

## EURO FAM

### ALERTE ACTION: RAPPORT EUTHANASIE

#### **Les enjeux**

Du 25 septembre au 2 octobre 2003 se tiendra la quatrième partie de la session ordinaire de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe à Strasbourg. Celle-ci discutera, le Mardi 30 septembre, à 15 h, le rapport "Euthanasie" (Doc. 9898) présenté par le rapporteur M. Dick Marty (Suisse), qui vise la légalisation totale de l'euthanasie dans les 45 Etats membres du Conseil de l'Europe.

#### **Le cadre institutionnel**

La Commission juridique et des droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, dans son Avis, (Doc. 9923), présenté par le rapporteur socialiste britannique M Kevin McNamara, a exprimé ses plus grandes réserves sur le rapport Marty.

En particulier la Commission Juridique souligne, que certains des paragraphes du rapport de Monsieur Dick Marty sont "entièrement fondés sur des hypothèses", voir sur des erreurs.

Par exemple, le point de vue légal adopté par le rapporteur principal ne respecte pas la jurisprudence de la Cour européenne de Droits de l'homme.

C'est pour cette raison que le rapport doit être rejeté : il faut se rallier à l'avis de la Commission juridique présenté par le rapporteur socialiste M. Kevin McNamara (Royaume-Uni).

#### **Agir avant le : 2003-09-30**

Débat et Vote en séance plénière

#### **Documents**

- Site principal de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

- Rapport MARTY (questions sociales, de la santé et de la famille)

- Rapport pour avis Mc Namara (affaires juridique - Droit de l'homme)

- Déclaration n° 326 - Légalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas

- Arrêt de la Cour européenne des Droits de l'Homme

- Document mis à jour le : 2003-09-19 12:00

## **LA CROIX**

29-09-2003

### **L'EUTHANASIE DIVISE L'EUROPE**

*Adversaires et partisans de la dépénalisation de l'euthanasie avancent des chiffres différents, poussant le Conseil de l'Europe à différer un débat sur la question*

Ce devait être un débat de société crucial pour l'Europe. Le 29 septembre, l'assemblée parlementaire des 45 pays membres du Conseil de l'Europe avait prévu de discuter à Strasbourg d'un thème controversé: faut-il ou non dépénaliser l'euthanasie en Europe ? Deux textes étaient sur la table. Le premier défendu par le **Suisse libéral Dick Marty** proposait d'inviter les pays du continent à se doter d'une loi encadrant cette pratique, sur le modèle des Pays-Bas et de la Belgique. Le second, défendu par le **socialiste britannique Kevin McNamara**, demandait à l'inverse que soit maintenues, au nom de la défense de la vie et de la primauté du droit, les interdictions actuelles qui assimilent l'euthanasie à un meurtre. Dans l'hémicycle, le débat promettait d'être animé tant les pays, les partis, les hommes sont divisés sur cette question.

Mais, le 29 septembre, le **parlementaire hongrois Matyas Eorsi**

(libéral) a jugé que le débat n'était pas assez mûr et a proposé que le sujet soit retiré de l'ordre du jour pour le reporter à une session ultérieure. Ce qui fut accepté. Seul un échange de vues a eu lieu entre les membres de **la commission des affaires sociales, de la santé et de la famille, qui soutenait le premier texte**, et deux experts, **Lisette Tiddens, représentante de la commission permanente des médecins européens et Rob Jonquière, secrétaire de l'organisation « Droit de mourir en Europe »**.

### **Un clivage géographique entre pays du Nord et du Sud**

Le débat sur l'euthanasie fait apparaître au conseil de l'Europe un clivage géographique. Les pays du Nord sont plutôt favorables à une législation et ceux du Sud et de l'Est y sont plutôt opposés. La commission des questions sociales du Conseil de l'Europe, après avoir été voilà un an saisie de cette question, avait auditionné partisans et adversaires de la légalisation de l'euthanasie, médecins et patients. Elle concluait son rapport en demandant s'il ne « serait pas envisageable d'introduire une législation exemptant de poursuites les médecins qui acceptaient d'aider des malades à mettre fin à leurs jours s'ils en faisaient la demande répétée », en établissant pour cela des critères stricts et transparents.

Le texte s'appuyait sur différents arguments: de plus en plus de membres du corps médical accepteraient de passer en secret à l'acte; les législations qui considèrent l'euthanasie comme illégale la sanctionnent rarement; enfin les lois mises en place en Belgique et aux Pays-Bas n'ont aucunement augmenté le nombre des euthanasies. Le rapport concluait même: « Nul n'a le droit d'imposer à un mourant ou à un malade en phase terminale de continuer à vivre dans une angoisse et des souffrances intolérables lorsqu'il exprime de façon répétée le désir de mourir. »

Une autre commission du Conseil de l'Europe, celle des questions juridiques et des droits de l'homme, saisie le 9 septembre dernier, a un autre avis. Son rapporteur, Kevin Mc Namara, a fait valoir que seule une petite minorité de médecins et de membres du personnel médical est prête à procéder à des euthanasies actives volontaires. Il affirmait ensuite que les lois belge et néerlandaise sur l'euthanasie avaient entraîné une augmentation des passages à l'acte et qu'autoriser un malade à demander qu'on mette fin à ses jours était un « manquement à la dignité et aux droits qui en découlent ».

Un vote dans un sens ou un autre de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe s'il avait eu lieu n'aurait eu aucun caractère contraignant pour les états membres, mais il aurait posé un principe moral. D'où le report pour mieux étudier les chiffres avancés par chacun. Une mesure qui calme le jeu et qu'approuve le rapporteur, Dick Marty, tout en regrettant qu'une instance comme le Conseil de l'Europe ne puisse débattre sereinement d'un sujet aussi important.

**Marie-Françoise MASSON**

© copyright la-Croix.com 2003



## Parliamentary Assembly Assemblée parlementaire

### Euthanasie Doc. 9898

10 septembre 2003

#### RAPPORT

Commission des questions sociales, de la santé et de la famille  
Rapporteur: M. Dick Marty, Suisse, LDR

#### RÉSUMÉ

Lorsque des patients en phase terminale de maladie subissent des souffrances constantes et intolérables sans espoir de voir leur situation s'améliorer et qu'ils en font la demande de manière répétée, volontaire et mûrement réfléchie, certains médecins et d'autres membres du corps soignant sont prêts à mettre un terme à leur vie (« euthanasie active volontaire ») ou à les aider à mettre fin à leurs jours (« suicide assisté »). Les médecins peuvent aussi être amenés à décider d'interrompre un traitement de survie en sachant qu'ils provoquent ainsi le décès du patient (« euthanasie passive »). Ces pratiques médicales largement connues ont le plus souvent un caractère très discret, voire secret; bien qu'illégales dans la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe, elles sont rarement sanctionnées. Le rapporteur considère que c'est cette réalité qui comporte le plus haut risque d'entraîner des abus et qu'il faut combler l'écart entre la loi et la pratique si l'on veut maintenir le respect de la primauté du droit.

Le rapporteur estime que nul n'a le droit d'imposer à un mourant ou à un malade en phase terminale de continuer à vivre dans une angoisse et des souffrances intolérables lorsqu'il exprime de façon répétée le désir de mourir. Cela ne signifie pas que le personnel soignant est obligé de participer à un acte d'euthanasie. D'autre part, un tel acte ne saurait être interprété comme l'expression d'une moindre considération de la vie humaine.

Concernant la prétendue incompatibilité de l'euthanasie avec l'article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (« droit à la vie »), le rapporteur souligne que cette question n'a jamais été soumise au jugement de la Cour européenne des Droits de

l'Homme. Cependant, les lois belge et néerlandaise entrées en vigueur en 2002 (selon lesquelles les médecins qui accèdent à une demande d'euthanasie volontaire active ou de suicide assisté formulée par un patient peuvent échapper aux poursuites, dans des conditions rigoureusement réglementées et contrôlées) ont été soumises avant adoption à la vérification des Conseils d'Etat belge et néerlandais, qui les ont déclarés compatibles avec la Convention. Les gouvernements des Etats membres du Conseil de l'Europe sont invités à collecter et analyser des données empiriques sur les décisions d'interruption de vie, à encourager le débat public sur ces données, à promouvoir leur analyse comparative dans le cadre du Conseil de l'Europe et, à la lumière de ces données et de ce débat public, à se demander si l'adoption d'une législation autorisant l'euthanasie devrait être envisagée.

#### I. PROJET DE RÉOLUTION

1. Lorsque des patients en phase terminale de maladies subissent des souffrances constantes et intolérables, sans espoir de voir leur situation s'améliorer, certains médecins et d'autres membres du corps soignant sont prêts à pratiquer l'« euthanasie active volontaire », c'est-à-dire à mettre un terme à la vie du patient s'il en fait la demande de manière répétée, volontaire et mûrement réfléchie. Dans les mêmes conditions, ils peuvent aussi consentir à aider un patient à mettre fin à ses jours (« suicide assisté »).
2. Ces pratiques sont largement connues dans le monde médical, mais elles ont le plus souvent un caractère très discret, voire secret. Les décisions peuvent être prises de façon individuelle et arbitraire ou en collusion avec la famille du patient. Elles sont souvent dues au simple hasard, c'est-à-dire à la présence d'un médecin ou d'une infirmière compatisants. Les pressions susceptibles d'influencer les décisions d'interruption de la vie, pressions qui peuvent venir de la famille pour des raisons fort différentes, sont d'autant plus pernicieuses qu'elles s'exercent à l'abri des regards et en dehors de toute procédure et contrôle. C'est en fait cette réalité qui comporte le plus haut risque d'entraîner des abus.
3. Jusqu'à tout récemment, ces pratiques sont restées illégales dans la plupart des États membres du Conseil de l'Europe, bien que les sanctions pénales et professionnelles soient extrêmement rares en comparaison avec le nombre de cas d'euthanasie effectivement réalisés. Il existe donc un écart frappant entre la loi et ce qui se passe dans la pratique. Il faut combler ce fossé si l'on veut maintenir le respect de la primauté du droit.
4. C'est pour cette raison, entre autres, que les Pays-Bas et la Belgique ont voté en 2002 des lois selon lesquelles les médecins qui accèdent à une demande d'euthanasie

volontaire active ou de suicide assisté formulée par un patient peuvent échapper aux poursuites, dans des conditions rigoureusement réglementées et contrôlées. Une législation spécifique est mise ainsi au point pour que ces pratiques sortent de la zone d'incertitude et d'abus potentiels où elles se trouvent, en établissant des procédures, des mécanismes et des critères très strictes et transparents que les médecins et les personnels sont tenus d'observer en prenant leur décision.

5. Les médecins peuvent aussi être amenés à décider de suspendre ou d'interrompre un traitement de survie, là encore étant bien conscients de provoquer le décès (« euthanasie passive »), en particulier lorsque l'alternative consiste à maintenir le patient en vie en mettant en œuvre un véritable acharnement thérapeutique, agressif et sans espoir du point de vue d'une guérison ou même d'une amélioration de l'état du patient : cette pratique est par ailleurs condamnée par l'éthique médicale, à plus forte raison lorsque le malade a refusé le traitement. Là encore, les États membres ont des législations et des approches différentes, certains autorisant cette pratique dans des conditions précises et d'autres la considérant comme illégale. Cependant, il est difficile d'établir une distinction éthique entre cette pratique et celles mentionnées dans le paragraphe 1.

6. La [Recommandation 1418 \(1999\)](#) de l'Assemblée parlementaire sur *la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants* s'ouvre sur cette phrase : « Le Conseil de l'Europe a pour vocation de protéger la dignité des êtres humains et les droits qui en découlent ». L'Assemblée a donc recommandé aux États membres de reconnaître que « le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort ».

7. Nul n'a le droit d'imposer à un mourant ou à un malade en phase terminale de continuer à vivre dans une angoisse et des souffrances intolérables lorsque ce dernier exprime de façon répétée le désir de mourir. Cela ne signifie en aucun cas que le personnel soignant est obligé de participer à un acte d'euthanasie. Aujourd'hui, on respecte la décision d'une personne de mettre fin à sa vie et on évite de porter sur elle des jugements de valeur. Cette évolution ne saurait par ailleurs être interprétée comme l'expression d'une moindre considération de la vie humaine.

8. Alors que les soins palliatifs sont absolument essentiels pour tenter de soulager la douleur des malades

incurables et des mourants, et qu'ils devraient être renforcés conformément à la Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée, il existe malheureusement des patients à qui ils ne conviennent pas. Malgré des progrès remarquables, les soins palliatifs ne peuvent pas toujours supprimer les souffrances intolérables. Dans tous les cas, la question va au-delà de l'atténuation de la douleur : seuls les patients eux-mêmes peuvent évaluer leur degré de leur propre souffrance, y compris l'angoisse et la perte de dignité qu'ils ressentent. Dans la même situation, des personnes qui souffrent peuvent prendre des décisions différentes quant à leur vie, mais les choix de chaque être humain sont dignes de respect.

9. Au vu des considérations ci-dessus, l'Assemblée parlementaire invite les gouvernements des États membres du Conseil de l'Europe :
- i. à collecter et analyser des données empiriques sur les décisions d'interruption de vie impliquant l'euthanasie volontaire active, le suicide assisté, l'euthanasie passive et les pratiques similaires, dont des données sur l'attitude du public, l'expérience des médecins et la jurisprudence des tribunaux ;
  - ii. à encourager le débat public sur ces données, afin de créer la plus grande transparence possible dans un domaine aujourd'hui trop souvent laissé à des décisions prises par le corps médical sans aucune forme de contrôle ;
  - iii. à promouvoir l'analyse comparative et la discussion de ces données dans le cadre du Conseil de l'Europe, en tenant notamment compte des résultats des nouvelles législations belge et néerlandaise, en particulier leurs effets sur la pratique en matière d'euthanasie ;
  - iv. à la lumière de ces données et de ce débat public, à se demander s'il serait envisageable d'introduire, là où elle n'existe pas encore, une législation exemptant de poursuites les médecins qui acceptent d'aider les malades incurables, subissant des souffrances constantes et intolérables et sans espoir de voir leur état s'améliorer, à mettre fin à leurs jours s'ils en font la demande de manière répétée, volontaire et mûrement réfléchi, conformément à des conditions et des procédures rigoureuses et transparentes fixées par la loi.

## **II. EXPOSÉ DES MOTIFS PAR M. MARTY**

### **I. Introduction**

1. L'euthanasie est une question extrêmement complexe qui nous amène au carrefour entre vie et mort, entre libre choix et croyance religieuse, entre thérapie et intervention médicale pour induire la mort ; une question qui met mal à l'aise car elle nous confronte à la fin de notre propre vie. Alors pourquoi devoir la réexaminer alors qu'il y a quatre ans, l'Assemblée parlementaire a adopté la

Recommandation 1418 (1999) sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants ?

2. Toutes les enquêtes le confirment, l'euthanasie se pratique tous les jours. Or, puisqu'elle est un délit dans la majorité des pays, nous sommes bien obligés de conclure qu'il y a une divergence frappante entre la loi et ce qui se passe dans la pratique. Les sanctions judiciaires et professionnelles sont rarissimes en comparaison du nombre des actes.
3. L'euthanasie peut se manifester sous différentes formes : on peut désactiver un appareil, renoncer intentionnellement à un traitement, administrer un produit de nature thérapeutique à un dosage tel qu'il entraîne la mort du patient. L'interruption de la vie peut être provoquée sur la requête du patient ou à la demande de sa famille. Faut-il faire intervenir la loi dans ce qui a été appelé « la dernière liberté » ?<sup>[1]</sup>
4. Les progrès de la médecine n'ont rien résolu dans ce domaine, bien au contraire. Avec la médecine de pointe, le problème se pose avec une plus grande acuité.
5. S'il nous faut un motif supplémentaire pour nous pencher sur la question de l'euthanasie, deux membres du Conseil de l'Europe, les Pays-Bas et la Belgique, viennent d'adopter une législation qui constitue indiscutablement un défi aux autres États et à cette Assemblée parlementaire. Cette situation nous oblige à confronter le droit et la réalité.
6. En outre, bien que selon ses adversaires, l'euthanasie soit contraire à la Convention européenne des droits de l'homme – en particulier à l'article 2 sur le droit à la vie –, la Cour européenne des droits de l'homme n'a jamais été saisie de cette question qui, au demeurant, est déclarée compatible avec la Convention par le *Conseil d'État* belge et celui des Pays-Bas.
7. Enfin, d'après les sondages de l'opinion publique menés dans plusieurs États membres, il s'avère qu'une majorité est favorable à une législation qui réglementerait l'euthanasie. C'est à nous, responsables politiques et législateurs, de relever d'une manière ou d'une autre ce défi.

## **II. Définitions**

8. Pour éviter toute confusion, il est important de s'entendre clairement sur le sens attribué au terme « euthanasie ». Étymologiquement, il signifie « bonne mort ». Dans ce rapport, il sera utilisé pour désigner *tout acte médical destiné à mettre un terme à la vie d'un malade à sa demande répétée, volontaire et mûrement réfléchi, afin de soulager des souffrances intolérables*. Cela correspond à ce que l'on nomme généralement « euthanasie active volontaire ».
9. Reste que, dans les débats sur la question, il est parfois fait référence aux concepts d'« euthanasie active non volontaire », lorsque le consentement du malade est impossible à obtenir – par exemple, parce qu'il est inconscient – ou, simplement, n'a pas été obtenu ; et de l'« euthanasie active involontaire », expression parfois employée pour décrire un acte perpétré *contre* le souhait du malade. La définition donnée dans le paragraphe 8 mène à la conclusion que ces cas ne sont pas des cas d'euthanasie.
10. L'expression « euthanasie passive » désigne les cas d'omission ou d'interruption du traitement de survie, là encore avec l'intention de

mettre fin à la vie, en particulier lorsque l'autre solution consiste à tenter de maintenir le patient en vie par un traitement acharné, agressif et inutile, pratique condamnée par l'éthique médicale, à plus forte raison lorsque le malade a refusé ce traitement. Enfin, il y a « suicide assisté » dans les situations où un médecin aide le malade à supprimer sa propre vie, là encore à la demande répétée, volontaire et mûrement réfléchie du patient<sup>[2]</sup>.

## **III. La Recommandation 1418 (1999) et les réponses du Comité des Ministres**

11. La Recommandation 1418 (1999) fait d'abord remarquer que pour les malades incurables et les mourants, l'accès aux soins palliatifs et au traitement de la douleur faisait cruellement défaut. L'Assemblée a donc encouragé les États membres à promouvoir la généralisation des soins palliatifs par une série de mesures constructives telles que la création d'unités de soins palliatifs dans les hôpitaux, la mise en place d'unités, d'équipes et de réseaux mobiles spécialisés, ainsi qu'une formation spécifique des professionnels de santé. Le Comité des Ministres a répondu (Doc. 8888) que le Comité européen de santé publique entendait faire de la question des soins palliatifs un examen approfondi. Heureux dénouement, dont nous attendons avec impatience les résultats à paraître prochainement.
12. D'autre part, la Recommandation 1418 demandait aux États membres de protéger le « droit à l'autodétermination » des malades incurables ou des mourants ; ce qui n'incluait pas le droit de choisir le moment et la manière de mourir. De fait, l'intention était explicitée dans les directives annexes relatives aux droits du malade, à savoir : être informé exactement et entièrement (ou ne pas être informé) sur sa propre condition ; consulter d'autres médecins ; ne pas être soigné contre son gré, tout en étant protégé contre les pressions inutiles ; voir ses « directives anticipées » ou son « testament de vie » respectés selon certaines conditions lorsqu'on est frappé d'incapacité ; voir sa volonté de bénéficier de tel ou tel traitement prise en compte dans la mesure du possible ; et, enfin, voir son droit à la vie respecté en l'absence de « testament de vie ».
13. Sur la question du respect ou du non-respect du « testament de vie », le Comité des Ministres a noté (Doc. 9404) que la formulation de l'article 9 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (« Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte. ») reflétait un consensus maximal au moment de la rédaction eu égard à l'autodétermination du malade et à la responsabilité médicale.
14. Enfin, la Recommandation 1418 demandait aux États membres de maintenir l'interdiction de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables ou des mourants :
  - « i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les États membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme qui dispose que 'la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement' ;
  - ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou par un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers ;
  - iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou par un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort. »



15. Dans ses réponses, le Comité des Ministres a constaté l'existence, dans les États membres, de législations contradictoires en ce qui concerne le refus par avance de certains traitements ainsi qu'en matière d'euthanasie. En conséquence, le Comité des Ministres a chargé son Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) de mener une enquête sur leurs lois et pratiques pertinentes. Ces travaux ont fait l'objet d'une publication (voir la note de bas de page n°2). L'expert qui a dirigé l'enquête a également rédigé un rapport concomitant, non publié par le CDBI. La question ayant à peine été examinée au sein du CDBI, il est souhaitable que ce rapport fasse l'objet d'une publication.

16. En ce qui concerne l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (le droit à la vie), le Comité des Ministres a répondu que son intérêt du point de vue de l'euthanasie n'avait pas été éprouvé.

17. Par ailleurs, le Comité des Ministres a commenté d'autres aspects soulevés par les Articles 3 et 8 de la Convention et a reconnu que « du fait de l'absence de toute jurisprudence précise, la question des « droits de l'homme des malades incurables et des mourants », vue sous l'angle de la Convention, soulève une série d'autres problèmes d'interprétation extrêmement complexes, notamment en ce qui concerne :

- la question des interactions et des conflits possibles entre les droits et les libertés concernés, mais aussi celle de la marge d'appréciation dont disposent les États Parties pour trouver des solutions permettant de concilier ces droits et libertés ;
  - la question de la nature et de la portée des obligations positives incombant aux États Parties et celle de savoir lesquelles sont liées à la protection effective des droits et libertés prévus par la Convention ;
  - la question de savoir si les dispositions pertinentes de la Convention doivent être interprétées comme garantissant également les « droits négatifs », ainsi qu'en a décidé la Cour pour certains articles de la Convention, et celle de savoir si une personne peut renoncer à l'exercice de certains droits et libertés dans ce contexte (et, si tel est le cas, dans quelle mesure et sous quelles conditions).
- » [3]

18. S'agissant de savoir si le droit à la vie implique des droits négatifs, la position de la Cour a été clarifiée par le jugement qu'elle a rendu sur l'affaire Diane Pretty, affirmant que « l'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir ; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination au sens où il donnerait à l'individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie. ... La Cour estime donc qu'il n'est pas possible de déduire de l'article 2 de la Convention un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique. »[4] Il reste, néanmoins, que la Cour n'a pas éprouvé la proposition déclarant que l'euthanasie est contraire à la Convention. Cependant, les Conseils d'État belge et néerlandais ont conclu que la législation sur l'euthanasie introduite dans ces pays est compatible avec la Convention (voir plus bas, chapitres V et VI).

#### **IV. Faits concrets sur les décisions de mettre fin à la vie**

19. Les données empiriques quant au pourcentage des euthanasies, des suicides médicalement assistés et des autres pratiques de fin de vie ont grandement contribué au débat sur le rôle de telles pratiques dans des soins de santé modernes.

20. Les études empiriques menées à grande échelle sont peu

nombreuses en Europe. Les plus connues concernent les Pays-Bas et la Belgique (Flandre). En 1990-91, une enquête sur l'euthanasie et autres pratiques de fin de vie aux Pays-Bas, première du genre à l'échelon d'un seul pays, a été ordonnée par une commission gouvernementale présidée par le procureur général de la Cour suprême néerlandaise, M. Jan Remmelink. En 1995-96, une deuxième enquête presque identique, celle-là sur la requête des ministres de la Santé et de la Justice, a évalué la nouvelle procédure de notification introduite en 1991 pour l'assistance au décès. Ces enquêtes se basaient l'une et l'autre sur deux études parallèles : l'une constituée d'*interviews* de médecins (choisis dans un échantillon pris au hasard), l'autre formée de *questionnaires* adressés à des médecins ayant aidé à mourir (choisis dans un échantillon pris au hasard de certificats de décès).

21. Parmi les décès examinés dans l'enquête de 1995, 2,3 % de ceux répertoriés via interviews et 2,4 % de ceux recensés dans l'étude par certificat de décès étaient estimés résulter d'une euthanasie, contre 1,9 % et 1,7 % respectivement dans l'enquête de 1990. Ces augmentations étaient expliquées par la nouvelle procédure de notification introduite en 1991. En 1995, 0,4 % (étude par interviews) et 0,2 % (étude par certificat de décès) des décès étaient le fait d'un suicide assisté (respectivement 0,3 % et 0,2 % en 1990). Dans l'enquête de 1995, les deux études (par interview et par certificat de décès) ont montré que dans 0,7 % des cas, l'interruption de vie avait eu lieu sans demande explicite malade. En 1990, ce chiffre n'était pas fourni pour l'étude par interviews, mais il était de 0,8 % pour l'étude par certificat de décès.

22. Pour les deux enquêtes, les résultats ont montré que dans 14,7 à 19,1 % des cas, la douleur et les symptômes avaient été soulagés par des doses d'opioïdes pouvant avoir abrégé la vie. Les décisions de suspendre ou d'interrompre le traitement de survie étaient prises dans 20,2 % des cas en 1995, contre 17,9 % en 1990 (étude par certificat de décès seule). Pour chaque type de décision médicale – sauf en cas d'interruption du traitement de survie –, le cancer était le diagnostic le plus fréquemment rapporté.

23. L'enquête de 1995 a conclu que, puisque la procédure de notification datait de 1991, la décision d'interruption de vie aux Pays-Bas avait légèrement changé, certes, mais dans des directions prévues : apparemment, la pratique de l'euthanasie a augmenté, tandis que l'arrêt de vie sans demande explicite du malade a légèrement régressé. Ces décisions ont pu faire l'objet d'un contrôle serré qui, selon les auteurs[5], n'a révélé ni multiplication inacceptable ni baisse de rigueur.

24. Le débat constant sur la question de savoir si et quand la mort médicalement assistée est acceptable, semble avoir eu pour résultat une stabilisation progressive des pratiques de fin de vie. Les entrevues et études des certificats de décès menées en 1990 et 1995 et reconduites plus récemment ont montré que le pourcentage des euthanasies n'avait pas connu de nouvelle augmentation en 2001[6].

25. Une enquête comparable, menée en 1998 en Flandre (Belgique), s'est basée sur un échantillon de certificats de décès et sur des questionnaires adressés aux médecins ayant assisté le décès. Sur les 4,4 % des décès dus à l'administration de médicaments létaux, 1,1 % relevaient de l'euthanasie, 0,1 % du suicide assisté et 3,2 % d'une interruption de vie sans demande explicite du malade (soit un nombre total estimé à 1 796 cas en 1998). Chez 18,5 % des malades, des opioïdes à forte dose ont servi à soulager la douleur et entraîné une mort non intentionnelle dans 13,2 % des cas, mais une

mort intentionnelle dans 5,3 % des cas. La décision de suspendre ou d'interrompre le traitement de survie est survenue dans 16,4 % des cas.[7]

26. En comparant leurs résultats à l'échelon international, les auteurs ont conclu qu'en Flandre, le taux d'administration de médicaments létaux sans demande explicite du malade est similaire à celui de l'Australie, et nettement supérieur à celui des Pays-Bas. Selon eux, ce fait pourrait être dû à l'approche ouverte et réglementée qui prévalait déjà alors aux Pays-Bas.

27. Bien que ce type d'enquête systématique sur les décisions d'interruption de vie n'ait pas eu lieu dans d'autres pays européens, les témoignages entendus lors de l'audition sur l'euthanasie organisée par la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille (Paris, le 25 octobre 2002) ont révélé qu'au Royaume-Uni, près de 60 % des médecins interrogés par le *British Medical Journal* avaient été sollicités pour avancer le moment de la mort, 32 % avaient déjà accédé à ce type de demande et 46 % envisageaient d'aider leurs patients à mourir si cet acte devenait légal.[8] Dans une enquête menée en 1998 par le *The Sunday Times*, 14 % des médecins interrogés ont admis avoir aidé des malades à mourir sur leur demande. Enfin, une enquête effectuée en Norvège en 1997 a évoqué une vingtaine de cas par an.

28. Ces brefs aperçus de la réalité médicale sont confirmés par la presse quotidienne. Les observations ponctuelles abondent et, dans bon nombre de pays, les médecins reconnaissent avoir pratiqué l'euthanasie. On est en droit de conclure qu'il est nécessaire et urgent de renforcer la recherche scientifique, quelles qu'en soient les limites, sur cet important sujet.

#### **V. La nouvelle législation néerlandaise**

29. La loi relative au « contrôle des interruptions de vie pratiquées à la demande du patient et des aides au suicide », entrée en vigueur aux Pays-Bas le 1<sup>er</sup> avril 2002, réglemente et précise les politiques et pratiques d'euthanasie apparues depuis une trentaine d'années. Elle est fondée sur les résultats obtenus par les commissions gouvernementales, sur des études scientifiques, sur les débats publics et parlementaires et, en particulier, sur la jurisprudence établie par les tribunaux et acceptée par le Gouvernement et le Parlement pour orienter la politique des poursuites judiciaires en la matière.

30. En substance, la nouvelle loi contient un amendement à l'article 293 du Code pénal stipulant que, bien que quiconque mettant fin à la vie d'une personne sur demande expresse et ardente de ladite personne soit passible d'une peine d'emprisonnement ne dépassant pas douze ans ou d'une amende de cinquième catégorie, un tel acte ne sera pas un délit s'il est perpétré par un médecin qui en notifie l'expert médico-légal de la commune conformément à la législation en vigueur et qui remplit les critères de soin stipulés. Selon ces critères, le médecin concerné doit :

- a. avoir la conviction que le malade a fait une demande volontaire et mûrement réfléchie ;
- b. avoir la conviction que la souffrance du malade est intolérable et qu'il n'y a aucune perspective d'amélioration ;
- c. avoir informé le malade sur sa situation et ses perspectives ;
- d. être arrivé à la conclusion, avec le malade, qu'il n'y a pas d'alternative possible compte tenu de sa situation ;
- e. avoir consulté au moins un autre médecin indépendant, lequel doit avoir vu le malade et donné un avis écrit sur les critères de soin énoncés plus haut (voir les paragraphes a. à d.) ;

- f. avoir mis fin à la vie du malade ou aidé à son suicide avec tous les soins médicaux et l'attention qui se doivent.

31. De la même manière, quiconque incite intentionnellement une personne à se suicider, si le suicide a lieu, est normalement passible, en vertu de l'article 294 du Code pénal, d'une peine d'emprisonnement ne dépassant pas trois ans ou d'une amende de quatrième catégorie, mais ne commet pas de délit si les critères ci-dessus mentionnés sont satisfaits.

32. D'autre part, la nouvelle législation prévoit des règlements concernant l'interruption de vie sur demande et le suicide assisté impliquant des mineurs. Il est en général admis que les mineurs aussi possèdent assez de discernement pour arriver à une demande sensée et réfléchie de mettre fin à leur vie. En ce qui concerne les différents groupes d'âge, la nouvelle législation rejoint celle appliquée pour la conduite médicale à l'égard des mineurs. Les jeunes de 16 et 17 ans peuvent, en principe, prendre leurs propres décisions. Leurs parents doivent, néanmoins, participer à la prise de décision concernant l'interruption de vie. Pour les enfants âgés de 12 à 16 ans, l'approbation des parents ou du tuteur est obligatoire.

33. Enfin, la législation reconnaît explicitement la validité d'une déclaration de volonté écrite concernant l'euthanasie. La présence de cette déclaration écrite signifie que le médecin peut la considérer comme conforme à la volonté du malade. La déclaration équivaut à une demande concrète d'euthanasie. La demande verbale comme écrite permet au médecin d'y accéder en toute légalité. Reste qu'il n'est pas tenu de le faire. Sans compter qu'il ne peut accéder à la demande qu'à condition de tenir compte des critères de soin stipulés par la loi. Ces critères doivent être respectés, qu'il s'agisse d'une demande émanant d'un malade conscient ou d'un malade non conscient avec déclaration de volonté. Dans chaque cas, le médecin doit être convaincu que le malade endure une souffrance interminable et intolérable. En l'absence de cette conviction, il peut ne pas accéder à la demande d'euthanasie, quel que soit ce que stipule la déclaration.

34. Dans tous les cas, le médecin doit rendre compte de son acte à l'expert médico-légal local. Le rapport est examiné par l'une des cinq commissions de contrôle régionales[9] afin de déterminer si l'acte a été exécuté avec le soin requis. Le jugement de la commission de contrôle est ensuite transmis au Ministère public, qui en fait un élément déterminant pour décider d'engager ou non des poursuites judiciaires à l'encontre du médecin concerné.

35. Si la commission estime que le médecin a dispensé les soins nécessaires, l'affaire est classée. Sinon, elle est portée devant le Parquet. Celui-ci a, bien entendu, le pouvoir de lancer sa propre enquête s'il soupçonne un acte criminel.

#### **VI. La nouvelle législation belge**

36. Entrée en vigueur le 23 septembre 2002, la loi belge sur l'euthanasie est fondée sur l'expérience néerlandaise, mais possède ses caractéristiques propres. Par euthanasie, il faut entendre « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. »

37. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il respecte les conditions et procédures prescrites et il s'est assuré que :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande (qui doit être faite par écrit) ;

- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

38. Le médecin doit préalablement et dans tous les cas :

- 1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables, ainsi que les possibilités des soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;
- 2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;
- 3° consulter un confrère quant à la gravité et à l'irréversibilité de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant, et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient des résultats de cette consultation ;
- 4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci ;
- 5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches qu'il a désignés ;
- 6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

39. Si la mort ne doit pas intervenir à brève échéance – autrement dit, si le patient n'est pas rendu en phase terminale de sa maladie –, le médecin demandera à consulter un troisième praticien (psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée). Dans ce cas, il convient de laisser s'écouler au moins un mois entre la demande du patient et l'euthanasie.

40. Tout comme les Pays-Bas, la Belgique a institué un système de contrôle. Le médecin doit déclarer l'acte d'euthanasie à une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation composée de seize membres : huit docteurs en médecine (dont au moins quatre universitaires), quatre juristes et quatre personnes connaissant bien la problématique des patients atteints de maladies incurables. Cette commission remplit une seconde fonction : établir, tous les deux ans, un rapport statistique et évaluatif et faire des recommandations.

41. Le testament de vie (appelé « déclaration anticipée ») est officiellement reconnu mais strictement limité à l'état d'inconscience irréversible de la personne.

42. Bien qu'aucun médecin ne soit tenu de pratiquer l'euthanasie, celui qui, exerçant sa liberté de conscience, refuse d'appliquer cet acte doit transférer le dossier médical de son patient à un confrère conformément au choix du patient.

43. La loi ne fait pas mention du « suicide assisté ». Ainsi, rien n'est dit de la méthode à utiliser par le médecin, bien qu'il soit tenu de la

décrire dans le formulaire officiel à transmettre à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation.

44. Il est intéressant de s'arrêter sur certains des arguments mis en avant par le Conseil d'État belge pour justifier sa conclusion selon laquelle le projet de loi (aujourd'hui entré en vigueur) sur l'euthanasie n'est pas incompatible avec la Convention européenne des droits de l'homme. Le Conseil d'État a noté en particulier, après analyse de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, que l'obligation positive qu'ont les Parties de protéger le droit à la vie ne doit pas empêcher de tenir compte, notamment, du droit des personnes à l'autodétermination<sup>[10]</sup>. Cela signifie que l'obligation des autorités de protéger le droit à la vie (article 2) doit être placée en regard du droit des personnes à être protégées des peines ou traitements inhumains (article 3) et du droit à l'intégrité physique et morale, qui dérive du droit au respect de la vie privée (article 8). La Convention ne donne pas de directive sur la manière de résoudre ce conflit entre les droits fondamentaux.

45. Le Conseil d'État a noté que l'une des caractéristiques essentielles du débat sur l'euthanasie est qu'il soulève des questions éthiques difficiles et fondamentales, qui impliquent de choisir entre des conceptions éthiques opposées. Se demandant qui devrait faire ce choix, le Conseil d'État a mentionné une affaire portant sur la loi norvégienne sur l'avortement, dans laquelle la Commission européenne des droits de l'homme a déclaré, en accord avec la Cour suprême norvégienne :

« Il n'appartient pas aux tribunaux de décider si la solution à un problème législatif difficile, et que le législateur a choisie lorsqu'il a adopté la loi de 1978 sur l'interruption de grossesse, est ou non la meilleure. Sur ce point les juges, tout comme d'autres membres de notre société, auront des opinions divergentes. La conciliation d'intérêts opposés que nécessitent les lois sur l'avortement est une tâche qui incombe au législateur et qui relève de sa responsabilité. (...) Il est clair que les tribunaux doivent respecter la solution retenue par le législateur<sup>[11]</sup>. »

46. Se prononçant sur la compatibilité de la loi norvégienne avec l'article 2 CEDH, la Commission a conclu :

« ...à supposer que la Convention puisse être considérée comme ayant quelque influence à cet égard, la Commission estime que, dans un domaine aussi délicat, les Etats contractants doivent jouir d'un certain pouvoir discrétionnaire »...<sup>[12]</sup>

47. De même, il revient au législateur d'user de son pouvoir discrétionnaire pour résoudre le conflit entre les conceptions éthiques opposées qui apparaissent dans le débat sur la dépénalisation de l'euthanasie. Les juges doivent respecter le pouvoir d'appréciation du législateur et ne peuvent prendre sa place. Cependant, ce pouvoir discrétionnaire n'est pas illimité. L'obligation de protéger le droit à la vie doit être évaluée à la lumière des conditions et des procédures accompagnant la loi sur l'euthanasie. Sur ce point, le Conseil d'État s'est déclaré satisfait que le projet de loi (aujourd'hui la loi) reste dans les limites de la marge d'appréciation laissée aux autorités nationales conformément à l'article 2 de la Convention.

## **VII. Le droit suisse**

48. Le droit suisse est un cas particulier en Europe. Il n'existe pas de lois spécifiques sur l'euthanasie, mais le Code pénal contient des mesures qui peuvent lui être appliquées. L'article 114 stipule qu'une personne qui en tue une autre par pitié peut être exemptée de peine. L'article 115 précise que ce qui rend l'acte punissable est

l'existence d'un mobile égoïste.

49. L'article 114 n'a été appliqué qu'une fois depuis 1942. L'article 115 n'est pas motivé par des considérations médicales : à l'origine, au XIXe siècle, il visait à exempter de peine celui qui prête une arme à un ami souhaitant se suicider, à cause d'une histoire d'amour malheureuse, par exemple. Aujourd'hui on a recours à l'article 115 pour les questions d'interruption de la vie, ce qui n'était pas du tout l'intention du législateur. Ainsi, alors que l'aide au suicide n'est pas punie, les médecins n'ont pas le droit de pratiquer l'euthanasie et peuvent être sanctionnés par leurs collègues. Selon l'Académie qui fait fonction de tribunal pour les professions médicales suisses, « l'aide au suicide n'est pas un acte médical ». L'Académie a l'intention de revoir cette règle quelque peu hypocrite. Cependant, de récents débats politiques ont montré qu'il est difficile de parvenir à un consensus dans ce domaine. Un député socialiste du canton de Vaud a présenté une motion sur le sujet en 1984, mais le ministre de la Justice a considéré qu'il était trop tôt pour légiférer. La pression politique augmentant, le gouvernement a créé un groupe d'experts qui a proposé une série de mesures. Cependant, le gouvernement fédéral a seulement décidé de développer les soins palliatifs. Le Parlement a réagi par différents projets de loi qui n'ont pas été votés. Aujourd'hui, la situation est dans l'impasse, mais elle peut encore évoluer. Une nouvelle motion, demandant au gouvernement d'encourager la médecine palliative et de réouvrir le dossier de l'euthanasie, a été acceptée. Le gouvernement ne souhaite pas le faire, mais il sera appelé à réagir.

### **VIII. Arguments contre l'euthanasie et la nouvelle législation néerlandaise et belge**

50. Les principaux arguments contre l'euthanasie et sa dépénalisation sont, avant tout, son incompatibilité alléguée avec le droit fondamental de l'homme à la vie et avec le concept de dignité de l'homme dont il procède. Telle est toute l'idée maîtresse de l'argument qui sous-tend la Recommandation 1418 (1999). L'interdiction de donner intentionnellement la mort est à la base de toute relation sociale et met l'accent sur notre égalité fondamentale. Par conséquent, l'euthanasie demeure un délit pénal dans tous les États membres du Conseil de l'Europe, sauf sous certaines conditions aux Pays-Bas et en Belgique. De surcroît, il serait contradictoire, ou pour le moins pervers, de travailler à l'abolition de la peine de mort et, dans un même temps, à l'acceptation de l'euthanasie.

51. Certains prétendent que l'euthanasie est contraire à la volonté de Dieu telle qu'exprimée dans le commandement : « Tu ne tueras point ». Pour ceux peu désireux d'introduire l'autorité divine dans la discussion, elle est contraire à la déontologie de la médecine, notamment au principe romain « primum non nocere » (« avant tout ne pas nuire ») et au serment d'Hippocrate.

52. Les adversaires soulignent aussi que la relation de confiance qui doit prévaloir entre médecin et patient serait entamée si le premier avait légalement pouvoir de mettre fin à la vie du dernier. Sans compter que la plupart des médecins n'ont pas reçu de formation pour mettre fin à la vie.

53. Autre argument des opposants à l'euthanasie : il se peut que les malades incurables ou les mourants ne souffrent pas seulement physiquement mais aussi mentalement, en particulier de dépression ; dans ce cas, comment savoir si leur décision de demander l'euthanasie est vraiment rationnelle ?

54. Enfin, tant d'un point de vue logique que pratique, il serait impossible de concevoir une forme d'institutionnalisation de l'euthanasie volontaire exempte du risque d'abus. Le médecin peut subir des pressions pour mettre fin à la vie du patient sous des prétextes non médicaux – manque de lits d'hôpital, perspective de gains financiers ou, même, raisons politiques. Inévitablement, il y aura un glissement sur la « pente savonneuse » de l'euthanasie volontaire vers l'euthanasie involontaire et non volontaire. Des gens seront tués sans l'avoir demandé, alors qu'ils auraient pu bénéficier de soins palliatifs. Assurément, les progrès en matière de soins palliatifs rendront l'euthanasie inutile.

### **IX. Arguments en faveur de l'euthanasie et de sa dépénalisation**

55. Les principaux arguments en faveur de l'euthanasie et de sa dépénalisation se rattachent, avant tout, à l'autodétermination ou à l'autonomie personnelle : chaque individu, par respect de sa dignité et de ses valeurs, a droit de prendre des décisions concernant sa propre vie et sa propre mort en accord avec ses propres valeurs et croyances, et de ne pas se les voir imposer. C'est là une question de liberté et d'égalité face à la mort. De même, ce droit n'implique pour les personnels soignants aucune obligation de prendre part à un acte d'euthanasie. Sur ces questions, c'est la liberté de conscience qui devrait prévaloir.

56. Les partisans de l'euthanasie soulignent que personne n'a le droit d'imposer à un malade incurable et à un mourant l'obligation de continuer à vivre dans des souffrances et une angoisse intolérables alors que lui-même a obstinément exprimé la volonté de mourir. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les médecins acceptent de faire exception aux préceptes de la déontologie ; par exemple, en pratiquant des avortements. L'avortement lui-même est légal depuis de nombreuses années.

57. La société a connu pareil changement d'attitude à l'égard du suicide, autrefois considéré comme un délit. Aujourd'hui, nous respectons le choix d'un individu qui met fin à sa vie et nous gardons bien de porter sur lui des jugements de valeur.

58. Si les soins palliatifs se révèlent absolument essentiels pour tenter de soulager la douleur des malades incurables et des mourants, ils sont malheureusement inadéquats pour certains patients. Les soins palliatifs ne peuvent pas toujours supprimer les souffrances intolérables. En tout état de cause, la question dépasse le simple soulagement de la douleur : le degré de souffrance, notamment l'angoisse psychologique et la perte de dignité, est quelque chose que le malade est seul à pouvoir estimer. Les personnes souffrant dans une même situation peuvent prendre des décisions de fin de vie différentes, mais le choix de chaque être humain mérite le respect. La dépression ne doit pas entrer en ligne de compte, dans la mesure où le médecin qui soigne le patient est censé connaître son dossier et où la demande d'euthanasie est exprimée avec insistance.

59. Le fait que le Conseil de l'Europe soit favorable à l'abolition de la peine de mort n'est pas en contradiction avec le soutien de l'euthanasie, puisque la première, sauf exception confirmant la règle, est exécutée contre la volonté de l'individu.

60. Puisque l'« euthanasie passive » – interruption du traitement de survie ou des moyens de subsistance en sachant qu'elle entraînera la mort (acte délibéré s'il en est) – a été reconnue dans certains cas sur le plan déontologique et légal, il est difficile de voir la distinction morale avec l'euthanasie active.



61. Enfin, l'euthanasie semble se pratiquer le plus souvent en secret. Or, c'est cette réalité qui charrie le plus fort potentiel d'abus. En effet, les décisions peuvent être prises de manière discrète et arbitraire. Elles peuvent être une simple question de « chance » : un médecin compatissant ou une infirmière malveillante. Quant aux pressions pouvant influencer les décisions d'interruption de vie, elles seront d'autant plus pernicieuses qu'elles s'exerceront à l'abri des regards. Pour sauvegarder la primauté du droit, il ne doit plus être en décalage avec la pratique. Certes, les abus ne disparaîtront pas avec la législation (quelle est la législation qui élimine les abus ?), mais du moins s'en trouveront-ils réduits.

## X. Conclusions

62. Le débat sur l'euthanasie nous confronte à deux groupes de valeurs opposés : l'un affirme le droit de l'individu à prendre des décisions concernant sa propre vie et sa propre mort en accord avec ses propres croyances et valeurs, dans la mesure où cela ne nuit pas à autrui ; l'autre dénie ce droit puisqu'un médecin ne peut pas l'appliquer sans encourir des poursuites. En tant que libéral, je penche pour le premier groupe. En qualité de juriste et de législateur, je vois que partout dans le monde, des médecins mettent fin à la vie de certains malades, souvent dans le secret et avec un sentiment de culpabilité. Le droit semble avoir démissionné devant cette réalité, alors qu'il devrait, au contraire, avoir le courage de l'affronter. Dépénaliser l'euthanasie au lieu d'en maintenir l'interdiction, voilà qui nous aiderait peut-être à mieux la contrôler, voire à l'empêcher. Clarifier la situation pourrait bien, en définitive, contribuer à réduire la fréquence de l'euthanasie. A mon avis, seul un encadrement des procédures et une définition précise de son application, sous la forme d'exigences concernant les précautions de mise, permettraient de mettre fin à l'arbitraire qui l'entoure encore aujourd'hui dans la majorité des pays européens.

63. En fixant des règles, il sera possible de renforcer la prudence face à ces pratiques. Un malade a-t-il le droit de demander qu'on mette fin à ses jours, et, s'il ne peut exprimer cette demande, sa famille doit-elle pouvoir le faire à sa place ? Je pense que le droit doit préciser le cadre d'une telle requête, mais aussi les précautions à prendre, notamment pour obtenir le consentement et concernant les précautions de mise. La transparence est une exigence des droits de l'homme et de la dignité humaine. Or, cette exigence est rarement satisfaite dans le cas de l'euthanasie, en particulier parce que de nombreux médecins la refusent. Nous avons besoin d'un débat public et de recherches plus larges sur ces questions.

-----  
Renvoi en commission: [Doc. 9170](#), renvoi N° 2648 du 25 septembre 2001

## Projet de résolution adopté par 15 voix contre 12 le 5 septembre 2003

Membres de la commission: *Mme Belohorská* (Présidente), MM Christodoulides (1er Vice-Président), Surján (2ème Vice-Président), *Mme McCafferty* (3ème Vice-Présidente), *Mme Ahlqvist*, MM. *Alis Font*, *Arnau*, *Mme Bargholtz*, *M. Berzins*, *Mme Biga-Friganovic*, *Mme Bolognesi* (remplaçant: *M. Piscitello*), MM. *Brinzan*, *Brunhart*, *Buzatu* (remplaçant: *Ionescu*), *Çavusoglu*, *Colombier*, *Cox*, *Dees*, *Donabauer*, *Drljevic*, *Evin*, *Flynn*, *Mme Gamzatova*, MM. *Geveaux*, *Giertych*, *Glesener*, *Gonzi*, *Gregory*, *Gülçiçek*, *Gündüz*, *Gusenbauer*, *Hegy*, *Herrera* (remplaçante: *Mme Fernández-Capel*), *Hladiy* (remplaçant : *Borzykh*), *Høie*, *Mme*

*Hurskainen*, MM. *Jacquat*, *Kastanidis*, *Klympush*, *Baroness Knight*, MM. *Lomakin-Rumiantsev*, *Mme Lotz* (remplaçante: *Mme Rupprecht*), *Mme Lucic*, MM. *Makhachev*, *Malachowski*, *Manukyan*, *Markowski*, *Marty*, *Mas'álka*, *Mme Milicevic*, *Mme Milotina*, MM. *Mladenov*, *Monfils*, *Ouzkz*, *Padilla*, *Pavlidis*, *Mme Pétersdóttir*, MM. *Podobnik*, *Popa*, *Poty* (remplaçant: *Timmermans*), *Poulsen*, *Provera* (remplaçant: *Tirelli*), *Pysarenko*, *Rauber*, *Riester*, *Rigoni*, *Rizzi* (remplaçante: *Mme Paoletti Tangheroni*), *Mme Roseira*, *Mme Saks*, MM. *Santos*, *Seyidov*, *Mme Shakhhtakhtinskaya*, MM. *Slutsky*, *Sygas*, *Mme Tevdoradze*, *Mme Topalli*, *Mme Vermot-Mangold*, *M. Volpinari*, *Mme Wegener* (remplaçant: *Mr Haack*), MM. *Van Winsen* (remplaçante: *Mme Zwerver*), *Zernovski*, *ZZ*...

**NB: Les noms des membres qui ont pris part à la réunion sont imprimés en italique.**

Secrétariat de la commission: *M. Mezei*, *Mme Meunier*, *Mme Karanjac*, *M. Chahbazian*

-----  
[1] François de Closets, *La dernière liberté*, Paris, Fayard, 2000.

[2] Dans la récente enquête sur l'euthanasie menée par le Dr Michael Abrams pour le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) du Conseil de l'Europe, des informations intéressantes figurent, notamment, sur les définitions (y compris juridiques) qui ont cours dans les États membres (voir le site [http://www.coe.int/T/E/Legal\\_Affairs/Legal\\_co-operation/Bioethics/Activities/Euthanasia/](http://www.coe.int/T/E/Legal_Affairs/Legal_co-operation/Bioethics/Activities/Euthanasia/)).

[3] [Doc. 9404](#)

[4] Affaire *Pretty c.* Royaume-Uni, 29 avril 2002, §§ 39-40.

[5] Paul J. van der Maas, M.D., Ph.D., Gerrit van der Wal, M.D., Ph.D., Ilinka Haverkate, M.Sc., Carmen L.M. de Graaff, M.A., John G.C. Kester, M.A., Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, M.Sc., Agnes van der Heide, M.D., Ph.D., Jacqueline M. Bosma, M.D., LL.M. et Dick L. Willems, M.D., Ph.D., « Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990–1995 », *The New England Journal of Medicine*, **335**:1699-1705 (28 novembre) 1996.

[6] L'euthanasie et les autres pratiques de fin de vie aux Pays-Bas en 1990, 1995 et 2001, le *Lancet*, 17 juin 2003.

[7] Luc Deliens, Freddy Mortier, Johan Bilsen, Marc Cosyns, Robert Vander Stichele, Johan Vanoverloop, Koen Ingels, « End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey », *The Lancet*, 356: 1806-11 (25 novembre), 2000.

[8] Ward, B.J. Tate, P.A. « Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia », *British Medical Journal*, 308: 1332-1334 (1994).

[9] Les commissions de contrôle régionales, déjà en place aux Pays-Bas avant la nouvelle législation, se composent d'un nombre impair de membres (trois au minimum) : un expert juridique qui préside, un médecin et un spécialiste en déontologie et en philosophie. Pour chaque membre est désigné un (ou plusieurs) suppléant. Pour veiller à l'uniformité des évaluations des différentes commissions, leurs présidents se concertent périodiquement en présence de représentants du Conseil des procureurs généraux et de l'Inspectorat de la santé de l'Agence nationale de contrôle de la santé publique.

[10] À cet égard, il faut tenir dûment compte de la force de la volonté de la personne concernée. Par exemple, lorsqu'une personne est incapable de prendre des décisions pour elle-même, l'obligation des autorités est plus grande que lorsqu'elle est capable de prendre des décisions concernant sa

vie.

[11] Commission européenne des droits de l'homme, Décision du 19 mai 1992, H.c/Norvège, 17.004/90, D.R. vol. 73, (155), pp. 181-182, §1.

[12] Ibid.

# Parliamentary Assembly Assemblée parlementaire

---

--

## Euthanasia Doc. 9898

10 September 2003

### Report

Social, Health and Family Affairs Committee

Rapporteur: Mr Dick Marty, Switzerland, LDR

---

--

### SUMMARY

Where terminally-ill patients undergo constant, unbearable pain and suffering without hope of any improvement in their condition and in response to their persistent, voluntary and well-considered request, some doctors and other medical staff are willing to terminate the life of the patient ("voluntary active euthanasia") or to help him or her take his or her own life ("physician-assisted suicide"). Doctors may also be called upon to decide to withdraw life-sustaining treatment in the knowledge that they are bringing about death ("passive euthanasia"). These widely known facts of medical practice are usually confined to the shadows of discretion or secrecy and, though illegal in most Council of Europe member states, are rarely punished. The Rapporteur believes that it is this reality that carries the greatest risk of abuse and that the divergence between the law and practice must be reconciled if respect for the rule of law is to be maintained.

The Rapporteur believes that nobody has the right to impose on the terminally-ill and the dying the obligation to live out their life in unbearable suffering and anguish where they themselves have persistently expressed the wish to end it. This right does not imply an obligation on any health worker to take part in an act of euthanasia. Nor can such an act be interpreted as the expression of lesser consideration for human life.

As far as alleged incompatibility of euthanasia with Article 2 ("right to life") of the European Convention on Human Rights is concerned, the Rapporteur points out that this proposition has never been submitted to the judgment of the European Court of Human Rights. However, the Belgian and Netherlands bills enacted in 2002 (allowing doctors who accede to a patient's request for voluntary active euthanasia or physician-assisted suicide to escape prosecution under rigorously regulated and controlled conditions) were submitted for verification to the Belgian and Netherlands Councils of State and found to be compatible with the Convention.

The Governments of the member states of the Council of Europe are asked to collect and analyse empirical evidence about end-of-life decisions, to promote public discussion of such evidence, to promote comparative analysis of such evidence in the framework of the Council of Europe, and, in the light of such evidence and public discussion, to consider whether enabling legislation should be envisaged.

### I. DRAFT RESOLUTION

1. Where terminally-ill patients undergo constant, unbearable pain and suffering without hope of any

improvement in their condition, some doctors and other medical staff are willing to conduct “voluntary active euthanasia”, that is to terminate the life of the patient at his or her persistent, voluntary and well-considered request. Or, under the same conditions, they may agree to help a patient to take his or her own life (“physician-assisted suicide”).

2. These widely known facts of medical practice are usually confined to the shadows of discretion or secrecy. Decisions may be taken in an individual and arbitrary manner or in collusion with the patient’s family. They often depend on the “luck of the draw”, that is, the presence of a sympathetic doctor or nurse. The pressures that can influence end-of-life decisions, which may be exercised by the family for a wide variety of reasons, will be the more pernicious if exercised in the dark and beyond any procedures or control. It is this reality that carries the greatest risk of abuse.
3. Until very recently these practices have been illegal in most Council of Europe member states, although penal and professional sanctions are extremely rare by comparison with the number of cases of euthanasia actually carried out. There is thus a striking divergence between the law and what happens in practice. This gap must be reconciled if respect for the rule of law is to be maintained.
4. This was one reason why the Netherlands and Belgium introduced laws in 2002 allowing doctors who accede to a patient’s request for voluntary active euthanasia or physician-assisted suicide to escape prosecution under rigorously regulated and controlled conditions. Specific legislation is designed to bring such practices out of the grey area of uncertainty and potential abuse by establishing strict and transparent procedures, mechanisms and criteria which doctors and nursing staff have to observe in their decision-making.
5. Doctors may also be called upon to decide to withhold or withdraw life-sustaining treatment, again in the knowledge that they are bringing about death (“passive euthanasia”), in particular where the alternative is to attempt to keep the patient alive through stubborn, aggressive treatment without hope of recovery or even an improvement in the patient’s condition, a practice moreover condemned in medical ethics, not least when the patient has refused such treatment. Again, member states’ legislation and practice in this matter differ, some allowing the practice under specified conditions, others

making it illegal. However, it is hard to make an ethical distinction between this practice and those referred to in paragraph 1.

6. Parliamentary Assembly [Recommendation 1418 \(1999\)](#) on *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*, was based on the premiss that “the vocation of the Council of Europe is to protect the dignity of all human beings and the rights which stem therefrom”. Accordingly, the Assembly recommended that member states should “recognise that a terminally ill or dying person’s wish to die cannot of itself constitute a legal justification to carry out actions intended to bring about death”.
7. Nobody has the right to impose on the terminally-ill and the dying the obligation to live out their life in unbearable suffering and anguish where they themselves have persistently expressed the wish to end it. This right does not imply an obligation on any health worker to take part in an act of euthanasia. Now we respect a person’s choice to take their own life and avoid making value judgments about them. Moreover, this development can in no way be interpreted as the expression of lesser consideration for human life.
8. Whereas palliative care is absolutely essential in attempting to ease the pain of the terminally ill and the dying and should be strengthened in accordance with the recommendations contained in Assembly Recommendation 1418 (1999), unfortunately some patients find it inadequate. Despite remarkable advances, palliative care cannot in all circumstances take away unbearable pain and suffering. In any case the issue goes beyond the alleviation of pain: the degree of patients’ own suffering, including mental anguish and loss of dignity that they feel, is something that only they can assess. Individuals suffering in the same situation may take different end-of-life decisions, but each human being’s choice is deserving of respect.
9. In view of the above considerations, the Parliamentary Assembly calls on the governments of the member states of the Council of Europe:
  - i. to collect and analyse empirical evidence about end-of-life decisions involving voluntary active euthanasia, physician-assisted suicide, passive euthanasia and related practices, including public attitudes, the experience of medical practitioners and the jurisprudence of the courts;
  - ii. to promote public discussion of such evidence, so as

to create the greatest possible transparency in an area too often subject to decisions taken by the medical profession without any form of control;

- iii. to promote comparative analysis and discussion of such evidence in the framework of the Council of Europe, taking into account in particular the results of the Belgian and Netherlands legislation, notably their effects on practice in the matter of euthanasia;
- iv. in the light of such evidence and public discussion, to consider whether legislation should be envisaged, where it has not already been introduced, to exempt from prosecution doctors who agree to help terminally-ill patients undergoing constant, unbearable pain and suffering without hope of any improvement in their condition, to end their lives at their persistent, voluntary and well-considered request, subject to prescribed rigorous and transparent conditions and procedures.

## **II. EXPLANATORY MEMORANDUM BY MR MARTY**

### **I. Introduction**

1. Euthanasia is an extremely complex issue that brings us to the crossroads of life and death, of free determination and religious belief, and of therapy and medical intervention to bring about death. We find it uncomfortable to address the issue since we must face the end of our own lives. Why should we discuss it again almost four years after the Parliamentary Assembly adopted Recommendation 1418 (1999) on protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying?
2. Euthanasia is practised every day, as every survey confirms. Since it is a crime in most countries, we are forced to conclude that there is a striking divergence between the law and what happens in practice. Penal and professional sanctions are extremely rare by comparison with the number of occurrences.
3. Euthanasia may take different forms: a piece of equipment may be turned off, treatment may deliberately be refused, or such a large dose of a therapeutic product may be administered that it brings about the patient's death. Life may be terminated at the request of the patient or the patient's family. Should the law intervene in what has been called "the final freedom"?[1]
4. Medical advances have produced no answers in this area, rather the opposite. The latest medical techniques make the problem even more acute.
5. If we need any further reason to address the issue of euthanasia, two Council of Europe member states, the Netherlands and Belgium, have adopted legislation which unquestionably poses a challenge to the other states and to this Parliamentary Assembly. This situation obliges us to look at the legal position in the light of what happens in reality.
6. Moreover, although euthanasia has been held by its opponents to be contrary to the European Convention on Human Rights, in particular Article 2 on the right to life, the European Court of Human Rights has never tested this proposition, whereas it has been declared compatible with the Convention by the Belgian *Conseil d'Etat* and the Dutch Council of State.

7. Finally, public opinion polls in several member states show that a majority are in favour of legislation to regulate euthanasia. We as politicians and legislators must somehow respond to this challenge.

### **II. Definitions**

8. To avoid confusion, it is important to be clear about what we mean by the term "euthanasia". Etymologically, it means "a good death". In this report it will be used to mean *any medical act intended to end a patient's life at his or her persistent, carefully considered and voluntary request in order to relieve unbearable suffering*. This corresponds to what is generally referred to as "voluntary active euthanasia".
9. However, in discussion of the issue reference is sometimes made to the concepts of "non-voluntary active euthanasia", where the patient's consent is either unobtainable, perhaps because he or she is unconscious, or simply has not been obtained; and "involuntary active euthanasia", sometimes used to describe an act performed *against* the wish of the patient. It follows from the definition in paragraph 8 that such cases do not correspond to euthanasia.
10. "Passive euthanasia" is a term used to mean the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment, again with the intention of ending it, in particular where the alternative is to attempt to keep the patient alive through stubborn, aggressive and pointless treatment, a practice condemned in medical ethics, not least when the patient has refused such treatment. Finally, "physician-assisted suicide" covers situations where a doctor helps a patient to take his or her own life, again at his or her persistent, carefully considered and voluntary request.[2]

### **III. Recommendation 1418 (1999) and the Committee of Ministers' replies**

11. Recommendation 1418 (1999) first observed that the terminally ill and the dying lacked adequate access to palliative care and good pain management. The Assembly therefore encouraged the member states to promote comprehensive palliative care through a series of constructive measures such as the establishment of more palliative care units in hospitals, the development of hospices and ambulant hospice teams and networks, and specific training for health professionals. The Committee of Ministers replied (Doc. 8888) that the European Health Committee had selected the question of palliative care for detailed study. This was certainly a welcome outcome and we look forward to the results which are due to be published shortly.
12. Recommendation 1418 also asked the member states to protect the terminally ill or dying person's "right to self-determination". But this did not include the right to choose the timing and manner of one's own death. What was meant was spelt out in the accompanying guidelines relating to the patient's rights: to be truthfully and comprehensively informed (or not to be informed) about one's condition; to consult other doctors; not to be treated against one's will, while being protected from undue pressures; to have one's "advance directive" or "living will" observed under specified conditions if incapacitated; to have one's wishes as to specific treatment taken into account as far as possible; and to have one's right to life respected in the absence of a "living will".
13. On the issue of whether the "living will" must be respected, the Committee of Ministers noted (Doc. 9404) that the wording of Article 9 of the Council of Europe's Convention on Human Rights



and Biomedicine (“The previously expressed wishes relating to a medical intervention by a patient who is not, at the time of the intervention, in a state to express his or her wishes shall be taken into account.”) reflected the “maximum convergence of views”, at the time of drafting, “as regards patient self-determination and medical responsibility”.

14. Finally, Recommendation 1418 asked the member states to uphold the prohibition against intentionally taking the life of terminally ill or dying persons, while:
- i. recognising that the right to life, especially with regard to a terminally ill or dying person, is guaranteed by the member states, in accordance with Article 2 of the European Convention on Human Rights which states that ‘no one shall be deprived of his life intentionally’;
  - ii. recognising that a terminally ill or dying person’s wish to die never constitutes any legal claim to die at the hand of another person;
  - iii. recognising that a terminally ill or dying person’s wish to die cannot of itself constitute a legal justification to carry out actions intended to bring about death.”
15. In its replies, the Committee of Ministers noted that the legal position on advance refusal of certain treatments and on euthanasia differed between member states. The Committee of Ministers therefore asked its Steering Committee on Bioethics (CDBI) to undertake a survey of their relevant laws and practices. This work has been published (cf. footnote 2). The expert who conducted the survey also wrote an accompanying report, which the CDBI has not made public. Since it was hardly discussed in the CDBI, the expert’s report should be published.
16. As far as Article 2 ECHR (right to life) is concerned, the Committee of Ministers replied that its relevance to euthanasia had not been tested.
17. The Committee of Ministers discussed other aspects raised by Articles 3 and 8 ECHR and acknowledged that “in the absence of precise case-law, the question of ‘human rights of the terminally ill and the dying’, seen from the angle of the Convention, gives rise to a series of other very complex questions of interpretation, such as:
- the question of interplay and possible conflict between the different relevant rights and freedoms and that of the margin of appreciation of the States Parties in finding solutions aiming to reconcile these rights and freedoms;
  - the question of the nature and the scope of positive obligations incumbent upon States Parties and which are linked to the effective protection of rights and freedoms provided by the Convention;
  - the question of whether the relevant provisions of the Convention must be interpreted as also guaranteeing ‘negative rights’, as the Court has ruled for certain Articles of the Convention, as well as the question of whether an individual can renounce the exercise of certain rights and freedoms in this context (and, if that is the case, in to what extent and under which conditions).”[3]
18. The Court’s position on the issue of whether the right to life implies its negative was clarified in its judgement in the case of Diane Pretty, whereby “Article 2 cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life. ... The Court accordingly finds that no right to die, whether at the hands of a third

person or with the assistance of a public authority, can be derived from Article 2 of the Convention”. [4] It nevertheless remains that the Court has not tested the proposition that euthanasia is contrary to the Convention. However, the Council of State in both the Netherlands and Belgium have concluded that the legislation on euthanasia introduced in those countries is compatible with the Convention (see below, sections V and VI).

#### **IV. Empirical evidence about end-of-life decisions**

19. Empirical data on the rate of euthanasia, physician-assisted suicide, and other end-of-life decisions have greatly contributed to the debate about the role of such practices in modern healthcare.
20. There have been few large-scale empirical studies in Europe. The best known relate to the Netherlands and Belgium (Flanders). In 1990-1991 a survey of euthanasia and other end-of-life practices in the Netherlands, the first of its kind in a single country, was commissioned by a governmental committee chaired by the Attorney General of the Dutch Supreme Court, Professor Jan Rummelink. A second, almost identical, survey was carried out in 1995-1996, commissioned by the Ministers of Health and Justice, in order to evaluate the new procedure for reporting physician-assisted deaths that had been introduced in 1991. Both surveys were based on two parallel investigations: one involving *interviews* with a random sample of doctors, the other involving *questionnaires* addressed to doctors who had attended deaths identified from a random sample of death certificates.
21. Among the deaths studied in the 1995 survey, 2.3 % of those in the interview study and 2.4 % of those in the death certificate study were estimated to have resulted from euthanasia, as opposed to 1.9 % and 1.7 % respectively in the 1990 survey. The increases were explained by the new reporting procedure introduced in 1991. In 1995, 0.4 % (interview study) and 0.2 % (death certificate study) resulted from physician-assisted suicide (1990 = 0.3 % and 0.2 %, respectively). The 1995 survey found, in both interview and death certificate studies, that in 0.7 % of cases, life was ended without the explicit, concurrent request of the patient. In 1990 this figure was not available for the interview study but yielded 0.8 % in the death certificate study.
22. Results from both parts of both surveys showed that in 14.7 to 19.1 % of cases, pain and symptoms were alleviated with doses of opioids that may have shortened life. Decisions to withhold or withdraw life-prolonging treatment were made in 20.2 % of cases in 1995 over 17.9 % in 1990 (death certificate study only). For each type of medical decision except those in which life-prolonging treatment was withheld or withdrawn, cancer was the most frequently reported diagnosis.
23. The 1995 survey concluded that since the notification procedure had been introduced in 1991, end-of-life decision making in the Netherlands had changed only slightly, in anticipated directions: euthanasia seemed to increase in incidence, and the ending of life without the patient’s explicit request seemed to decrease slightly. Close monitoring of such decisions was possible, and no signs of an unacceptable increase in the number of decisions or of less careful decisionmaking were found, according to the authors. [5]
24. The continuing debate about whether and when physician-assisted dying is acceptable seems to be resulting in a gradual stabilisation of end-of-life practices. The 1990 and 1995 interview and death-certificate studies have been reconducted more recently, showing



that no further increase in the rate of euthanasia was found in 2001[6].

25. A comparable survey was conducted in in 1998 in Flanders, Belgium, based on a random sample of death certificates and questionnaires to the attending physicians. Of the 4.4 % of all deaths resulting from the use of lethal drugs, 1.1 % were cases of euthanasia, 0.1 % physician-assisted suicide, and 3.2 % ending of life without the patient's explicit request (extrapolated to an estimated total of 1 796 cases in 1998). In 18.5 % of patients, high-dose opioids were used to alleviate pain and resulted in unintentional death in 13.2 % of cases, but in intentional death in 5.3 % of cases. Decisions to withhold or withdraw potentially life-prolonging treatment were made in 16.4 % of cases. [7]

26. Comparing their results internationally, the authors concluded that "in Flanders the rate of administration of lethal drugs to patients without their explicit request is similar to Australia, and significantly higher than that in the Netherlands". This might be due, they surmised, to the open and regulated approach then already prevalent in the Netherlands.

27. Although such systematic surveys of end-of-life decisions have not been conducted in other European countries, evidence given at the Social, Health and Family Affairs Committee's hearing on euthanasia (Paris, 25 October 2002) revealed that in the United Kingdom almost 60 % of doctors questioned by the *British Medical Journal* had said they had been asked to hasten death; 32 % said they had complied with such a request; and 46 % said they would consider helping someone to die if it were legal to do so. [8] In a 1998 survey carried out by *The Sunday Times*, 14 % of the doctors who answered admitted that they had helped a patient to die at their request. A survey carried out in Norway in 1997 revealed that there were some 20 cases per year.

28. These brief glimpses of medical reality are substantiated by our reading of the daily press. Anecdotal evidence abounds and doctors in many countries admit that they have carried out euthanasia. It may be concluded that there is an urgent need for more scientific research, whatever its limitations, on this important subject.

## V. The new legislation in the Netherlands

29. The "Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act" which came into effect in the Netherlands on 1 April 2002, regulates statutorily and refines policy and practice on euthanasia developed over the previous thirty odd years. The Act built on the findings of State Commissions, scientific studies, public and parliamentary debates and, in particular, case law developed by the courts and accepted by the Government and the Parliament as guidance for prosecution policy in the matter.

30. Essentially, the new Act incorporates an amendment to Article 293 of the Criminal Code to the effect that although any person who terminates another person's life at that person's express and earnest request remains liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fifth category fine, such an act shall not be an offence if it is committed by a physician who notifies the municipal pathologist of this act in accordance with the relevant legislation and fulfils the stipulated due care criteria, by which the attending physician must:

- a. be satisfied that the patient has made a voluntary and carefully considered request;

- b. be satisfied that the patient's suffering is unbearable, and that there is no prospect of improvement;

- c. have informed the patient about his situation and his prospects;

- d. have come to the conclusion, together with the patient, that there is no reasonable alternative in the light of the patient's situation;

- e. have consulted at least one other, independent physician, who must have seen the patient and given a written opinion on the due care criteria referred to in a. to d. above; and

- f. have terminated the patient's life or provided assistance with suicide with due medical care and attention.

31. Similarly, any person who intentionally incites another to commit suicide, if suicide follows, is normally punishable under Article 294 the Criminal Code by a term of imprisonment not exceeding three years or a fourth category fine, but commits no offence if the above due care criteria are fulfilled.

32. The new legislation also includes regulations regarding termination of life on request and assisted suicide involving minors. It is generally assumed that minors too have the discernment to arrive at a sound and well-considered request to end their life. Regarding the various age groups, the new legislation links up with the existing legislation concerning medical conduct towards minors. Children of 16 and 17 can, in principle, make their own decisions. Their parents must, however, be involved in the decision-making process regarding the ending of their life. For children aged 12 to 16, the approval of parents or guardian is required.

33. Finally, the legislation offers an explicit recognition of the validity of a written declaration of will regarding euthanasia. The presence of a written declaration of will means that the physician can regard such a declaration as being in accordance with the patient's will. The declaration has the same status as a concrete request for euthanasia. Both oral and written requests allow the physician legitimately to accede to the request. However, he or she is not obliged to do so. And he or she may only accede to the request while taking into account the due care requirements mentioned in the Act. The due care requirements must be complied with, regardless of whether it involves a request from a lucid patient or a request from a non-lucid patient with a declaration of will. In each case the doctor must be convinced that the patient is facing interminable and unendurable suffering. If he or she believes that this is not so, he or she may not accede to the request for euthanasia, no matter what the declaration of will states.

34. In all cases, the physician must report his or her act to the municipal pathologist. The report is examined by one of the five regional review committees[9] to determine whether it was performed with due care. The judgement of the review committee is then sent to the Public Prosecution Service, which uses it as a major factor in deciding whether or not to institute proceedings against the physician in question.

35. If the committee is of the opinion that the physician has practised due care, the case is closed. If not, the case is brought to the attention of the Public Prosecutor. The Public Prosecutor does of course have the power to launch his own investigation if there is a suspicion that a criminal act may have been committed.

## VI. The new Belgian legislation

36. The Belgian Law on Euthanasia came into force on 23 September 2002. It built on the Dutch experience, but it has its own specific

characteristics. By euthanasia is understood “an act practised by a third party intentionally, ending the life of a person at that person’s request.”

37. Doctors who practise euthanasia commit no offence if they respect the prescribed conditions and procedures, and have verified that:

- the patient is a person of full age or an emancipated minor, possessing legal capacity and aware of what he/she is doing when he/she formulates the request (which must be made in writing);
- the request is made voluntarily, carefully and repeatedly, and is not the result of outside pressure;
- the patient’s medical state is hopeless, and he/she is experiencing constant, unbearable physical or mental suffering, which cannot be relieved and is caused by a serious and incurable injury or pathological condition.

38. Beforehand, doctors must always:

- 1) inform patients of their state of health and life expectancy, discuss their request for euthanasia with them, and also review with them forms of treatment which are still possible, as well as palliative care and its consequences. They must decide, with patients, that their state admits of no other reasonable solution, and that their request is wholly voluntary;
- 2) satisfy themselves that patients’ physical or mental suffering is permanent, and that their wishes are unchanging. For this purpose, they should talk to patients several times, at intervals which are reasonable in terms of their evolving condition;
- 3) consult another doctor on the serious and incurable nature of the condition, indicating their reason for doing so. The doctor consulted must inspect the medical file, examine the patient and satisfy himself/herself that the latter’s physical or mental suffering is constant and unbearable, and cannot be relieved, and must prepare a report on his/her findings. The doctor consulted must have no connection with the patient or the patient’s doctor, and must have a specialised knowledge of the pathology in question. The patient’s doctor must inform the patient of the results of this consultation;
- 4) if a medical team is providing regular treatment for the patient, his/her request should be discussed with all or some of its members;
- 5) if the patient so desires, his/her request should be discussed with relatives whom he/she designates;
- 6) care must be taken to ensure that the patient has been able to discuss his/her request with persons whom he/she wished to talk to.

39. If death is not expected within a short period of time - in other words, for non terminally ill patients, the physician must request a consultation with a third physician, either a psychiatrist or a specialist in the patient's pathology. In that case a delay of at least one month between the request and the act of euthanasia has to be observed.

40. Like the Netherlands, Belgium has established a system of control. The physician has to declare the act of euthanasia to a Federal Evaluation and Control Commission composed of 8 medical doctors (of whom at least 4 academics), 4 lawyers, and 4 persons familiar with the problems of patients suffering from an incurable disease. This Commission has a second function: to establish, every other year, a statistical and evaluation report and to make recommendations.

41. The living will, called "advance declaration", is officially recognised but strictly limited to the state of irreversible

unconsciousness of the person.

42. Although no physician is bound to perform euthanasia, a physician who, exercising his or her freedom of conscience, refuses to perform euthanasia, must transfer the patient's medical record to a colleague of the patient's choosing.

43. The law does not allude to "assisted suicide". Thus it does not specify the method to be used by the physician, even though he or she must describe it in the official form to be forwarded to the Federal Evaluation and Control Commission.

44. It is worth dwelling on some of the arguments put forward by the Belgian *Conseil d’Etat*, (Supreme Administrative Court) which underlie its conclusion that the bill (now law) on euthanasia was not incompatible with the provisions of the European Convention on Human Rights. The Court noted in particular, after analysis of the relevant jurisprudence of the European Court of Human Rights, that the positive obligation incumbent on Parties to protect the right to life must be balanced notably against the individual’s right of self-determination.[10] This meant that the obligation of the authorities to protect the right to life (Article 2) must be balanced against the right of the individual to be protected from inhuman treatment or punishment (Article 3) and against his or her right to physical and moral integrity, deriving from the right to respect for private life (Article 8). The Convention offered no guidance as to how this conflict between fundamental rights should be resolved.

45. The *Conseil d’Etat* noted that one of the essential characteristics of the debate on euthanasia was that it raised difficult and fundamental ethical questions which necessitated making a choice between opposing ethical conceptions. As to who should make such a choice, the Court referred to a case concerning Norwegian law on abortion in which the European Commission of Human Rights agreed with the Norwegian Supreme Court in saying: “It is not a matter for the courts to decide whether the solution to a difficult legislative problem which the legislator chose when adopting the Act on Termination of Pregnancy of 1978, is the best one. On this point, different opinions will be held among judges as among other members of our society. The reconciliation of conflicting interests which abortion laws require is the legislator’s task and the legislator’s responsibility. (...) Clearly, the courts must respect the solution chosen by the legislator”[11]

46. As to the question whether the Norwegian law was compatible with Article 2 ECHR, the Commission concluded that: « ...assuming that the Convention may be considered to have some bearing in this field, the Commission finds that in such a delicate area the Contracting States must have a certain discretion »...[12]

47. Similarly, it was up to the legislator, exercising his or her discretionary power, to resolve the conflict between opposing ethical conceptions at issue in the debate as to whether or not to decriminalise euthanasia. Judges must respect this power of appreciation of the legislator and could not take his or her place. However, this discretionary power was not unlimited. The obligation to protect the right to life had to be assessed in the light of the conditions and procedures accompanying the law on euthanasia. On this point, the *Conseil d’Etat* was satisfied that the bill (now law) remained within the limits set to the margin of appreciation allowed the national authorities under Article 2 of the Convention.

## **VII. Swiss law**

48. Swiss law is a special case in Europe. There are no specific laws about euthanasia, but the Criminal Code contains measures which may be applied to it. Article 114 lays down that a person who kills another on compassionate grounds may go unpunished. Article 115 specifies that what makes the act punishable is the existence of a selfish motive.
49. Article 114 has been applied only once since 1942. Article 115 is not motivated by medical considerations: originally, in the 19th century, it aimed to exonerate from punishment someone who lent a weapon to a friend wishing to commit suicide, because of an unhappy love affair, for example. Now Article 115 is used for end-of-life issues, which was not at all the legislator's intention. Thus, assistance to suicide goes unpunished, whilst doctors are not allowed to carry out euthanasia and may be sanctioned by their colleagues. According to the Academy which serves as a tribunal for the Swiss medical profession "assistance to suicide does not form part of medical activity". The Academy intends to revise this rule, which is somewhat hypocritical. However, some recent political discussions have shown the difficulty of reaching a consensus on this matter. A Socialist MP from the Vaud canton tabled a motion on the subject in 1984 but the Minister of Justice considered it was too early to legislate. As a result of growing political pressure, the Government set up a group of experts which proposed a series of measures. The Federal Government only agreed to develop palliative care, however. Parliament reacted with various bills which have not been passed. Today the situation is in deadlock, but things may change. A new motion has been accepted asking the Government to encourage palliative medicine and to reopen the euthanasia issue. The Government has no wish to do so, but will be called upon to respond.

## **VIII. Criticisms levelled at euthanasia and the new legislation in the Netherlands and Belgium**

50. The principal arguments against euthanasia and its decriminalisation are, first of all, that euthanasia is deemed to be incompatible with the fundamental human right to life and the concept of human dignity from which it stems. This is the whole thrust of the argument underlying Recommendation 1418 (1999). Prohibition on intentionally causing death is a cornerstone of all social relations, emphasising our fundamental equality. Therefore euthanasia remains a criminal offence in all Council of Europe member states, save under specified conditions in the Netherlands and Belgium. Moreover, it would be contradictory, or at least perverse, to work for abolition of the death penalty and at the same time for acceptance of euthanasia.
51. It is argued that euthanasia is contrary to the will of God as expressed in the Commandment: "Thou shalt not kill". For those unwilling to introduce divine authority into the discussion, it is contrary to medical ethics, including the Roman axiom "primum non nocere" ("first of all do not harm") and the Hippocratic Oath.
52. Opponents also point out that the relationship of confidence that must prevail between doctor and patient would be undermined by the former's power legally to end the latter's life. Moreover, most doctors have received no training in terminating life.
53. Those opposing euthanasia say that terminally ill and dying patients may be suffering not only physically but also mentally, in particular from depression, in which case their decision to ask for euthanasia may not be rational.

54. Finally, from both a logical and a practical point of view, it is said that it is impossible to provide a framework for voluntary euthanasia that will prevent abuse. Pressure may be exerted on the doctor to end the patient's life on non-medical grounds, including lack of hospital beds, the prospect of financial gain, or even political reasons. There will inevitably be a slide down the "slippery slope" from voluntary to involuntary and non-voluntary euthanasia. People will be killed who never asked to die and who could have been helped by palliative care. Indeed, the development of palliative care will make euthanasia unnecessary.

## **IX. Arguments in favour of euthanasia and its decriminalisation**

55. The main arguments for euthanasia and its decriminalisation relate first of all to self-determination or personal autonomy: each individual, out of respect for his or her dignity and value, has a right to take decisions concerning his or her own life and death in accordance with his or her own values and beliefs, and not to have these imposed. It is a question of freedom and equality in the face of death. Similarly, this right does not imply an obligation on any health worker to take part in an act of euthanasia. Freedom of conscience in such matters should prevail.
56. Proponents argue that nobody has the right to impose on the terminally-ill and the dying the obligation to live out their life in unbearable suffering and anguish where they themselves have persistently expressed the wish to end it. Doctors have long accepted exceptions to the precepts of medical ethics, in carrying out abortions for example. Abortion itself has been legal for many years.
57. There has been a similar change of social attitudes to suicide, once a criminal offence. Now we respect a person's choice to take their own life and avoid making value judgements about them.
58. Whereas palliative care is absolutely essential in attempting to ease the pain of the terminally ill and the dying, unfortunately some patients find it inadequate. Palliative care cannot in all circumstances take away unbearable pain and suffering. In any case the issue goes beyond the alleviation of pain: the degree of patients' suffering, including mental anguish and loss of dignity, is something that only they can assess. Individuals suffering in the same situation may take different end-of-life decisions, but each human being's choice is deserving of respect. Depression should not come into it, to the extent that the doctor treating the patient has got to know the case, and the request for euthanasia has been persistently expressed.
59. The fact that the Council of Europe favours abolition of the death penalty is not inconsistent with favouring euthanasia, since the former, barring the exception that proves the rule, is carried out against the will of the individual.
60. Since "passive euthanasia" – withdrawing life-sustaining treatment or sustenance in the knowledge that death will result (an act of commission if ever there was one) – has been admitted as both ethical and legal in certain cases, it is difficult to see the moral distinction between this and active euthanasia.
61. Finally, euthanasia appears to be extensively practised in secret. It is this reality that carries the greatest potential for abuse. Decisions may be taken in a furtive and arbitrary manner. They may depend on the "luck of the draw": a sympathetic doctor or a malevolent

nurse. The pressures that can influence end-of-life decisions will be more pernicious if exercised in the dark. The gap between law and practice must be reconciled if respect for the rule of law is to be maintained. Abuse will not disappear with legislation (does any legislation eliminate abuse?), but will surely be reduced.

## **X. Conclusions**

62. The debate on euthanasia faces us with two opposing sets of values: one that affirms the individual's right to take decisions concerning his or her own life and death in accordance with his or her own beliefs and values, as long as no harm is done to others, and one that denies this right, since it cannot be fulfilled by a physician without the risk of prosecution. As a liberal, I have a preference for the former. As a lawyer and a legislator, I note that all over the world, doctors are ending the lives of patients, often in secrecy and with a sense of guilt. The law seems to want to ignore this fact of life, whereas it ought to have the courage to address it. Decriminalising euthanasia, rather than keeping the ban, might enable us to better supervise it and also prevent it. By clarifying the situation, we may actually help reduce the incidence of euthanasia. I believe that only supervised procedures and clearly defined rules for its use, in the form of due care requirements, will put an end to the wholly arbitrary system we have today in most European countries.

63. Laying down rules paves the way for a more prudent approach to these practices. Does a patient have the right to ask someone to end his life and, if he cannot articulate the request, should his family be able to do it for him? I believe that the law must set out the framework for such a request, as well as the precautions that need to be taken, particularly as regards obtaining consent and other due care requirements. Openness is a sine qua non of human rights and human dignity. It rarely exists in the case of euthanasia, in particular because many doctors refuse it. We need more widespread public discussion and study of all these issues.

Reference to committee: **Doc. 9170**, Reference No. 2648 of 25 September 2001

## **Draft resolution adopted by 15 votes against 12 on 5 September 2003**

Members of the committee: *Mrs Belohorská* (Chair), MM Christodoulides (1st Vice-Chairman), Surján (2nd Vice-Chairman), *Mrs McCafferty* (3rd Vice-Chair), Mrs Ahlqvist, MM. *Alis Font, Arnau*, Mrs Bargholtz, Mr Berzins, *Mrs Biga-Friganovic*, Mrs Bolognesi (alternate: *M. Piscitello*), MM. *Brinzan*, Brunhart, Buzatu (alternate: *Ionescu*), *Çavusoglu*, Colombier, *Cox, Dees, Donabauer*, Drljevic, *Evin, Flynn*, Ms Gamzatova, MM. Geveaux, *Giertych*, Glesener, Gonzi, Gregory, *Gülçiçek, Gündüz*, Gusenbauer, Hegyi, Herrera (alternate: *Mrs Fernández-Capel*), Hladiy (alternate: *Borzykh*), Hoie, *Ms Hurskainen*, MM. *Jacquat, Kastanidis, Klympush, Baroness Knight*, MM. Lomakin-Rumiantsev, Ms Lotz (alternate: *Mrs Rupprecht*), Ms Lucic, MM. *Makhachev, Malachowski*, Manukyan, *Markowski, Marty, Mas'tálka*, Mrs Milicevic, Mrs Milotinova, MM. Mladenov, *Monfils, Ouzkç, Padilla*, Pavlidis, Mrs Pétursdóttir, MM. Podobnik, *Popa, Poty* (alternate: *Timmermans*), Poulsen, Provera (alternate: *Tirelli*), Pysarenko, *Rauber, Riester, Rigoni, Rizzi* (alternate: *Mrs Paoletti Tangheroni*), Mrs Roseira, Ms Saks, MM. Santos, Seyidov, Mrs Shakhtakhtinskaya, MM. Slutsky, Sysas, Ms Tevdoradze, Ms Topalli, *Mrs Vermot-Mangold*, Mr Volpinari, Mrs Wegener (alternate: *Mr Haack*), MM. Van Winsen (alternate: *Mrs Zwerver*),

Zernovski, ZZ...

**NB: The names of those members present at the meeting are printed in italics.**

Secretariat of the Committee: Mr Mezei, Ms Meunier, Ms Karanjac, Mr Chahbazian

[1] François de Closets, *La dernière liberté*, Paris, Fayard, 2000.

[2] The recent survey on euthanasia conducted by Dr Michael Abrams for the Council of Europe's Steering Committee on Bioethics (CDBI) provides interesting information on, among other things, definitions used in the member states, including legal definitions (see [http://www.coe.int/T/E/Legal\\_Affairs/Legal\\_cooperation/Bioethics/Activities/Euthanasia/](http://www.coe.int/T/E/Legal_Affairs/Legal_cooperation/Bioethics/Activities/Euthanasia/)).

[3] Doc. 9404

[4] *Pretty v. the United Kingdom*, 29 April 2002, §§ 39-40.

[5] Paul J. van der Maas, M.D., Ph.D., Gerrit van der Wal, M.D., Ph.D., Hinka Haverkate, M.Sc., Carmen L.M. de Graaff, M.A., John G.C. Kester, M.A., Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, M.Sc., Agnes van der Heide, M.D., Ph.D., Jacqueline M. Bosma, M.D., LL.M., and Dick L. Willems, M.D., Ph.D., "Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990–1995", *The New England Journal of Medicine*, **335**:1699-1705 (November 28), 1996.

[6] "Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001", *the Lancet*, 17 June 2003

[7] Luc Deliens, Freddy Mortier, Johan Bilsen, Marc Cosyns, Robert Vander Stichele, Johan Vanoverloop, Koen Ingels, "End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey", *The Lancet*, **356**: 1806-11 (November 25), 2000.

[8] Ward, B.J. Tate, P.A. "Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia" *British Medical Journal*, **308**: 1332-1334 (1994)

[9] The regional review committees, already established in the Netherlands before the new legislation, are composed of at least three (or if more always an uneven number of) members: a legal expert as chairman, a doctor, and an expert in the field of ethics or philosophy. For each of the members, one or more substitutes are appointed. To monitor the uniformity of the assessments of the different review committees, the chairs of the committees consult regularly in a meeting attended by representatives of the Council of Procurators-General and the Health Care Inspectorate of the State Supervisory Agency for Public Health.

[10] In this connection, account must be taken of the strength of the will of the person concerned. For example, when an individual is incapable of deciding for himself or herself, the obligation of the authorities is greater than when he or she is capable of making decisions about his or her own life.

[11] European Commission of Human Rights, Decision of 19 May 1992, H.v./Norway, 17.004/90, D.R. vol. 73, (155), p. 168, §1.

[12] *Ibid.*