

Doc 9898
10 septembre 2003

Euthanasie

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 résolution

1. Lorsque des patients en phase terminale de maladie 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 compatissants. 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 réfléchie, 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 » ?¹

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.

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

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 réfléchie, 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 patient².

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

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/).

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

³ Doc. 9404

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 auteurs⁵, n'a révélé ni multiplication inacceptable ni baisse de rigueur.

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.

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 2001⁶.

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^e 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

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).

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 ne peut 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 régionales⁹ 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.

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.

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'autodétermination¹⁰. 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 législateur¹¹. »

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 États contractants doivent jouir d'un certain pouvoir discrétionnaire »...¹²

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

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.

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 (1^{er} Vice-Président), Surján (2^{ème} Vice-Président), *Mme McCafferty* (3^{ème} Vice-Présidente), Mme Ahlqvist, MM. *Alís Font, Arnau*, Mme Bargholtz, M. Berzinš, *Mme Biga-Friganović*, Mme Bolognesi (remplaçant: *M. Piscitello*), MM. *Brinzan*, Brunhart, Buzatu (remplaçant: *Ionescu*), *Çavuşoğlu*, Colombier, *Cox, Dees, Donabauer*, Drljević, *Evin, Flynn*, Mme Gamzatova, MM. Geveaux, *Giertych*, Glesener, Gonzi, Gregory, *Gülçiçek, Gündüz*, Gusenbauer, Hegyi, 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 Lučić, MM. Makhachev, *Małachowski*, Manukyan, *Markowski*, Marty, *Maštálka*, Mme Milićević, Mme Milotinova, MM. Mladenov, *Monfils, Ouzký, Padilla*, Pavlidis, Mme Pétursdóttir, 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 Shakhtakhtinskaya, MM. Slutsky, Sysas, 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