PARLIAMENTARY ASSEMBLY
OF THE
COUNCIL OF EUROPE

27 January 1976 **Doc. 3735**

OPINION

on the rights of the sick and of the dying [1]

presented by the Legal Affairs Committee [2]
(Rapporteur: Mr DE MARCO)

I. *Introduction*

1. The first part of the report by the Committee on Social and Health Questions on the rights of the sick states a number of rights to which hospital patients are entitled, such as the right to freedom, the right to personal dignity and integrity, the right to information, the right to proper care and the right not to suffer. Considering the extraordinary progress that has been made in medical science, I fully support the attempt to redefine the position of the sick and their rights in hospital. This opinion accordingly concentrates on the legal aspects of euthanasia dealt with in the second part of the report.

2. The substantial progress made in the medical field has led to a reconsideration of the euthanasia problem and set off some very heated debates among the public. Thanks to new

1. See Doc. 3401 and Reference No. 1004 of 25 January 1974, and Doc. 3699.

2. *a.* Adopted by the committee on 27 January 1976.

MEMBERS OF THE COMMITTEE : MM. *Margue (Chairman)*; *Sieglerschmidt*, Stray *(Vice-Chairmen)*; Adali, Alber, Burckel, Castellucci, Cidal, *De Marco, Dockrell*, Gislason, Grieve *(Alternate: Buck)*, Hedlund, Hedström, Kempinaire, Legaret, Mrs Meier *(Alternate:* Mr *Broger)*, MM. *Lewis*, Manghakis, Ninn-Hansen, Papalazarou, Péridier, Piket, Preti, Reinhart *(Alternate: Heger)*, Santalco, Schürch, *de Stexhe, Stoffelen*, Vohrer, *Whitehead*, Withalm *(Alternate:* Mrs *Hubinek)*.

N. B. THE NAMES OF THOSE WHO TOOK PART IN THE VOTE ARE PRINTED IN ITALICS.

b. See 23rd Sitting, 28 January 1976; and Recommendation 779.

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE
DU
CONSEIL DE L'EUROPE

27 janvier 1976 **Doc. 3735**

AVIS

sur les droits des malades et des mourants [1]

présenté par la Commission des questions juridiques [2]
(Rapporteur: M. DE MARCO)

I. *Introduction*

1. Le rapport présenté par la commission des questions sociales et de la santé sur les droits des malades formule dans une première partie certains droits des personnes hospitalisées tels que le droit à la liberté, le droit à la dignité et à l'intégrité de la personnalité, le droit d'être informé, le droit aux soins appropriés et le droit de ne pas souffrir. A la lumière des progrès extraordinaires accomplis dans le domaine médical, votre rapporteur partage entièrement l'initiative de redéfinir la position du malade et ses droits à l'hôpital. Cet avis se concentre donc sur les aspects juridiques de l'euthanasie auxquels est consacrée la deuxième partie du rapport sur les droits des malades.

2. En effet, les progrès considérables accomplis dans le domaine médical ont amené à reconsidérer le problème de l'euthanasie et ont provoqué dans le public des discussions très

1. Voir Doc. 3401 et Renvoi n° 1004 du 25 janvier 1974 ; et Doc. 3699.

2. *a.* Adopté par la commission le 27 janvier 1976.

MEMBRES DE LA COMMISSION : MM. *Margue (Président)*; *Sieglerschmidt*, Stray *(Vice-Présidents)*; Adali, Alber, Burckel, Castellucci, Cidal, *De Marco, Dockrell*, Gislason, Grieve *(Remplaçant: Buck)*, Hedlund, Hedström, Kempinaire, Legaret, Mme Meier *(Remplaçant:* M. *Broger)*, MM. *Lewis*, Manghakis, Ninn-Hansen, Papalazarou, Péridier, Piket, Preti, Reinhart *(Remplaçant: Heger)*, Santalco, Schürch, *de Stexhe, Stoffelen*, Vohrer, *Whitehead*, Withalm *(Remplaçant:* Mme *Hubinek)*.

N. B. LES NOMS DES MEMBRES QUI ONT PRIS PART AU VOTE SONT INDIQUÉS EN ITALIQUE.

b. Voir 23° séance, 28 janvier 1976 ; et Recommandation 779.

techniques, such as reanimation, to the development of modern surgery and to transplants of human organs, it is now possible to cure illnesses formerly unamenable to treatment and save lives which before would have been lost. Technical progress in medicine makes it possible, in many cases, to prolong life artificially for indefinite periods. Technical scope may produce a form of therapy with no limits (therapeutic over-zealousness). The problem of artificially extending life does not concern patients being treated at home. It is in hospitals that the effect of technical progress is often to divide the process of dying into several successive stages, which change a so-called humanitarian service into the "terror of humanity", as Helmut Thielicke has said. Maintaining life artificially may mean artificially prolonging suffering. Medical technology makes doctors the "arbiters" of life and death, according to many patients. Legislation, and in some ways moral thinking, have failed to keep pace with modern medical trends.

3. In the English-speaking countries especially, euthanasia societies have been set up, demanding that people who have asked for death in a "euthanasia will" should be entitled to it. Public opinion is displaying a certain anxiety. Newspapermen, doctors, theologians and lawyers are calling more and more for the discontinuation of medical treatment which artificially prolongs the life of the incurably sick.

4. In examining the legal aspects of the extremely complex problem of euthanasia, it must always be borne in mind that they are closely related to ethical and moral principles. After defining what is meant by euthanasia, this opinion will deal with "active" and "passive" euthanasia, with some amendments which I propose making to the draft recommendation submitted by the Committee on Social and Health Questions.

II. *Concept of euthanasia*

5. The term euthanasia is not known in law and does not feature in any of the Council of Europe member states' penal codes. It comes from the Greek and means dying "gently" or "well", and was used with the broader meaning

controversées. De nouvelles techniques comme celle de la réanimation ainsi que le développement de la chirurgie moderne et les transplantations d'organes permettent aujourd'hui de guérir des maladies et de sauver des vies qui, autrefois, auraient été perdues. Les progrès médico-techniques permettent dans de nombreux cas de prolonger la vie artificiellement pour des périodes indéterminées. Les possibilités techniques peuvent conduire à une thérapeutique sans bornes (acharnement thérapeutique). Le problème de la prolongation artificielle de la vie ne concerne pas les malades qui sont soignés à domicile. C'est dans les cliniques que le progrès technique a souvent pour effet de diviser le processus de la mort en plusieurs étapes qui se surajoutent et qui transforment le prétendu service humanitaire en une « terreur de l'humanité » selon Helmut Thielicke. Maintenir la vie artificiellement peut impliquer la prolongation artificielle des souffrances. La technologie médicale fait du médecin, aux yeux de nombreux malades, le « maître » de la vie et de la mort. La législation et, dans un certain sens, la morale, n'ont pas suivi l'évolution de la médecine moderne.

3. Surtout dans les pays anglo-saxons, on a vu se constituer des sociétés pour l'euthanasie, qui réclament « un droit à la mort » pour des personnes qui l'ont demandé dans un « testament d'euthanasie ». On peut constater une certaine inquiétude dans l'opinion publique. Des journalistes, des médecins, des théologiens et des juristes réclament de plus en plus la non-application des soins médicaux qui prolongeraient artificiellement la vie des malades incurables.

4. En examinant les aspects juridiques du problème extrêmement complexe qu'est l'euthanasie, il faut toujours garder à l'esprit qu'ils sont, quant au fond, étroitement liés à des questions d'ordre éthique et moral. Après avoir défini la notion d'euthanasie, cet avis traitera de l'euthanasie « active » et de l'euthanasie « passive » pour terminer dans les conclusions par les quelques amendements que je vous propose d'apporter au projet de recommandation présenté par la commission des questions sociales et de la santé.

II. *La notion d'euthanasie*

5. Le terme d'euthanasie est inconnu en droit et n'est employé dans aucun code pénal des États membres du Conseil de l'Europe. Ce terme, qui est d'origine grecque et qui signifie la mort « douce » ou « bonne », fut employé dans

of spontaneous and natural death, but never with that of deliberate killing. A certain confusion, reflected in the current controversy, accordingly persists when it comes to defining the term. Unfortunately, its meaning has become broader, to take in the act of deliberately killing a sick or disabled person as well as withholding treatment from a patient who has no chance of surviving.

6. A distinction is commonly made between active euthanasia[1] and passive euthanasia.[2] This distinction is of course extremely artificial and does not cover all possibilities, but will be used here so as to prevent the discussion from becoming still further confused. Also of relevance here is treatment with such products as morphine, which is intended to relieve suffering on the deathbed but which also have the effects of shortening life without that being the main purpose of the treatment (aiding terminal patients).

7. In order to be able to distinguish between active and passive euthanasia in the case of dying patients it is necessary to introduce the idea of the natural course of the illness leading to death. If the doctor influences the natural course of the illness artificially, thus causing or hastening death, then he has committed active euthanasia. He commits passive euthanasia if he refrains from applying or discontinues treatment intended to influence the natural course of the illness and to delay death.

8. In this context, it should be noted that a new definition of death has gained general acceptance. Death is no longer defined as the irreversible failure of the heart, but as the complete, irreversible and central cessation of the functioning of the brain, or the death of the brain.

According to this definition, disconnecting a patient whose brain is dead from an artificial lung or respirator could no longer be regarded as homicide, but would be the consequence of the patient's death. This approach has the advantage of affording a relatively objective indication of when death has occurred

1. Killing the patient at his own request.

2. In other words the abandoning or discontinuance of treatment which would prolong life artificially in the case of patients who are already dying and whose life cannot be saved in the present state of medical science.

le sens plus large de la mort spontanée et naturelle, mais jamais dans celui de tuer volontairement. Une certaine confusion, qui se reflète dans la discussion actuelle, règne donc aujourd'hui quant à la définition de ce terme. Son sens s'est malheureusement élargi. Il englobe aussi bien l'acte de tuer volontairement un malade ou un handicapé, que la décision d'arrêter de soigner un malade qui n'a aucune chance de survivre.

6. On distingue généralement l'euthanasie « active » [1] et l'euthanasie « passive » [2]. Cette distinction est évidemment très artificielle et ne couvre pas tous les cas, mais elle sera appliquée ici pour ne pas ajouter d'autres confusions à la discussion. Dans ce cadre sont aussi à considérer les soins apportés par le médecin afin de soulager les souffrances des mourants par des produits comme la morphine, mais qui pourraient avoir comme effet secondaire de raccourcir la vie sans que ceci soit le premier but du traitement (assistance à la mort).

7. Pour pouvoir, dans le cas de malades mourants, distinguer l'euthanasie active de l'euthanasie passive, il faut introduire la notion du déroulement naturel et autonome de la maladie qui mène à la mort. Il s'agit de l'euthanasie active si le médecin influence artificiellement le déroulement naturel de la maladie en provoquant ou en accélérant la mort. Il s'agit de l'euthanasie passive si le médecin s'abstient d'appliquer les traitements ou arrête les soins qui sont destinés à influencer le déroulement naturel de la maladie et à repousser le moment de la mort.

8. Dans ce contexte, il est à noter que l'on a introduit une nouvelle définition de la mort qui est généralement acceptée, mais qui n'est pas inscrite dans la législation. On définit la mort non plus comme l'arrêt irréversible du cœur, mais comme la cessation de fonctionnement complète, irréversible et centrale du cerveau ou mort du cerveau.

D'après cette définition, l'arrêt chez un malade dont le cerveau est mort, d'un poumon artificiel ou d'un respirateur ne pourrait plus être qualifié d'homicide, mais s'avérerait comme conséquence de la mort du malade. Cette vue a l'avantage de fournir des indications relativement objectives sur le moment de la mort et déchar-

1. Mise à mort du malade sur la demande du malade.

2. C'est-à-dire l'abandon ou cessation de mesures artificielles de prolongation de la vie sur les malades chez qui l'agonie a déjà commencé et dont la vie ne peut pas être sauvée dans l'état actuel de la science médicale.

and would in many cases relieve the doctor of responsibility for taking a personal decision. It would not entail any change in current legislation, but would imply a different interpretation of the notions already employed by the law. This definition would clearly raise a number of questions. In criminal law, for example, should brain death due to another person's negligence be regarded as homicide ? Should the new definition be embodied in civil law, more particularly for instance in inheritance law ?

gerait le médecin, dans beaucoup de cas, de la responsabilité d'une décision personnelle. Elle n'impliquerait aucun changement dans la législation actuellement en vigueur, mais seulement une autre compréhension des notions déjà employées par la loi. Cette nouvelle définition soulèverait évidemment un certain nombre de questions. En droit pénal, faut-il qualifier, par exemple, comme homicide par négligence la mort du cerveau qui se produirait à la suite d'une négligence d'une autre personne ? Faut-il introduire la nouvelle définition dans le droit civil par exemple plus particulièrement dans le droit des successions ?

III. *"Active" euthanasia*

9. Pleas are sometimes made on humanitarian grounds for the killing of incurably sick persons in great pain, whose illness does not bring death, or does so only after a period which it is impossible to predict, to be made legal. Doctors or relatives who have committed euthanasia have generally been confronted with a serious question of conscience. They are often prompted by such motives as pity, love or charity and usually act at the patient's earnest and repeated request or with his consent. Such persons' desire for death must often be regarded as a wish to commit suicide, when for physical reasons they are unable to do so themselves.

10. Lawyers and doctors agree that taking measures to shorten the patient's life without consent or against his will is a punishable act quite regardless of the patient's condition and of the motives of the person performing this act. But a doctor who complies with his patient's wish to have his life shortened is also punishable. Up to now proposals that doctors might let those patients wishing to die do so have come to nothing. The British Parliament recently rejected a bill on this very subject. The 1922 Soviet Penal Code said that homicide was not punishable when it was requested by the victim and when the motive was pity, but this provision was subsequently dropped. For moral and religious reasons, from a desire to demarcate the offence and from apprehension about possible misuse, no legislator has so far ventured to say that such an act is not punishable. Even a cautious start in this direction might well make sick people afraid that they could no longer count on being cared for in hospital.

III. *Euthanasie « active »*

9. Pour des raisons humanitaires, on demande parfois que soit légalisé le fait de tuer des malades incurables souffrant beaucoup et dont la maladie n'entraîne pas la mort ou seulement après une période elle-même imprévisible. Le mécedin ou le membre de la famille qui ont commis l'acte d'euthanasie ont été en général confrontés à un cas de conscience grave. Ils ont souvent été poussés par des motifs comme la pitié, l'amour ou la charité. Dans la plupart des cas, la personne agira sur la demande répétée et sérieuse du malade ou avec son consentement. Le désir de mourir chez ces malades doit être souvent considéré comme un désir de se suicider. Pour des raisons physiques, le malade se voit dans l'impossibilité de commettre cet acte lui-même.

10. Juristes et médecins sont unanimes pour déclarer que les mesures qui raccourcissent la vie, sans ou contre le consentement ou la volonté du malade, constituent des actes punissables et ceci sans considérer l'état de la maladie du patient et le motif de celui qui a exécuté cet acte. Aussi, le médecin qui répond au désir du malade de raccourcir sa vie est punissable. Les propositions selon lesquelles les médecins pourraient faire mourir les malades qui le souhaiteraient n'ont jusqu'à maintenant pas abouti. En Angleterre, le Parlement a récemment rejeté un tel projet de loi. Le Code pénal soviétique de 1922 déclarait l'homicide impuni lorsqu'il était commis sur invitation de la victime et pour un motif de pitié. Mais cette disposition a été par la suite supprimée. Pour des raisons morales et religieuses et pour des motifs de délimitation de l'infraction ainsi que par crainte de certains abus, aucun législateur n'a jusqu'ici osé nier le caractère punissable d'un tel acte. Même une législation très prudente pourrait faire naître chez les

11. The objections put forward against legislation of this type seem valid, for it is extremely difficult, if not impossible, to state with any certainty whether or not the patient really wished to die. In any case, the patient's statements may very often be unreliable either because he is no longer in possession of all his mental faculties or because he made them while in a phase of depression. Moreover, this solution is unsatisfactory in the case of unconscious patients no longer able to make a statement of this sort. A statement made before the appearance of the illness is not entirely free of problems either, even when it is confirmed by the patient once he is ill. In any case, one can never know for sure that the patient will not go back on his previous decision just after taking the fatal dose. Furthermore it is conceivable that a person knowing that it was lawful to ask for death might be subjected to moral pressure and feel obliged to ask for death in order to spare his relatives the cost of prolonged treatment.

12. The proposal to legalise active euthanasia raises the same objections in the case of a patient who has himself requested it in writing in advance (euthanasia will). While the patient's consent generally legalises whatever medical treatment he is given, the same is not true of euthanasia, since no valid consent is possible. According to most legal opinion, no one can legally authorise another person to kill him. Some countries' legislation recognises a "right to die" only in so far as suicide is not a crime and as, in principle, everyone is free to accept or to refuse medical care.

13. Some penal codes contain specific provisions for less severe penalties for homicide at the victim's request, so as to prevent the application of general provisions governing premeditated manslaughter.[1] Under some legislative systems, the killing of incurably sick persons through pity is regarded as grounds for a possible reduction of the penalty.[2]

1. For example, Italy (Section 579), Federal Republic of Germany (Section 216), Denmark (Section 239), Greece (Section 300), Iceland (Section 213), the Netherlands (Section 293), Switzerland (Section 114), Austria (Section 77).

2. Norway (Section 235).

malades la peur de ne plus être soignés en toute sécurité dans les hôpitaux.

11. Les objections avancées contre de tels projets de loi paraissent justifiées. Il s'avère, en effet, très difficile et même impossible d'affirmer avec certitude s'il y a eu de la part du malade une volonté sincère de mourir. D'ailleurs, les déclarations du malade peuvent très souvent n'avoir aucune valeur soit qu'il ne soit plus en possession de toutes ses forces intellectuelles, soit que ces déclarations aient été faites à la suite d'un état dépressif du malade. D'autre part, cette solution ne peut pas satisfaire le cas du malade sans conscience qui n'est plus capable de faire une telle déclaration. Une telle déclaration, avant que la maladie n'ait apparu, n'est pas non plus sans problème, même si le malade la renouvelle pendant sa maladie. On ne peut pas savoir d'ailleurs si le malade, au moment où il a pris la dose mortelle, ne revient pas sur sa décision antérieure. D'autre part, un malade qui sait qu'il est légal de demander la mort, ne pourrait-il pas être soumis à une pression morale et se sentir obligé de demander la mort afin d'éviter d'infliger à sa famille les frais d'un traitement prolongé ?

12. Le projet de légaliser l'euthanasie active rencontre les mêmes objections dans le cas d'un malade qui l'a demandée lui-même à l'avance par une déclaration écrite (testament d'euthanasie). Si le consentement du malade rend le traitement médical en principe légal, il n'en est pas ainsi pour l'euthanasie, faute d'un consentement valable. D'après l'opinion générale, personne ne peut, de façon juridiquement valable, donner à une autre personne l'autorisation de la tuer. La législation de certains pays ne reconnaît un « droit à la mort » que dans la mesure où le suicide reste impuni et qu'en principe chacun est libre d'accepter ou non les soins médicaux.

13. Pour ne pas appliquer des dispositions générales sur l'homicide prémédité, certains codes pénaux contiennent des dispositions spécifiques prévoyant des peines moins sévères pour l'homicide commis sur demande de la victime [1]. Certains législateurs considèrent le fait de tuer un malade incurable par pitié comme cause pouvant atténuer la peine [2].

1. Voir par exemple Italie, article 579 ; République Fédérale d'Allemagne, article 216 ; Danemark, article 239 : Grèce, article 300 ; Islande, article 213 ; Pays-Bas, article 293 ; Suisse, article 114 ; Autriche, article 77.

2. Voir Norvège, article 235.

14. It certainly seems wrong to treat a doctor who has caused the death of an incurable patient in great pain in the same way as a murderer who has committed homicide with malice aforethought. In countries where there are no specific provisions governing homicide at the victim's request, the courts tend to acquit the accused even *contra legem,* or else they deny that there is a causal connection between the medical act and the patient's death and apply the principle *in dubio pro reo.* In countries (e.g. France and England) where the principle of relative prosecution prevails, the authorities often decide not to prosecute.

15. In certain circumstances, the doctor might be regarded as having abetted the suicide of the patient and would not be liable for punishment in some countries where suicide is not a crime.[1] How to prove the extent of the doctor's complicity remains a hotly debated question, however, and does not call for discussion in this context.

16. Cases of medical treatment which alleviates the suffering of dying patients, but which often shorten life, are slightly different. The closer death, the acuter the suffering, and the greater the need for action on the part of the doctor. It is the doctor's duty to relieve the dying patient. If it proves impossible to cure him, then the doctor must do all he can to alleviate his suffering.

17. Many lawyers claim that, legally, it is permissible, as part of the aid given to the dying, to administer pain-killing drugs even if they have the effect of disturbing the patient's consciousness and hastening his death. The difference between this and active euthanasia is that, in the case of aid to the dying, the purpose is not to shorten life ; on the contrary, this is merely an unintended side-effect of the medical treatment which is necessary to relieve suffering. In such cases the term "indirect euthanasia" is also used. As the theory of criminal law varies from country to country, the legal arguments leading to this conclusion also differ. A detailed study of those arguments would take us outside the scope of this legal opinion. But any consideration of the issue must start from the assumption that the

1. Belgium, France, Federal Republic of Germany and Luxembourg.

14. Il paraît en effet difficile de traiter un médecin qui provoquerait la mort d'un malade incurable et souffrant terriblement de la même façon qu'un meurtrier qui a commis un homicide prémédité. Dans les pays qui ne connaissent pas de dispositions spécifiques concernant l'homicide sur invitation de la victime, les assises ont tendance à acquitter même *contra legem.* Ou bien on nie souvent qu'il existe un lien de cause à effet entre l'acte médical et la mort du malade et on applique le principe *in dubio pro reo.* Dans les pays (par exemple en France et en Angleterre) où règne le principe de l'opportunité, les autorités renoncent souvent à prononcer une accusation.

15. Selon les circonstances, l'acte du médecin pourrait être qualifié de complicité au suicide du malade qui, en raison de l'impunité du suicide lui-même dans certains pays resterait aussi impuni [1]. Mais ici, il s'agit d'une question qui reste controversée quant à la détermination de la participation et qui n'a pas à être considérée dans ce cadre.

16. Un peu différents sont les cas des traitements médicaux qui soulagent les souffrances d'un malade mourant, mais qui entraînent souvent un raccourcissement de la vie. Plus la mort est proche, plus les souffrances s'avèrent douloureuses et plus une action du médecin s'avère indispensable. Soulager la mort d'un malade correspond à une obligation du médecin. Si guérir le malade s'avère impossible, il y a, dans la mesure du possible, obligation pour le médecin d'alléger les souffrances.

17. D'après de nombreux juristes, il est juridiquement permis, dans le cadre de l'assistance à la mort, d'administrer des narcotiques qui allégeraient les souffrances même s'ils avaient pour effet de troubler la conscience du malade et d'avancer le moment de sa mort. La différence avec l'euthanasie active réside dans le fait que dans l'assistance à la mort, le raccourcissement de la vie n'est pas voulu mais, au contraire, qu'il apparaît comme un effet secondaire non intentionné dû à un traitement médical nécessaire pour soulager les souffrances. Dans ces cas, on parle aussi de l'euthanasie « indirecte ». Les constructions juridiques conduisant à cette conclusion diffèrent de pays à pays du fait des diverses doctrines de droit pénal. Entrer dans le détail des analyses juridiques conduirait à sortir du

1. République Fédérale d'Allemagne, Belgique, France, Luxembourg.

doctor's duty is to save lives. This duty is normally coupled with the duty to relieve suffering. Medical treatment usually meets both these requirements. In the case of terminal patients, however, they may be mutually contradictory, when the artificial prolongation of life serves only to prolong suffering. Then a choice has to be made between the two duties ; it has to be asked which is the overriding consideration in the particular case in point. The criterion is the medical prognosis : the doctor's decision must be reached in the light of his own professional knowledge and experience.

18. The Catholic and Protestant Churches consider that, in the case of a terminally ill patient, the doctor's attention must be directed towards his sufferings, and not the pointless prolongation of his life.

19. Speaking on 24 February 1957, Pope Pius XII condemned euthanasia but accepted a restriction, namely that it was permissible to administer narcotics, themselves producing two different effects, i.e. the alleviation of pain, on the one hand, and curtailing the duration of life, on the other. He insisted that consideration must be given to the existence of a reasonable relation between these two effects, and whether the advantages of the one outweighed the disadvantages of the other.[1]

IV. *"Passive" euthanasia*

20. Passive euthanasia, i.e. the abandoning or discontinuance of artificial measures to prolong the life of dying patients whose life cannot be saved in the present state of medical science, is an omission in legal terms. In the countries such as France, where murder cannot by law be committed by omission, the provisions governing assistance to persons in danger are applicable. In other countries, however, a murder can be committed by omission in certain circumstances. It is not, however, the purpose of this opinion to deal in detail with the difficult question of homicide by omission, but to establish whether a doctor is always legally obliged to use every means at his disposal to prolong the life of a dying patient artificially.

1. *Acta Apostolica 1957*, p. 143.

cadre de cet avis juridique. Mais le point de départ de toute considération est l'obligation du médecin de conserver la vie. Cette obligation va normalement de pair avec l'obligation de soulager les souffrances. Le traitement médical répond en général à la fois à ces deux obligations. Toutefois, dans la situation du malade mourant, ces deux obligations peuvent être contradictoires, lorsque la prolongation artificielle de la vie ne conduit qu'à une prolongation des souffrances. Ici, il s'avère nécessaire de choisir entre les deux obligations en se demandant quelle est dans ce cas particulier celle qui prime. Le critère est le pronostic médical : à savoir la décision que le médecin doit prendre en fonction de ses connaissances professionnelles et de ses propres expériences.

18. Les Églises catholique et protestante considèrent que dans le cas d'un mourant, le médecin doit tourner son attention vers les souffrances du malade et ne pas prolonger inutilement sa vie.

19. Dans un discours du 24 février 1957, le Pape Pie XII a condamné l'euthanasie, mais a accepté cette restriction : « Est permise l'administration de narcotiques, qui produit par elle-même deux effets différents, à savoir d'un côté un soulagement de la douleur et de l'autre une réduction de la durée de la vie. Mais il convient d'examiner s'il existe une relation raisonnable entre ces deux effets et si les avantages de l'un compensent les inconvénients de l'autre. [1] »

IV. *Euthanasie « passive »*

20. L'euthanasie passive, c'est-à-dire l'abandon ou la cessation de mesures artificielles de prolongation de la vie sur les malades chez qui l'agonie a déjà commencé et dont la vie ne peut pas être sauvée dans l'état actuel de la science médicale, est juridiquement une omission. Dans les pays comme, par exemple, la France, où l'assassinat et le meurtre ne peuvent être juridiquement commis par omission, les dispositions relatives à l'assistance aux personnes en danger sont applicables. Dans d'autres pays, au contraire, un meurtre peut, dans certaines conditions, être commis par omission. Mais le but de cet avis n'est pas de rentrer dans les détails du difficile problème qu'est l'homicide par omission. Il s'agit ici de savoir si le médecin est toujours

1. Voir *Acta Apostolicae Sedis 1957*, p. 143.

21. Replies to this question differ widely. Some lawyers hold that the doctor must always attempt by every means possible to prolong a patient's life even by a matter of minutes. Some doctors take quite the opposite attitude and want to leave physicians free to decide for themselves when to use and when to discontinue all technical reanimation methods.

22. At first sight, both points of view may seem perfectly cogent. Closer study of the problem, however, will show that passive euthanasia is neither completely forbidden nor left entirely to the discretion of the doctor. The solution proves more difficult and complex and falls somewhere between the two attitudes described. Passive euthanasia is permitted within certain objective limits. Only within these limits can a doctor be allowed to use his discretion.

23. The doctor's basic point of reference is his duty to give the best possible treatment, i.e. to preserve the patient's life and relieve his suffering. This duty stems either from the doctor's having agreed to treat the patient or from the obligation he shares with everyone else to come to the aid of the victims of an accident.[1] This duty to give the best possible treatment must be interpreted as meaning that the doctor is obliged to use every means of treatment available. Except in a few extreme cases, he must do all he can to keep a sick person alive, even if, in the long run, the latter has no chance of surviving. The doctor must therefore prolong the life of his patient beyond the point of natural death.

24. The decision as to what treatment, if any, should be given must be taken by the doctor after seeking a second opinion. It must be taken on objective medical grounds, regardless of the patient's particular living conditions. A doctor taking his decision or making an assessment according to non-medical criteria as to whether prolonging life was in the patient's interest, would be acting as an arbiter over life and death. Only the patient can, in full knowledge of

1. See for example Federal Republic of Germany (Section 330. *c.*), France (Section 63.II).

juridiquement obligé de prolonger artificiellement la vie d'un malade en agonie en mettant en œuvre tous les moyens dont il dispose.

21. Les réponses à cette question sont très diverses. D'après certains juristes, le médecin doit toujours et par tous les moyens essayer de prolonger la vie d'un malade même s'il s'agit seulement de minutes. Une position totalement contraire est prise par certains médecins qui veulent laisser à la libre appréciation des médecins eux-mêmes le recours ou l'arrêt de tous les moyens techniques de réanimation.

22. Les deux prises de position peuvent sembler à première vue très valables. Mais, si l'on analyse le problème de plus près, on verra que l'euthanasie passive est ni absolument interdite, ni laissée à la libre appréciation du médecin. La solution du problème s'avère plus difficile et plus compliquée et se situe entre les deux prises de position décrites. L'euthanasie passive est permise dans le cadre de certaines limites objectives. A l'intérieur de ces limites seulement, on peut admettre une libre appréciation du médecin.

23. Le point de départ est pour le médecin l'obligation de donner au malade les meilleurs soins possible, à savoir de conserver la vie et de soulager les souffrances du malade. Cette obligation découle soit du fait que le médecin a accepté de soigner le malade, soit qu'il doive, comme toute personne, venir au secours des personnes en cas d'accident[1]. Cette obligation des meilleurs soins possible doit être interprétée de façon que le médecin soit obligé d'utiliser toutes les méthodes de traitement mises à sa disposition. Exception faite de certains cas extrêmes, il doit faire tout son possible pour maintenir en vie un malade, même si ce dernier, à long terme, n'a aucune chance de survivre. Il doit donc prolonger la vie des malades au-delà du moment de la mort naturelle.

24. La décision de savoir si et quel traitement est à suivre doit être prise par le médecin avec la diligence d'un collègue avisé. Elle doit être basée sur des données médicales objectives et sans considération des conditions particulières de la vie du malade. Le médecin qui déciderait ou apprécierait d'après des critères non médicaux, si la prolongation de la vie pouvait être utile au malade, ou avait un sens pour lui, apparaîtrait comme le « maître » de la vie et de la

1. Voir par exemple République Fédérale d'Allemagne, article 330. *c.* ; France, article 63.II.

the facts, decide whether there is any point in his life being prolonged.

25. Those who advocate a "right to die" in order to limit the doctor's duty to treat the patient must of necessity recognise the patient's right of self-determination with regard to the decision whether to apply treatment to prolong his life. In order that the patient may be in full possession of the facts when he makes his decision, the doctor must explain his condition to him and describe the various possible courses of treatment. If the patient opts for a course of treatment which would prolong his life artificially, the doctor must fulfil his wishes. If, on the other hand, the patient refuses any treatment and opts for death, then the doctor must bow to this decision since his duty to do everything in his power to prolong the patient's life is limited by the latter's right of self-determination. The same is true of an unconscious patient who has at some time refused all treatment prolonging his life.

26. Some Catholic thinkers, such as Karl Rahner and Schöllgen, appear to allow that the doctor has a moral obligation to respect the wish of a sick man wanting to die and to discontinue treatment which would keep him alive artificially for a short time, in order to avoid prolonging life inhumanely. Karl Rahner writes as follows : "In principle I am inclined to believe that doctors are under an obligation of this type. Only on this basis can the inhumane, degrading prolongation of life be avoided ; a doctor who accepts this obligation will find it easier to surmount the understandable apprehension he feels at allowing someone to die when he could have kept him alive a little longer. In this field, Christian morality is no longer able to formulate unambiguous, directly applicable and universally acceptable rules".[1] The Church of England has adopted a similar standpoint.[2]

27. It is clear that the majority of cases cannot be settled simply by invoking the patient's right of self-determination. The state of un-

1. See Karl Rahner (SJ) "Das Recht sterben zu dürfen", in *Die Zeit* of 7 February 1975 ; see also Schöllgen, *Lexikon für Theologie und Kirche,* Volume III (1959), p. 1208, "Euthanasie".

2. See the Church of England report "On dying well" in *The Times* of 18 March 1975, p. 4.

mort. Seul le malade peut, en libre connaissance de cause, décider si la prolongation de la vie peut avoir un sens pour lui.

25. Celui qui plaide pour un « droit à la mort » afin de limiter l'obligation du médecin de soigner le malade doit, par conséquent, reconnaître le droit de l'autodétermination du malade en ce qui concerne la décision de l'application des moyens destinés à prolonger la vie. Pour que le malade puisse décider en toute connaissance de cause, le médecin doit lui faire part de son état et lui décrire les différents traitements possibles. Si le malade désire l'application d'un traitement qui prolongerait artificiellement sa vie, le médecin est obligé d'accomplir sa volonté. Si le malade, au contraire, refuse tout traitement et désire la mort, il doit s'incliner devant cette décision, son obligation de faire tout en son pouvoir pour prolonger la vie du malade étant limitée par droit de l'autodétermination de ce dernier. Il en est de même pour un malade sans conscience qui avait, à un moment ou à un autre, refusé tout traitement prolongeant la vie.

26. Des penseurs catholiques, comme Karl Rahner et Schöllgen, par exemple, paraissent admettre une obligation morale pour le médecin de respecter la volonté du malade qui désire mourir et d'arrêter un traitement qui le tiendrait artificiellement en vie pendant un bref délai, afin d'éviter une prolongation inhumaine de la vie. « Au fond, je pense plutôt qu'il existe une telle obligation pour le médecin. Ce n'est que dans cette hypothèse qu'on peut éviter de prolonger la vie de façon inhumaine et dégradante et un médecin qui reconnaît cette obligation parvient plus facilement à surmonter l'appréhension compréhensible que lui inspire le fait de laisser mourir un homme dont il aurait pu prolonger la vie. Mais, dans ces questions, une morale chrétienne ne parvient plus à formuler des règles précises, directement applicables et qui peuvent être reconnues par tous. [1] » L'Église d'Angleterre a pris une position semblable [2].

27. Il est évident que l'appel au droit de l'autodétermination du malade ne permet pas de résoudre la majorité des cas. Souvent, l'état

1. Voir Karl Rahner (SJ), « Das Recht sterben zu dürfen », dans *Die Zeit,* du 7 février 1975 ; voir aussi Schöllgen, *Lexikon für Theologie und Kirche,* tome III (1959), p. 1208, « Euthanasie ».

2. Voir rapport de l'Église d'Angleterre « On dying well » dans *The Times* du 18 mars 1975, p. 4.

conscious dying patients is frequently such that they are unable to make the decision. In such cases the doctor must be able to answer the following question : when and under what circumstances is he no longer bound to prolong artificially a life that is lost in medical terms, either by refraining from artificial measures to prolong life or by discontinuing an unsuccessful attempt to prolong life artificially ?

a. *Circumstances limiting the duty to take measures to prolong life artificially*

28. If, according to the medical prognosis, there is no certainty of the patient's recovering or even being cured completely, and reanimation is therefore inappropriate in view of the patient's hopeless state, the doctor is no longer bound to take artificial measures to prolong life.

29. The doctor is no longer obliged to treat the patient once the prolongation of life is no longer of any help. In the case of serious physical suffering leading to death, the doctor must relieve the suffering even if this entails shortening the patient's life.

30. In the case of irreversible unconsciousness leading to death, the doctor's duty to prolong life is not in conflict with his duty to relieve suffering. A doctor who decides in such a case not to apply reanimation techniques is no longer acting as the "arbiter" of life and death but merely recognising the limitations imposed on medicine by nature. As death is then inevitable, it cannot be avoided but merely delayed by technical means. Reanimation is therefore pointless from a therapeutic point of view, and the doctor who decides not to apply it is acting in accordance with his obligations.

b. *Discontinuance of reanimation*

31. In case of doubt, i.e. when the chances of success are unknown, the doctor must always decide in the patient's favour and apply the treatment which he thinks is most likely to succeed, including reanimation where appropriate.

32. If, during the course of treatment, the above-mentioned circumstances limiting the doctor's duty to carry out the treatment should appear, he may stop it. Just as the doctor may

des malades agonisants et sans conscience ne leur permet pas de prendre cette décision. Dans de telles circonstances, le médecin doit pouvoir répondre à la question suivante : quand et dans quelles circonstances n'est-il plus tenu, soit en renonçant à prendre une mesure artificielle de prolongation de la vie, soit en interrompant une telle mesure restée sans succès, de prolonger artificiellement une vie médicalement perdue ?

a. *Conditions limitant l'obligation de prendre une mesure artificielle de prolongation de la vie*

28. Si d'après le pronostic médical, le malade ne peut plus avec certitude être rétabli et si donc un acte de réanimation s'avère absurde en raison de l'état désespéré de la maladie, le médecin n'est plus tenu de prendre une mesure artificielle de prolongation de la vie.

29. L'obligation du médecin de soigner le malade cesse d'exister dès que la prolongation de la vie ne représente plus aucune aide pour le malade. En cas de graves souffrances physiques conduisant à la mort, le médecin doit soulager les souffrances, quitte à raccourcir la vie du malade.

30. En cas d'inconscience irréversible avec issue mortelle, il n'y a pas de conflit entre l'obligation du médecin de prolonger la vie et celle de soulager les souffrances. Le médecin qui renonce dans un tel cas à appliquer les méthodes de réanimation ne joue plus le « maître » de la vie et de la mort, mais reconnaît au contraire les limites imposées par la nature à la médecine. La mort paraît dans de telles circonstances inévitable, les méthodes techniques ne peuvent l'éviter, mais seulement la retarder. L'acte de réanimation n'a donc pas de sens thérapeutique ; le médecin qui, par conséquent, y renonce agit conformément à ses obligations.

b. *Arrêt de la réanimation*

31. En cas de doute, c'est-à-dire lorsque les chances de succès sont incertaines, le médecin doit toujours se décider en faveur du malade et entreprendre le traitement auquel il attribue les plus grandes chances de succès, donc faire recours, le cas échéant, à la réanimation.

32. Si pendant ce traitement se présentent les facteurs mentionnés ci-dessus qui limiteraient l'obligation du médecin d'effectuer ce traitement, il est en droit de l'arrêter. Comme le médecin

decide not to apply any treatment to an incurable invalid, he may decide to discontinue treatment which would not offer any chance of survival. If the doctor's duty was defined as the obligation to continue with reanimation at all costs, then the treatment of the patient would no longer be geared to *salus aegroti*. If the treatment fails and there are no alternative forms of therapy, the treatment obviously becomes pointless and may be discontinued.

33. The question of switching off the respirator (a reanimation apparatus) creates difficult legal problems. Some lawyers maintain that switching off the respirator before death has the effect of shortening life and must therefore be regarded as homicide. On the other hand, most lawyers who had given an opinion on the question consider that it is quite legitimate to switch off the respirator in a case of irreversible coma. The legal arguments adduced naturally vary with differing theories of criminal law. The decision to switch off the respirator must be taken by doctors in the light of considerations of medical prognosis alone. As the decision is a medical one, it must be taken by the patient's doctors on medical grounds.

A factor which may influence the decision in practice and is worth mentioning here is the fact that reanimation facilities are limited and it is impossible to use them indefinitely for terminal patients at the expense of others needing temporary treatment and with every prospect of complete recovery.

V. *Conclusion*

34. I have done no more than touch on certain aspects of euthanasia which are mainly linked with medical progress. It is not unlawful to let death take its natural course in a dying person. The discontinuance of therapeutic measures, including reanimation, is generally permitted if medical prognosis indicates that they no longer serve a therapeutic purpose. The ban on activie euthanasia, however, should be maintained.

35. I do not think a doctor's duties can be sufficiently accurately defined to lay down clear-cut legal guidelines that will apply in all cases. The present legal position is satisfactory ; special legislation would not make matters any clearer

peut décider de n'appliquer aucun traitement à un malade incurable, il peut décider de la même façon d'arrêter un traitement qui n'apporterait aucune chance de survie. Si l'obligation du médecin était définie par celle de continuer à tout prix la réanimation, les soins du malade ne seraient plus orientés vers le *salus aegroti*. En cas d'échec et s'il n'existe plus d'autres possibilités thérapeutiques, le traitement entrepris perd manifestement son sens et peut donc être arrêté.

33. L'arrêt du respirateur (un des appareils de réanimation) fait surgir des problèmes difficiles à résoudre sur le plan juridique. D'après certains juristes, l'arrêt du respirateur avant la mort s'avère un acte raccourcissant la vie et doit donc être considéré comme un homicide. Par contre, la plupart des juristes qui se sont prononcés sur ce problème estiment que l'arrêt du respirateur en cas d'inconscience irréversible est légitime. La construction juridique conduisant à ce résultat varie évidemment en fonction des différentes doctrines de droit pénal. La décision d'arrêter le respirateur doit être prise par les médecins en fonction des considérations et pronostics de nature exclusivement médicale. S'agissant d'une décision médicale, elle doit être prise par les médecins traitants en fonction de données médicales.

Un élément qui dans la réalité pourrait influencer la décision et qu'il faut mentionner ici est le fait que le nombre des installations de réanimation est limité et qu'il est impossible d'y maintenir indéfiniment des malades condamnés au détriment d'autres malades qui auraient, eux, besoin d'une assistance temporaire et qui sont promis à une guérison sans séquelle.

V. *Conclusion*

34. Votre rapporteur n'a que sommairement évoqué quelques aspects de l'euthanasie principalement liés aux progrès de la médecine. Il s'avère légitime de laisser s'éteindre la vie d'un mourant lorsqu'il n'y a plus d'espoir de survie. Dans ce cas, il est généralement permis d'abandonner des mesures thérapeutiques y inclus la réanimation, s'ils n'ont d'après les pronostics plus de sens thérapeutique. L'euthanasie active doit cependant rester interdite.

35. Votre rapporteur ne pense pas qu'il soit possible de fixer de manière suffisamment exacte les devoirs incombant au médecin pour en fixer juridiquement les directives claires et nettes s'appliquant à chaque cas. Le régime juridique actuel

in this area of the law. Present legislation, if reasonably interpreted, affords both doctor and patient sufficient protection.

Although in this sphere the medical decision must be taken on the merits of each particular case, it might be as well for doctors and their professional organisations to work out some basic criteria for the guidance of individual doctors : particular cases where the decision seems clear, for example, might form the basis of a code of practice which afforded the doctor guidance in difficult cases.

36. In the light of the foregoing, the committee proposes amending the draft recommendation as follows :

1. Add at the beginning of paragraph 6 of the draft recommendation the following text :

"6. Convinced that the duty of the medical profession is to serve mankind, to protect health, to treat sickness and injury and to relieve suffering with respect for human life and the human person and..."

2. Replace paragraph 9.II of the draft recommendation by the following :

"II. to establish national commissions of enquiry, composed of representatives of all levels of the medical profession, lawyers, moral theologians, psychologists and sociologists to establish ethical rules for the treatment of persons approaching the end of life, thereby considering inter alia the situation which may confront members of the medical professions, such as legal sanctions, whether civil or penal, when they have refrained from effecting artificial measures to prolong the death process in the case of terminal patients, whose lives cannot be saved by present-day medicine, and to examine the question of written declarations, made by legally competent persons, authorising doctors to abstain from life-prolonging measures in particular in case of irreversible cessation of brain function."

3. Replace paragraph 9.III of the draft recommendation by the following text :

"III. to establish, if no comparable organisations already exist, national commissions to consider complaints against medical personnel for error or negligence in the practice of their pro-

s'avère suffisant. Une législation spéciale n'apporterait pas davantage de clarté dans ce domaine du droit. La législation actuellement en vigueur raisonnablement interprétée accorde suffisamment de protection et de liberté aussi bien au médecin qu'au malade.

Bien que dans ce domaine la décision médicale doit être prise en considérant chaque cas particulier, il serait peut-être utile que les médecins et leurs organisations professionnelles élaborent certains critères de base afin de faciliter la tâche de chacun : ainsi, par exemple, de cas particuliers où la décision semble claire pourrait naître une certaine pratique médicale qui orienterait le médecin dans des cas difficiles.

36. A la lumière de ce qui précède, la commission propose d'amender le projet de recommandation comme suit :

1. Ajouter au début du paragraphe 6 du projet de recommandation le texte suivant :

« 6. Convaincue que la profession médicale est au service de l'homme, pour la protection de la santé, pour le traitement des maladies et des blessures, pour le soulagement des souffrances dans le respect de la vie humaine et de la personne humaine et ... »

2. Remplacer le paragraphe 9. II du projet de recommandation par le libellé suivant :

« II. à créer des commissions nationales d'enquête, composées de représentants de la profession médicale, de juristes, de théologiens moraux, de psychologues et de sociologues chargés d'élaborer des règles éthiques pour le traitement des mourants et d'examiner entre autres la situation dans laquelle pourraient se trouver les membres de la profession médicale — par exemple dans l'éventualité de sanctions prévues par la législation civile ou pénale — lorsqu'ils ont renoncé à prendre des mesures artificielles de prolongation du processus de la mort sur les malades chez qui l'agonie a déjà commencé et dont la vie ne peut être sauvée dans l'état actuel de la science médicale ; et d'examiner la question des déclarations écrites faites par des personnes juridiquement capables autorisant les médecins à renoncer aux mesures pour prolonger la vie, en particulier dans le cas de l'arrêt irréversible des fonctions cérébrales ; »

3. Remplacer le paragraphe 9. III du projet de recommandation par le libellé suivant :

« III. à instituer, si des organisations comparables n'existent pas encore, des commissions nationales chargées d'examiner les plaintes déposées contre le personnel médical pour des

fession and this without prejudice to the jurisdiction of the ordinary courts.".

4. Add the following sub-paragraph 9.IV to the draft recommendation :

"IV. to inform the Council of Europe of their analytical findings and conclusions for the purpose of establishing common rules regarding the rights of the sick and dying and the legal and technical means of guaranteeing their application."

37. Subject to these amendments, the committee proposes advising in favour of the draft recommendation and the draft resolution presented by the Committee on Social and Health Questions.

erreurs ou négligences professionnelles et ceci sans porter préjudice à la compétence des tribunaux ordinaires ; »

4. Ajouter un paragraphe 9. IV libellé ainsi:

« IV. à communiquer au Conseil de l'Europe les résultats de leurs analyses et conclusions à l'effet de rechercher des règles communes sur le droit des malades et des mourants et les moyens juridiques et techniques de les assurer. »

37. Ainsi amendé, la commission propose de donner un avis favorable sur le projet de recommandation ainsi que sur le projet de résolution présentés par la commission des questions sociales et de la santé.