



Doc. 9923
23 septembre 2003

Euthanasie

Avis¹

Commission des questions juridiques et des droits de l'homme
Rapporteur : M. Kevin McNamara, Royaume-Uni, Groupe socialiste

I. Conclusions de la Commission

Propositions d'amendement au projet de résolution :

Amendement A

Au paragraphe 1 à la deuxième phrase, après le verbe « s'améliorer » remplacer par ce qui suit :

« Une petite minorité de médecins et d'autres membres du personnel médical sont prêts à procéder à des « euthanasies actives volontaires », c'est-à-dire à mettre fin à la vie du patient à sa demande. Par ailleurs, ils peuvent aussi accepter d'aider un patient à mettre fin à ses jours (« suicide assisté »). »

Amendement B

Supprimer le paragraphe 2.

Note explicative :

Ce paragraphe est entièrement fondé sur des hypothèses.

Amendement C

Au paragraphe 3 supprimer la dernière phrase :

« Il faut combler ce fossé si l'on veut maintenir le respect de la primauté du droit. »

¹ Voir Doc 9898 présenté par la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille.

Amendement D

Remplacer le paragraphe 4 par le suivant :

« Les Pays-Bas et la Belgique ont voté en 2002 des lois selon lesquelles les médecins qui accèdent à une demande d'euthanasie active volontaire ou de suicide assisté formulée par un patient après des procédures précises et régulières peuvent échapper aux poursuites. La loi belge n'est pas appliquée depuis assez longtemps pour que l'on puisse procéder à une évaluation de son impact. Aux Pays-Bas, l'euthanasie et le suicide assisté, bien qu'ils aient été considérés comme des infractions pénales jusqu'en 2002, sont pratiqués depuis quelques années, étant entendu que les médecins ne feront pas l'objet de poursuites sous réserve qu'ils agissent conformément à un certain nombre de critères. En conséquence, plusieurs études quantitatives sur la fréquence et les principales caractéristiques de ces pratiques ont été menées en 1990¹, 1995² et 2001³. Elles ont révélé un taux fort inquiétant d'euthanasies pratiquées sans la demande explicite des patients et une tendance tout aussi préoccupante des professionnels de la santé à ne pas signaler les cas d'euthanasie aux autorités de contrôle. »

¹ Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991; **338**: 669-74; Van der Wal G, van Eijk JT, Leenen HJ, Spreeuwenberg C. Euthanasia and assisted suicide, I: how often is it practiced by family doctors in the Netherlands? *Fam Pract* 1992; **9**: 130-34.

² Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996; **335**: 1699-705; Van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, et al. Evaluation of the euthanasia notification procedure in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996; **335**: 1706-11

³ G. Van der Wal and P. Van der Maas, chapitre 19 de leur rapport sur l'euthanasie, 2003. Voir aussi Dr Bregje D Onwuteaka-Phillipsen et al, 'Euthanasia and other end of life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001', *The Lancet*, 17 juin 2003: <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>

Amendement E

Remplacer le paragraphe 5 par ce qui suit :

« Les médecins peuvent aussi être amenés à décider de ne pas administrer ou d'interrompre un traitement de survie s'ils estiment que les effets négatifs d'un tel traitement l'emportent sur ses bénéfices, ou si le patient est mourant et que le traitement est considéré comme trop agressif et inapproprié ou lorsque les risques qu'il comporte seraient excessifs. La légitimité d'une telle conduite est reconnue par l'éthique médicale et par le droit civil et pénal des Etats membres. Le traitement n'est pas administré ou est interrompu pour des raisons acceptables d'un point de vue éthique et juridique. Il ne faut pas confondre cette pratique avec l'euthanasie active volontaire ou le suicide assisté, où l'intention est d'accélérer ou de causer la mort en n'administrant pas ou en interrompant le traitement. »

Amendement F

A la fin du paragraphe 6, ajouter la phrase suivante :

« La recommandation de l'Assemblée a ensuite été confirmée par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Pretty*.¹ »

¹ Requête *Pretty* c. Royaume-Uni, n° 2346/02; 29 avril 2002 »

Amendement G

Supprimer la dernière phrase du paragraphe 7 et ajouter ce qui suit :

« Toutefois, permettre aux patients de demander à ce qu'il soit mis fin à leurs jours est un manquement à la protection de leur dignité et des droits qui en découlent. Les professionnels de la santé travaillant dans le secteur des soins palliatifs ont souligné la fragilité du désir de mourir des malades et les changements rapides qui peuvent survenir, selon leur expérience, à la suite d'un traitement satisfaisant des symptômes ou d'interventions psychologiques. Les dangers d'accéder aux rares demandes d'euthanasie active volontaire ou de suicide assisté ne devraient pas être sous-estimés. »

Amendement H

Dans le sous-paragraphe 9.ii., supprimer la deuxième partie de la phrase à partir de « dans un domaine aujourd'hui trop souvent laissé à ... »

Amendement I

Remplacer le sous-paragraphe 9.iv par le suivant :

« iv. une fois ces données recueillies et ce débat public clos, à en rendre compte à l'Assemblée parlementaire pour qu'elle examine la question. »

II. Exposé des motifs

par M. McNamara, Rapporteur

1. Deux articles de la Convention européenne des droits de l'homme protègent le droit à la vie :

Article 2.1

« Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi. »

Article 8

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale [...] »

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

Jurisprudence européenne récente

2. L'Article 2 tel qu'il est reproduit ci-dessus contient une restriction négative pour l'Etat mais lui impose aussi de prendre des mesures en faveur de la protection de la vie. Dans l'affaire *Osman c. Royaume-Uni*² la Cour européenne des droits de l'homme a statué que :

« La Cour note que la première phrase de l'article 2 § 1 astreint l'Etat non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction. Nul ne conteste que l'obligation de l'Etat à cet égard va au-delà du devoir primordial d'assurer le droit à la vie... »

3. Dans l'affaire *Pretty c. Royaume-Uni*³ la Cour a fait clairement savoir qu'un « homicide par compassion » (*mercy killing*) du type de celui envisagé par le *Patient (Assisted Dying) Bill* était légitimement interdit par l'Etat en vertu de l'Article 2 de la CEDH :

« Dans toutes les affaires dont elle a eu à connaître, la Cour a mis l'accent sur l'obligation pour l'Etat de protéger la vie. Elle n'est pas persuadée que le « droit à la vie » garanti par l'article 2 puisse s'interpréter comme comportant un aspect négatif [...] Il n'a aucun rapport avec les questions concernant la qualité de la vie ou ce qu'une personne choisit de faire de sa vie [...] il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout 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. »

En outre, la Cour a considéré que la nature générale de l'interdiction du suicide assisté au Royaume-Uni n'était pas disproportionnée dans le contexte de l'Article 8 :

« Il ne paraît pas arbitraire à la Cour que le droit reflète l'importance du droit à la vie en interdisant le suicide assisté. »

² (1998) 29 EHRR 245

³ Requête n° 2346/02; 29 avril 2002

La voie à suivre : la Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée parlementaire

4. Plutôt que d'adopter le projet de résolution en cours d'examen, la commission de l'Assemblée et tous les Etats membres du Conseil de l'Europe devraient réaffirmer 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 ».

5. Cette recommandation demande aux Etats membres, pour respecter et protéger au mieux la dignité des malades incurables et des mourants, de s'en tenir aux principes ainsi exprimés :

« i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les Etats membres...

ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou 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 un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort. »

6. Tout en reconnaissant le droit à l'autodétermination des malades incurables ou des mourants, la Recommandation 1418 reconnaît que l'obligation de respecter et de protéger la dignité d'un malade incurable ou d'un mourant est la conséquence naturelle de la dignité inviolable inhérente à l'être humain à tous les stades de la vie. Elle invite les Etats membres à consacrer et à protéger « le droit des malades incurables et des mourants à une gamme complète de soins palliatifs ». Il reste encore beaucoup à faire dans les Etats membres pour garantir ce droit. Dans ces conditions, les appels en faveur d'une dépénalisation de l'euthanasie tels qu'exprimés dans le projet de rapport de la commission de l'Assemblée sont prématurés.

7. Le paragraphe 2 du projet de rapport de la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille affirme que l'euthanasie active volontaire et le suicide assisté sont des pratiques « *largement connues dans le monde médical, mais [qu'] elles ont le plus souvent un caractère très discret, voire secret* ». La commission de l'Assemblée fait la même remarque au paragraphe 2 de l'exposé des motifs. Or, à aucun moment, la commission de l'Assemblée ne fournit d'éléments venant prouver ces affirmations troublantes, ni dans le projet de rapport ni dans l'exposé des motifs. Il ne suffit pas que la commission de l'Assemblée fasse des allégations radicales de cette nature, il faut qu'elle en apporte les preuves.

8. Un peu plus bas dans le paragraphe 2, la commission de l'Assemblée avance que « *le plus haut risque d'entraîner des abus* » est lorsque l'euthanasie et le suicide assisté sont pratiqués « *en dehors de toute procédure et contrôle* ». La Commission ignore le fait que, selon le dernier rapport officiel sur l'euthanasie aux Pays-Bas⁴, seulement 54% des cas d'euthanasie sont signalés aux autorités de contrôle et que « les traitements mettant fin à la vie sans demande explicite du patient sont rarement signalés (moins de 1%) ». Quelles que soient les difficultés pour estimer précisément le nombre de cas non signalés, ce dernier rapport des Pays-Bas démontre sans conteste que légaliser l'euthanasie n'entraîne pas nécessairement une plus grande maîtrise de cette pratique.

9. La définition de l'euthanasie passive donnée au paragraphe 5 est trompeuse (« *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.* ») Le fait de savoir qu'un certain type de comportement peut entraîner la mort ne constitue pas automatiquement un acte d'euthanasie. C'est l'intention ou le but qui compte. Si le traitement n'est pas administré ou est interrompu dans le but d'entraîner la mort, il s'agit d'euthanasie passive, ce qui est à mon avis contraire à l'éthique. Toutefois, il est parfaitement légitime de ne pas administrer ou d'interrompre un traitement médical si l'on estime que les effets négatifs d'un tel traitement l'emportent sur ses bénéfices, ou si le patient est mourant et que le traitement est considéré comme trop agressif et inapproprié ou lorsque les risques qu'il comporte seraient excessifs.

⁴ G. Van der Wal et P. Van der Maas, chapitre 19 de leur rapport sur l'euthanasie, 2003. Voir aussi Dr Bregje D Onwuteaka-Phillipsen et al, 'Euthanasia and other end of life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001', The Lancet, 17 juin 2003: <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>

10. Dans le paragraphe 7, la commission de l'Assemblée affirme que légaliser l'euthanasie « ne signifie en aucun cas que le personnel soignant est obligé de participer à un acte d'euthanasie. » Dans son argumentation, elle cite l'exemple de l'avortement, où les médecins « ne sont en aucun cas obligés de pratiquer de telles opérations ».

11. Cependant, il est triste de constater que, dans les Etats européens où l'avortement a été légalisé, rares sont à l'heure actuelle les gynécologues qui sont opposés à l'avortement. L'avortement est devenu une pratique gynécologique tellement courante qu'il est impossible de se spécialiser dans ce domaine si l'on refuse de pratiquer des avortements. Les médecins opposés à l'avortement ont été contraints de se spécialiser dans d'autres domaines où ne se posent pas de conflits éthiques de ce genre.

12. Si l'euthanasie et le suicide assisté étaient légalisés, nous assisterions à un phénomène similaire dans les soins gériatriques, les soins palliatifs et les soins d'accompagnement – que la législation contienne ou non une clause de conscience. Les médecins opposés à ces pratiques seraient petit à petit mis à l'écart.

13. Au paragraphe 8, la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille soutient que « *les choix de chaque être humain sont dignes de respect* » car « *malgré des progrès remarquables, les soins palliatifs ne peuvent pas toujours supprimer les souffrances intolérables* ». Il importe de noter que, tout au moins au Royaume-Uni, le secteur des soins palliatifs et de l'accompagnement des malades ne partage pas ce point de vue. On pourra utilement consulter, à cet égard, un récent document d'information sur l'euthanasie et le suicide assisté, rédigé par l'Association de médecine palliative⁵. Je citerai également un article paru récemment dans le British Medical Journal, dans lequel les auteurs concluent que « *le désir d'euthanasie ne doit pas être pris pour argent comptant* »⁶.

*« Au lieu de s'attacher principalement à évaluer les capacités mentales des patients qui demandent une euthanasie ou à définir des principes juridiques clairs, les médecins doivent acquérir les compétences nécessaires pour offrir des soins de fin de vie dignes de ce nom. Ces compétences comprennent la capacité à « établir la communication » avec les patients, à diagnostiquer leurs souffrances et à comprendre leurs motifs non avoués par une exploration approfondie. Cela est particulièrement important car la teneur des soins exerce une influence sur la confiance du patient et son estime de soi. Il convient de s'interroger longuement sur la signification d'une demande d'euthanasie avant de se demander si elle est ou non justifiée. »*⁷

14. Au paragraphe 7 de l'exposé des motifs, M. Marty affirme que, « *d'après les sondages de l'opinion publique menés dans plusieurs Etats membres, il s'avère qu'une majorité est favorable à une législation qui réglerait l'euthanasie* » et qu'il incombe au législateur « *de relever d'une manière ou d'une autre ce défi* ».

15. Dans plusieurs Etats membres, les sondages montrent invariablement qu'une majorité est favorable à la peine de mort. Or le législateur n'a pas relevé ce défi en donnant satisfaction à l'opinion publique, mais en s'efforçant d'informer les citoyens des risques inhérents au meurtre cautionné par l'Etat, et notamment celui d'ôter la vie à des innocents.

16. Le législateur devrait répondre de la même manière aux appels en faveur de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Par ailleurs, il est essentiel que nous entendions la voix des médecins qui seraient chargés d'appliquer une politique de meurtre cautionné par l'Etat. Une enquête indépendante réalisée par l'ORB (Opinion Research Business) auprès de médecins britanniques, publiée le 13 mai 2003⁸, révèle les faits suivants :

- Près de trois médecins sur quatre (74 %) refuseraient de pratiquer le suicide assisté s'il était légalisé.

⁵ The Patient (Assisted Dying) Bill : A joint briefing paper by the Association for Palliative Medicine and the National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services – mai 2003. Présenté à la Chambre des Lords le 3 juin 2003.

⁶ Mak, Y.Y.W. Elwyn, G. et Finlay, I.G. 'Patients' voices are needed in debates on euthanasia', *BMJ* 2003; 327:213-215; (26 juillet 2003)

⁷ Ibid.

⁸ Enquête sur l'euthanasie et le suicide assisté réalisée pour le groupe de pression « Right to Life ». Résultats établis à partir de 986 interviews menés du 26 mars au 9 avril 2003. Opinion Research Business, 9-13 Cursitor Street, London, EC4A 1LL; www.opinion.co.uk

- Une nette majorité (56 %) estime qu'il serait impossible de fixer des limites à l'euthanasie de manière à exclure tout risque d'abus.
- A la question « En tant que médecin, êtes-vous favorable au suicide assisté ? » 25 % ont répondu oui, 60 % non, et 13 % sont indécis.
- Un nombre encore plus grand de médecins (61 %) rejettent l'euthanasie (22 % y sont favorables, 14 % sont indécis).
- Aucun des spécialistes des soins palliatifs qui ont répondu à l'enquête ne pratiquerait l'euthanasie ou le suicide assisté.
- 66 % des médecins estiment que la pression en faveur de l'euthanasie serait moins forte si davantage de ressources étaient mises à disposition des services d'accompagnement des malades.

17. D'après les dernières données empiriques recueillies aux Pays-Bas, citées dans le rapport officiel de Van der Wal et Van der Maas⁹, il apparaît que la fréquence des interruptions de vie sans demande explicite du malade n'a pas diminué entre les années étudiées (1990, 1995 et 2001). En 2001, dernière année pour laquelle on dispose de statistiques, dans 900 cas d'euthanasie ou de suicide assisté sur 3 800 (soit environ un quart), il n'y a pas eu de demande explicite du patient.

18. Cette tendance inquiétante est confirmée par les statistiques recueillies en Flandre (Belgique) et citées par M. Marty au paragraphe 25 : « *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* » (la mise en relief est ajoutée).

19. Les données empiriques provenant des Pays-Bas et de Belgique étayent l'argument selon lequel il est impossible de limiter l'euthanasie de manière à garantir qu'il ne sera mis un terme à la vie d'un patient que s'il en fait la demande de manière répétée, volontaire et mûrement réfléchie.

20. Les résultats de sondage cités au paragraphe 27 sont aujourd'hui supplantés par les données plus récentes établies par l'enquête indépendante de l'ORB mentionnée plus haut. Cette enquête fait exploser l'idée selon laquelle les citoyens réclameraient à grands cris la légalisation de l'euthanasie. Interrogés sur le nombre de patients ayant demandé une euthanasie au cours des trois dernières années, près de la moitié des médecins (48 %) ont répondu aucun, 37 % moins de cinq, 11 % entre cinq et dix, et seulement 2 % plus de dix. Dans leurs commentaires, les médecins indiquent que, d'après leur expérience, les demandes d'euthanasie sont souvent « *des appels à l'aide auquel il a été possible de répondre en traitant les symptômes de manière satisfaisante (...) ce qu'ils souhaitaient presque invariablement, c'était qu'on soulage leurs souffrances* ».

21. Les demandes d'euthanasie exprimées par des proches sont encore moins nombreuses que celles venant des patients eux-mêmes. 68 % des médecins ont indiqué n'avoir fait l'objet d'aucune démarche de ce type au cours des trois dernières années, 25 % avoir été pressentis moins de cinq fois, 5 % entre cinq et dix fois et 1 % plus de dix fois. 3 % ont déclaré ne pas savoir ou ne pas être concernés par la question.

22. Néanmoins, une minorité non négligeable de médecins craint de subir des pressions de la part des familles et de leurs confrères si l'euthanasie et le suicide assisté sont légalisés. Près de la moitié (47 %) ne sont pas certains qu'en pareil cas ils seraient capables d'exercer leur jugement sans se laisser influencer par les proches du patient. 29 % pensent qu'ils le seraient et 24 % ne savent pas.

⁹ G. Van der Wal et P. Van der Maas, Chapitre 19 de leur rapport sur l'euthanasie, 2003. Voir aussi Dr Bregje D Onwuteaka-Phillipsen et al, 'Euthanasia and other end of life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001', The Lancet, 17 juin 2003: <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>

23. Au paragraphe 28, M. Marty note que ces données empiriques nous donnent de « *brefs aperçus de la réalité médicale* ». Assurément, la réalité médicale aux Pays-Bas et en Belgique est que, outre l'euthanasie volontaire, l'euthanasie non volontaire et l'euthanasie involontaire sont également pratiquées. De plus, l'enquête de l'ORB donne un « aperçu de la réalité médicale » beaucoup plus exact que tous ceux que peut offrir M. Marty. Les résultats détaillés de cette enquête peuvent être communiqués sur demande.

24. M. Marty accorde beaucoup d'importance à ce que l'euthanasie et le suicide assisté soient notifiés à l'expert médico-légal local « *dans tous les cas* » (paragraphe 34). Comme on l'a vu plus haut, les choses ne se passent pas ainsi. Seulement 54 % des cas d'euthanasie sont officiellement signalés aux autorités néerlandaises. Selon un article de presse, ce faible taux de notification s'explique par le désir des médecins d'éviter les « *tracasseries administratives* »¹⁰ et leur crainte d'avoir enfreint la loi.

25. La situation aux Pays-Bas démontre que la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, loin de permettre un meilleur contrôle, a simplement pour effet d'augmenter le nombre de cas d'euthanasie et de suicide assisté.

*
* *

Commission chargée du rapport: Commission des questions sociales, de la santé et de la famille

Commission saisie pour avis: Commission des questions juridiques et des droits de l'homme

Renvoi en commission: Doc 9170 et renvoi n° 2648 du 25 septembre 2001

Avis approuvé par la commission le 18 septembre 2003

Secrétaires de la commission: Mme Coin, M. Schirmer, M. Čupina, M. Milner

¹⁰ Rapport publié sur le site d'information d'Expatica le 23 mai 2003 ; www.expatica.com