, au fond, à un conflit entre deux valeurs fondamentales, à savoir « la libre autodétermination de la personne et la sollicitude pour l'être souffrant ». On constate une profonde ambivalence dans la société suisse à ce sujet et elle conclut que la tâche noble d'un Etat ou d'un canton consiste à résister à toute tentative d'usurpation d'une définition exclusive de la notion de dignité. Elle souhaite valoriser cette ambivalence et plaide pour une résistance au fait de vouloir accepter une définition exclusive de la notion de dignité. Sa crainte est qu'on banalise l'assistance au suicide comme un acte banal d'ordre médical.

Elle poursuit en faisant part de son étonnement de voir que les notions de l'euthanasie active indirecte et de l'euthanasie passive, des pratiques courantes dans nos hôpitaux, ne sont pas connues de la majorité de la population dont l'angoisse se cristallise davantage autour de l'acharnement thérapeutique. Selon elle, le grand risque actuel en matière de politique de la santé n'est pas l'acharnement thérapeutique, mais la non-possibilité de recevoir une thérapie en raison d'un manque de ressources.

Elle signale aussi le fait qu'on voit actuellement en Allemagne la création de foyers pour personnes âgées accueillant des Néerlandais qui craignent que leur entourage ne profite de leur vulnérabilité pour abrégier leur vie, n'ayant plus totalement confiance dans les pratiques hollandaises.

Elle conclut en défendant la thèse selon laquelle la sécurité morale de tout citoyen requiert une inquiétude morale, et elle met en garde contre des réflexions de style binaire. Elle estime qu'il faut garder quelque chose de cette tension, et accepter le tragique de la vie. Elle termine son exposé avec un plaidoyer en faveur d'une dignité de la personne basée sur « une inquiétude morale permanente, bien vivante et impertinente ».

Selon **M. Faessler**, l'art. 115 du Code pénal est une bonne norme, car elle permet le suicide assisté sans que le personnel médical soit obligé de le pratiquer. Il offre une place aux deux versants des opinions des citoyens de ce pays et permet de gérer des situations qui sont vécues différemment. Il pense qu'il ne faut pas toucher à la norme pénale actuelle. Il pense qu'il vaudrait mieux encadrer ce qui existe par des lois d'application et encadrer les médecins par des recommandations. En effet, il y a des cas limites sur lesquels on ne peut donner un avis tranché et il s'oppose de vouloir légiférer à partir de cas extrêmes.

Il insiste ensuite sur la place du tissu symbolique lors du processus du mourir, un tissu symbolique qui relie les malades à leur entourage familial et soignant. Si certaines personnes vont jusqu'au bout de leur vœu en matière de suicide assisté, d'autres en revanche, modifient ce tissu relationnel et symbolique parce que l'entourage le permet et les circonstances le favorisent, renoncent au suicide assisté et choisissent les soins palliatifs.

La discussion des directives anticipées entre médecins et patients afin de savoir ce que le patient souhaite pour lui-même et la manière dont il veut faire alliance avec le personnel soignant est un élément fondamental. La qualité du tissu relationnel qui émerge au moment où quelqu'un est, dans sa vulnérabilité, confronté à ce qu'il n'a jamais voulu voir en face, est cruciale. La réalité des enjeux symboliques et spirituels de l'être humain demande beaucoup plus que des positions rigides. Enfin, la qualité de ce tissu relationnel que préconisent les soins palliatifs est aussi une question budgétaire.

Dans la discussion, M. Faessler souligne qu'il ne faut pas absolutiser quelque chose qui est relationnel. Tout deuil doit être métabolisé. Il subsiste toujours quelque chose de l'ordre de la parole symbolique et il faut essayer de comprendre ce lumignon qui subsiste, même si c'est à travers des gestes de démente.

M. Sobel revient dans la discussion sur le cas clinique qu'il a présenté lors de son exposé. « Il a donné cet exemple pour montrer un cas d'une demande fondée, cohérente et persistante, qui est un cas de figure, avec tous les bâtons dans les roues dont la personne a été victime, toutes les pressions pour lui faire changer d'avis, toutes les embûches au niveau médical et autre. Ils ont dû se battre pour que cette dame gagne la liberté de pouvoir mourir dans la dignité. Il faudrait pouvoir mettre ce droit, qui ne menace personne, d'une façon ou d'une autre dans la Constitution. C'est un droit que les gens peuvent utiliser ou non, en sachant bien que les soignants ont un droit de ne pas répondre, comme pour l'avortement. Il précise que le suicide n'est pas un acte condamnable en soit. Par le passé les personnes qui se suicidaient n'avaient pas d'enterrement. Ensuite il y a eu d'autres lois, notamment la dépossession des parents des gens qui se suicidaient. Plus tard, on a fait

hospitaliser de force les gens qui ont tenté de se suicider et qui se sont manqués. La loi permet à quelqu'un qui se manque de ne pas être condamné. Il s'agit d'aider quelqu'un par compassion, car on est en phase philosophiquement avec sa demande, à faire quelque chose qu'il veut et qui n'est pas condamnable. Donc Exit n'est pas condamné. Elle fait pour l'autre le bien qu'on aimerait qu'on nous fasse, et non le mal que l'on n'aimerait pas que l'on nous fasse. Exit n'a aucun mobile égoïste. Etre membre d'Exit coûte Fr. 40 par année. L'immense majorité des membres d'Exit ne vont pas utiliser le suicide assisté. »

Dans la discussion, M. Sobel fait remarquer que les soins palliatifs ne règlent pas tout. Selon lui, si les gens sont sereins et prêts à mourir, pourquoi leur imposer des soins palliatifs qu'ils ne souhaitent pas ? Certaines personnes ressentent ces obligations (de suivre les soins palliatifs) comme une sorte de maltraitance. Si les souffrances physiques peuvent être bien traitées, les souffrances psychologiques viennent au premier plan. Ces personnes ont peur de mal mourir. « Elles se ressentent comme des œuvres d'art qui sont en train de partir en poussière et souhaitent partir alors qu'elles sont encore elles-mêmes... elles souhaitent convoquer la mort au moment où elles le demandent et ne pas survivre à une période qu'elles considèrent comme une période de purgatoire » qui peut être assimilée à un acharnement palliatif.

M. Zulian, après avoir discuté brièvement la problématique du suicide en se référant à différents philosophes en passant de Socrate à Durkheim, mentionne le serment d'Hippocrate dont la phrase centrale est : « Jamais je ne donnerai de médicament mortel à qui m'en demandera, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. » Il mentionne également le serment médical de l'Ordre des médecins français qui ont modifié quelque peu la version originale du serment d'Hippocrate en ajoutant : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. »

Il présente par la suite les directives de l'Académie suisse des sciences médicales au sujet de l'assistance au suicide selon lesquelles le « respect de la volonté du patient peut amener un médecin, dans des situations exceptionnelles, à accepter, après une décision morale personnelle, d'apporter une aide au suicide à un patient » tout en précisant qu'il « convient en tous les cas d'éviter que les institutions médicales, que ce soit dans le domaine des soins aigus ou dans celui des soins aux malades chroniques, ne proposent l'assistance au suicide comme une prestation médicale au sens large du terme. »

Pour finir, il donne quelques statistiques concernant la pratique de l'Hôpital de Bellerive (ex-Cesco) concernant les demandes d'aide au décès (aide au suicide). Une étude sur une période de 12 mois a révélé que sur 718 patients admis dans l'établissement 39 ont demandé une aide au décès. Leur âge moyen approchait les 80 ans ; 25 patients souffraient d'un cancer, 6 patients d'une infection cardiovasculaire et les autres de maladie de Parkinson, d'arthrose, d'insuffisance pulmonaire et de problèmes neuropsychologiques. Leur motivation d'une demande d'aide au décès était motivée essentiellement par l'importance de la douleur et des difficultés respiratoires. Sur ces 39 patients, seulement 2 ont persisté dans leur demande d'aide au décès le jour de l'admission et sont rentrés à domicile pour y accomplir leur geste.

Pendant les dernières années, la politique de l'hôpital de Bellerive (ex-Cesco) a fortement changé en matière de sédation palliative (injection de neuroleptiques et de

benzodiazépines), une pratique qui a permis de diminuer la souffrance et qui explique probablement le fait que l'écrasante majorité des personnes qui ont demandé une aide au décès lors de leur admission y ont finalement renoncé. Enfin, il précise que lorsque le retour à domicile n'est pas possible, la venue d'Exit à l'hôpital est prévue dans le règlement des HUG.

Malgré ces progrès indiscutables, il y a encore des améliorations à faire en matière de soins palliatifs dont une des particularités est le regard qu'on porte sur l'autre ; il parle de « pauvreté affligeante » en la matière, car ces soins ne sont enseignés à l'Université de Genève que depuis 2001.

Enfin, il insiste sur le fait qu'il aurait de la peine à comprendre qu'une constitution inscrive un « droit de mourir dans la dignité » au même titre que le « droit à la vie ».

Discussion

Sur la base de cette audition, la commission a ouvert un large débat concernant le « suicide assisté » et l'inscription dans la Constitution « du droit de mourir dans la dignité ». Bien qu'il s'agisse de deux notions différentes, elles n'ont pas été discutées séparément compte tenu du fait que la pénombre associative du « droit de mourir dans la dignité » tirait cette notion très fortement vers le « suicide assisté. »

Pour une partie de la commission, la mort dans la dignité et le suicide assisté dans certaines conditions doivent avoir leur place dans la Constitution. Ainsi, selon certains membres de la commission :

- Le travail relationnel a beaucoup de peine à se développer dans les établissements hospitaliers et dans les EMS, une difficulté inhérente au manque de formation du personnel soignant en la matière et à la situation économique et, plus fondamentalement, à la conception de la vie dans la société que les uns et les autres peuvent avoir.
- Le manque dans le domaine de soins palliatifs est tel qu'il faut encore aujourd'hui se battre pour que les douleurs des patients en fin de vie soient soulagées par la morphine, des situations pour lesquelles le suicide assisté reste la seule solution réaliste.
- La décision de mourir doit être respectée si elle a été prise lorsque la personne est capable de discernement.
- Il faut donner le droit aux patients à l'hôpital de faire appel à Exit et autoriser les personnes d'Exit à venir pour y pratiquer le suicide assisté.
- La politique fédérale risque de devenir plus restrictive en la matière ; par conséquent, inscrire le suicide assisté dans la Constitution cantonale pourrait constituer une alternative.
- L'importance à accorder aux soins palliatifs n'exclut pas, dans des cas très particuliers, l'aide au suicide.
- L'existence d'Exit a constitué un puissant stimulus pour le développement des soins palliatifs et a donc joué un rôle très positif en la matière.

En revanche, pour la majorité de la commission, faciliter « le suicide assisté » en inscrivant « le droit de mourir dans la dignité » dans la Constitution n'est pas souhaitable. Selon la majorité des membres de la commission :

- La pratique d'Exit est basée sur une pensée trop binaire et elle fait fi de la très grande complexité de la question. En effet, quand on parle du « mourir », on s'inscrit, d'une part, dans un processus fondé sur la temporalité et la durée et, d'autre part, dans un contexte relationnel avec l'entourage familial et soignant. En plus, l'inconscient influence fortement nos décisions conscientes et rationnelles, un inconscient qui est truffé de désirs et d'angoisses contradictoires qui rendent ce genre de décisions souvent très ambivalentes. L'expérience unique et singulière de fin de vie a donc lieu dans un contexte relationnel qui évolue avec le temps et fait que notre attitude en la matière peut changer. Par conséquent, les souhaits, voire même les décisions prises en matière de suicide assisté lorsque la personne était en bonne santé évoluent avec le temps et avec le changement du tissu relationnel.
- La décision de mourir n'est jamais simple et dépourvue de conflictualité dont l'élaboration demande du temps. La présence d'Exit, qui ne dépasse que rarement quelques heures, ne constitue en aucune manière un accompagnement ; dans les meilleurs des cas, il s'agit d'un constat ponctuel et factuel qui se fait, généralement, dans des conditions correctes.
- Il est inconcevable de vouloir « aider des gens à mourir en beauté, lorsqu'ils sont encore en pleine possession de leur moyen » comme M. Sobel l'a proposé lors de son audition. Pour plusieurs constituants, l'interventionnisme un peu cassant et précipité d'Exit avait un aspect assez gênant.
- L'assistance au suicide est concevable dans des situations très particulières. Par exemple, lorsqu'une affection neurologique évolue très lentement et les gens sont grabataires tout en étant parfaitement conscients de leur situation, les HUG autorisent le suicide assisté de personnes qui ne peuvent plus se déplacer.
- Les soins palliatifs et plus particulièrement la sédation palliative offrent les conditions idoines pour que la personne puisse s'en aller tranquillement ; ils sont respectueux du processus de mûrissement du patient et du temps qu'il faut à l'entourage pour prendre congé et faire le deuil de leur proche.
- La législation suisse est très libérale en matière de suicide assisté, qui n'est pas interdit et qui peut se pratiquer ouvertement.
- Si on mentionne le droit de mourir dans la dignité, il faudrait également mentionner le droit de naître dans la dignité.
- Il ne faut pas confondre laisser mourir et faire mourir.
- La loi sanitaire cantonale de 2006 mentionne l'accompagnement des patients en fin de vie.
- Il y a un grand effort à faire en matière de formation des soignants dans le domaine des soins palliatifs, une formation qui est d'autant plus importante que la souffrance psychique est d'ordre relationnel, à savoir avec ce qui donne sens à la vie.

En conclusion, la commission défend à l'unanimité :

- le droit de mourir dans la dignité ;
- la promotion des soins palliatifs sans que le suicide assisté soit formellement exclu ;
- le fait que le « droit de mourir dans la dignité » fait partie des droits des patients (cf. 504.7).

La minorité de la commission aurait souhaité que le recours à Exit soit garanti lors d'une hospitalisation ; la majorité était d'avis que le système actuel est satisfaisant.

504.8 Droits des patients

Chapitre rédigé par Andreas Saurer

504.81 Thèses et argumentaire de la majorité

Pertinence constitutionnelle

La commission a estimé, à **sa majorité**, que la future Constitution devait traiter des droits des patients.

Thèses, articles et résultats des votes

504.81.a

L'Etat veille au respect des droits des patients.

14 pour, 0 contre, 1 abstention

Argumentaire

Une proposition de remplacer « **veiller** » par « **garantir** » a été refusée par **8 non, 5 oui et 2 abstentions**.

Les droits des patients concernent notamment :

- le respect des patients ;
- le respect du secret médical avec l'interdiction de divulguer des informations à un tiers sans l'autorisation de la part du patient ;
- l'accès au dossier médical ;
- le droit d'être informé d'une manière complète et compréhensible et l'importance du consentement éclairé en matière thérapeutique ;
- les conditions permettant la restriction de liberté du patient en cas d'entrée non volontaire dans les établissements psychiatriques ;
- Le droit de mourir dans la dignité dont la problématique est expliquée dans le chapitre précédent.

Compte tenu de l'importance de ces aspects dans le cadre de toutes les prestations de soins, la constitutionnalité de cette thèse a été acceptée à l'unanimité.

504.9 Tâches de santé publique

504.91 Thèses et argumentaire de la majorité

Pertinence constitutionnelle

La commission a estimé, à l'**unanimité**, que les tâches de santé publique devaient figurer dans la nouvelle Constitution.

Thèses, articles et résultats des votes

504.91.a

L'Etat veille à la santé publique et organise la police sanitaire.
--

Unanimité

504.10 Fumée

Chapitre rédigé par Andreas Saurer

504.101 Thèses et argumentaire de la majorité

Pertinence constitutionnelle

La question du rang constitutionnel se discute sans aucun doute.

Cependant, enlever cette interdiction de la Constitution enverrait un dangereux signal politique d'affaiblissement compte tenu du fait que le souverain a voté récemment et à deux reprises en faveur d'une telle interdiction qui, faut-il le rappeler, a été combattue par tous les moyens juridiques possibles et imaginables par certains milieux.

En revanche, la commission est d'avis qu'il est possible d'alléger le texte. Elle n'a donc retenu ni l'alinéa 1 concernant la justification de cette mesure, ni l'alinéa 3 qui définit explicitement les lieux, une définition qui ne nous semble pas indispensable tout en précisant que la commission n'est pas opposée formellement à cette définition au cas où une telle précision s'avérerait indispensable.

Le contenu de la thèse a été accepté à **l'unanimité par 14 voix**. La proposition d'étudier davantage **la pertinence de la constitutionnalité** a été refusée par **10 non, 3 oui et 1 abstention**.

Thèses, articles et résultats des votes

504.101.a

Il est interdit de fumer dans les lieux publics intérieurs et fermés, tout particulièrement dans ceux qui sont soumis à une autorisation d'exploitation.

Unanimité

Argumentaire

Le cadre constitutionnel actuel :

L'art 178 B, récemment introduit dans la Constitution par un vote populaire, contient trois alinéas.

Un 1^{er} alinéa motive cette interdiction par le fait que la fumée est responsable d'une importante atteinte à la santé.

Le 2^e alinéa correspond à la thèse susmentionnée.

Le 3^e alinéa décrit en détail ce qui doit être entendu par « lieux publics », à savoir les locaux dépendant de l'Etat, les locaux ouverts au public, les établissements publics au sens de la législation sur la restauration, les transports publics et les autres lieux ouverts au public tels que définis par la loi.

L'atteinte à la santé par la fumée constitue un fait qui n'est actuellement plus contesté. Environ 10'000 décès en Suisse (sur 60'000 décès annuels) sont attribuables à la consommation du tabac. Le tabac constitue donc de loin la cause de mortalité la plus importante et dépasse très nettement l'alcool qui est responsable d'environ 2'000 victimes et le trafic routier qui cause plusieurs centaines de décès.

La consommation du tabac, même modérée, pose un problème pour l'entourage.

Travailler dans un local enfumé – par exemple, dans le cadre de la restauration – peut entraîner une atteinte à la santé du personnel de la restauration.

Pour les autres usagers de ces lieux publics, les locaux enfumés peuvent également être responsables d'une atteinte à la santé. Cependant, le problème principal est l'inconfort que la fumée constitue. Les endroits (restaurants, trains, etc.) enfumés puent et font fuir la plupart des personnes, fumeurs et non-fumeurs.

La question est de savoir si cette atteinte justifie une restriction de la liberté individuelle. Malgré le fait que la circulation motorisée est responsable de plusieurs centaines de décès en Suisse et constitue donc une atteinte significative de l'état de santé de la population, personne n'envisage d'interdire la circulation. En effet, la circulation motorisée, du moins à l'intérieur de certaines limites, constitue indiscutablement une nécessité quasi vitale dans les sociétés industrialisées. On ne peut prétendre la même chose quant au tabagisme dont l'utilité sociale est très limitée, voire nulle, à part évidemment pour les différents acteurs de l'industrie du tabac.

Nous sommes donc en présence d'un sujet qui demande une pondération des intérêts, une pondération qui penche très nettement en faveur de l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics.

Liste des annexes disponibles sur internet (www.ge.ch/constituante)

Annexe 1 : Courrier électronique adressé à la Constituante par M^{me} Deborah Noirjean, juriste, Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Assurance-maladie et accidents et concernant la thèse 504.61.a.

Table des thèses

Les thèses de minorité sont en italique.

504.1 Garantie de l'accessibilité aux soins

504.11.a

L'Etat garantit l'accès au système de santé à l'ensemble de la population et en particulier aux personnes vulnérables.

504.2 Mesures d'éducation et de prévention

504.21.a

L'Etat est responsable de la mise en place de mesures de promotion de la santé et de prévention.

504.3 Surveillance et coordination de l'Etat sur le secteur de la santé

504.31.a

L'Etat veille à satisfaire les besoins en matière de prestations hospitalières, d'aide et de soins à domicile et pour les personnes en établissements médicaux spécialisés.

504.31.b

L'Etat surveille et coordonne, en encourageant le décloisonnement, les acteurs du système de santé publique dans le but d'offrir des prestations de qualité dans une optique d'efficience.

504.31.c

L'Etat veille à une diversification des prestations de santé et à une prise en charge globale des patients.

504.4 Surveillance sur l'exercice des professions médicales

504.41.a

Les soins sont dispensés par les professionnels de la santé.

504.41.b

L'activité des professionnels de la santé est surveillée par l'Etat.

504.5 Formalisation du lien entre l'Etat et les établissements publics médicaux

504.51.a

Les établissements publics médicaux sont des organismes de droit public.

504.6 Garantie du libre choix du médecin

504.61.a

L'Etat garantit le libre choix du médecin

504.62.a Libre choix

L'Etat garantit le libre choix du professionnel de santé. Le libre choix peut être limité dans les institutions de santé publiques et subventionnées, ainsi que dans les cas d'urgence et de nécessité.

504.8 Droits des patients

504.81.a

L'Etat veille au respect des droits des patients.

504.9 Tâches de santé publique

504.91.a

L'Etat veille à la santé publique et organise la police sanitaire.

504.10 Fumée

504.101.a

Il est interdit de fumer dans les lieux publics intérieurs et fermés, tout particulièrement dans ceux qui sont soumis à une autorisation d'exploitation.

* * * * *

