



ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΙΗ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

«Προς ένα δικαίωμα στην Ευθανασία; Μια σύγκριση του ελληνικού και του
γαλλικού δικαίου»



Επιβλέπουσα:

Μαραγκάκη Ελένη

Σπουδάστρια:

Αγορίτσα Χριστίνα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	10
1.1. Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ	10
1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ	12
1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	16
1.3.1. Αρχαία Ελλάδα.....	16
1.3.2. Μεσαίωνας.....	17
1.3.3. Νεότεροι χρόνοι.....	18
1.3.4. Ναζιστική Γερμανία.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	21
2.1. ΓΕΝΙΚΑ.....	21
2.2. ΟΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ.....	23
2.2.1. Η κατά κυριολεξία ή κυρίως ή rura ευθανασία	24
2.2.2. Η ενεργητική ευθανασία.....	24
2.2.3. Η ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 του ΠΚ).....	26
2.2.4. Έμμεση ενεργητική ευθανασία.....	30
2.2.5. Παθητική (δια παραλείψεως) ευθανασία	31
2.2.6. Η ευθανασία και το άρθρο 301 του ΠΚ	34
2.3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	35
2.4. ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ.....	36
2.5. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ.....	41
3.1. ΓΕΝΙΚΑ.....	41
3.2. ΟΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ.....	43
3.2.1. Ενεργητική ευθανασία	44
3.2.2. Παθητική ευθανασία	45
3.2.3. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία	46
3.3. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.....	48
3.3.1. Ο Νόμος για την Παρηγορητική Φροντίδα: Αντίβαρο της ευθανασίας;.....	48
3.3.2. Ο Νόμος 2002-203 για τα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα του συστήματος υγείας	51

3.3.3. Ο Νόμος 2005-370 για τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής	53
3.4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	58
3.5. ΕΘΝΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ: ΜΙΑ «ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ».....	61
3.6. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΑΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ	66
4.1. ΕΥΡΩΠΗ	66
4.1.1. Το Συμβούλιο της Ευρώπης και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.....	66
4.1.2. Μεγάλη Βρετανία.....	68
4.1.3. Γερμανία.....	69
4.1.4. Ολλανδία.....	70
4.1.5. Βέλγιο	71
4.1.6. Ελβετία και η περίπτωση της Ντίγκνιτας.....	72
4.1.7. Δανία	73
4.1.8. Ιταλία.....	74
4.2. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΚΟΣΜΟ	74
4.2.1. Η.Π.Α.	74
4.2.2. Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία	77
4.2.3. Καναδάς	78
4.2.4. Ιαπωνία	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84
1. ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ.....	85
2. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ	87
3. ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	89
4. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ	90
5. ΓΑΛΛΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	93
6. ΝΟΜΟΣ ΤΗΣ 22/4/2005 ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ... ..	94
7. ΣΥΣΤΑΣΗ 1418(1999) ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΝΗΣΚΟΝΤΩΝ.....	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξεταστεί ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα, σε παγκόσμιο επίπεδο, θέματα, αυτό της αναγνώρισης ενός δικαιώματος στην ευθανασία σε δύο έννομες τάξεις, την ελληνική και τη γαλλική, με την αντιμετώπιση του ζητήματος να είναι πρωτίστως νομική. Αρχικά, παρατίθεται η προβληματική του ζητήματος μαζί με κάποιους εννοιολογικούς προσδιορισμούς τόσο του όρου «ευθανασία» όσο και των όρων που αναφέρονται στις διακρίσεις του (π.χ. ευθανασία ενεργητική, παθητική, υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εκούσια, ακούσια, δυσθανασία κ.λπ.). Ακολουθεί μια σύντομη παράθεση της πορείας της έννοιας της ευθανασίας ανά τους αιώνες ξεκινώντας από την αρχαιότητα και καταλήγοντας στην ναζιστική κτηνωδία του προγράμματος ευθανασίας «Aktion T4».

Στο 2^ο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η νομική αντιμετώπιση του ζητήματος της ευθανασίας στην Ελλάδα, η οποία είναι παγιωμένη και δεν υπάρχει γενικά σημαντικός προβληματισμός και ευαισθητοποίηση για το θέμα. Στο ελληνικό ποινικό δίκαιο δε γίνεται ρητή αναφορά στην «ευθανασία», η οποία εξομοιώνεται συνεπώς με την ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, υπάρχει όμως και η καινοτόμος διάταξη του άρθρου 300 ΠΚ, η ανθρωποκτονία εν συναιέσει (ή εξ οίκτου), που καταλήγει όταν συντρέχουν κάποιες ηπιότερες προϋποθέσεις, σε ηπιότερη τιμώρηση του δράστη. Ακολουθεί η παράθεση της λύσης που προσφέρει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), που και αυτός καταδικάζει την ενεργητική ευθανασία και οι τελευταίες εξελίξεις στη χώρα μας που αφορούν σε μια γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής το 2006 σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, η οποία όμως δεν παίρνει θέση για την ευθανασία. Παράλληλα, θα παρουσιαστεί και ελληνική, αρκετά φτωχή, νομολογία επί του θέματος.

Το 3^ο κεφάλαιο αφιερώνεται στη θέση αντίστοιχα της γαλλικής έννομης τάξης απέναντι στο φλέγον ζήτημα της ευθανασίας. Το γαλλικό δίκαιο δε γνωρίζει επίσης τον όρο ευθανασία και την εξομοιώνει, όπως και η Ελλάδα, με ανθρωποκτονία εκ προθέσεως (φόνος ή δηλητηρίαση), χωρίς να αναγνωρίζει ελαφρυντικές περιστάσεις (π.χ. οίκτος, συναίνεση). Στη Γαλλία όμως έχουν θεσπιστεί νόμοι που αφορούν το τέλος της ζωής και πιο συγκεκριμένα, ο νόμος 99-477 της 9^{ης} Ιουνίου 1999 «για την εγγύηση του δικαιώματος πρόσβασης των ασθενών σε παρηγορητική/ανακουφιστική

φροντίδα», ο καινοτόμος νόμος 2002-203 της 4^{ης} Μαρτίου 2002 «για τα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα του συστήματος υγείας», όπου καταγράφονται σε ενιαίο κείμενο πια τα δικαιώματα των ασθενών και, τέλος, ο πρόσφατος σημαντικός νόμος 2005-370 της 22ας Απριλίου 2005 «περί δικαιωμάτων των ασθενών και τέλους της ζωής», ο οποίος υπήρξε προϊόν μιας γενικότερης κινητοποίησης και ευαισθητοποίησης για την ευθανασία μετά και την πολύκροτη υπόθεση Humbert. Ο συγκεκριμένος νόμος καταδικάζει την εκ προθέσεως θανάτωση ασθενούς από γιατρό και θεμελιώνει το δικαίωμα του ατόμου να αρνείται μια θεραπευτική αγωγή, ακόμη κι αν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τη ζωή του. Ακολουθεί η θέση του γαλλικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που τροποποιήθηκε ανάλογα από το νόμο και απορρίπτει την ενεργητική ευθανασία και η παρουσίαση μιας ιδιαίτερης γνώμης της γαλλικής Επιτροπής Βιοηθικής που μίλησε για μια «εξαίρεση ευθανασίας» που θα γίνεται δεκτή από τα δικαστήρια, αν η βάσανος του ασθενούς είναι ανυπόφορη και ο γιατρός κινήθηκε από οίκτο και αλληλεγγύη. Τέλος, παρουσιάζεται, κατ' αντιστοιχία με την Ελλάδα, και η σαφώς πλουσιότερη και πιο ενδιαφέρουσα γαλλική νομολογία επί του ζητήματος της ευθανασίας.

Ακολουθεί το 4^ο κεφάλαιο, το οποίο περιλαμβάνει μια σύντομη ανασκόπηση του νομικού καθεστώτος διαφόρων χωρών ανά τον κόσμο και δη χωρών όπου αναγνωρίζεται δικαίωμα στην ευθανασία. Τέλος, θα επιχειρηθεί η διατύπωση γενικού συμπεράσματος σχετικά με το κατά πόσο αναγνωρίζεται τελικά δικαίωμα στην ευθανασία στις δύο υπό εξέταση χώρες και με το εάν θα μπορούσε να υπάρξει ένα πιο ευέλικτο νομοθετικό πλαίσιο που να ρυθμίζει ζητήματα ευθανασίας μέσω του επαναπροσδιορισμού των ορίων της ιδιωτικής αυτονομίας και προσωπικής ελευθερίας ή αν τελικά η ευθανασία είναι προορισμένη να εξακολουθήσει να αποτελεί μια εκτός δικαίου πρακτική που δε χρειάζεται την επιδοκιμασία της έννομης τάξης.

Η μελέτη αυτή βασίστηκε σε βιβλιογραφία ελληνική και ξενόγλωσση, μέσω αναζήτησης σε νομικές βιβλιοθήκες, καθώς και σε μια πλουσιότατη αρθρογραφία επί του θέματος, τόσο σε επιστημονικά περιοδικά όσο και στον Τύπο, ελληνικό και ξένο. Πολύτιμη για τη διεκπεραίωση της μελέτης αναδείχθηκε και η χρήση διαδικτυακών πηγών.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στην υπεύθυνη επίβλεψης της μελέτης, Ειδική Επιστήμονα στον Κύκλο Κοινωνικής Προστασίας του Συνηγόρου του Πολίτη και δικηγόρο, κα Μαραγκάκη Ελένη, χωρίς την πολύτιμη και ουσιαστική καθοδήγηση της οποίας δε θα καθίστατο δυνατή η εκπόνηση της παρούσης.

Λέξεις – Κλειδιά: Ευθανασία - Ελλάδα, Γαλλία - Τέλος της ζωής - Δικαίωμα στη ζωή - Δικαίωμα στο θάνατο - Ποινικό Δίκαιο - Ανθρωποκτονία εκ προθέσεως - Ανθρωποκτονία με συναίνεση - Ιατρική Δεοντολογία - Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής - Νομολογία - Συγκριτικό δίκαιο

SOMMAIRE

L'étude suivante a comme but d'examiner un des plus contentieux sujets universellement, ce de la reconnaissance d'un droit à l'euthanasie en Grèce et en France. Le traitement du sujet est notamment juridique. Initialement, on présente la cogitation sur l'euthanasie, suivie par quelques définitions et distinctions du terme (i.e. euthanasie active, passive, suicide assisté, volontaire, involontaire, dysthanasie e.t.c.). Ensuite, ce qui est brièvement juxtaposé, c'est le cours historique du terme, dès l'antiquité jusqu' à la brutalité naziste du programme euthanasique «Aktion T4»:

Chapitre 2 analyse le statut juridique grec sur l'euthanasie, qui est plus ou moins solide et la sensibilisation relative n'est pas si intense. Le droit pénal grec n'utilise pas le mot «euthanasie» et l'égalise à l'homicide volontaire. Il y a quand même la disposition clémente de l'article 300 du Code Pénal, qui délinée l'homicide avec consentement (ou par pitié) et punit l'euthanasie avec indulgence. De plus, l'étude fait mention du Code de Déontologie Médicale grec (Loi 3418/2005) qui condamne lui aussi l'euthanasie active, et de l'opinion du Comité National de Bioéthique en 2006 sur la «prolongation artificielle de vie», qui n'exprime pas un point de vue clair. Chapitre 2 conclut avec une référence à la jurisprudence grecque sur le sujet de l'euthanasie.

Chapitre 3 est consacré au statut juridique français quant à l'euthanasie. Le droit français n'emploie pas le terme et égale l'euthanasie à un homicide (meurtre, assassinat ou empoisonnement), sans reconnaissant des circonstances atténuantes (i.e. pitié, consentement). Cependant, la France a adopté des lois concernant la fin de vie: Il y a la Loi No 99-477 du 4 Juin 1999 «visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs», la loi innovatrice No 2002-203 du 4 Mars 2002 «relative aux droits des malades et la qualité du système de santé» et enfin, la Loi récente No 2005-370 du 22 Avril 2005 «relative aux droits des malades et à la fin de vie». Cette dernière loi est très importante et constitue le fruit d'une mobilité et une sensibilisation générale sur l'euthanasie et a suivi l'affaire Vincent Humbert. Il condamne l'homicide volontaire d'un patient par son médecin et institue son droit de refuser tout traitement. Ensuite, on présente le point de vue du Code de Déontologie Médicale, qui désapprouve l'euthanasie et l'avis du Comité Consultatif National d'Ethique sur «une exception d'euthanasie», qui devrait, d'après elle, être prise en compte par les tribunaux

français. Enfin, respectivement à la Grèce, l'étude expose la jurisprudence française, qui est beaucoup plus riche et intéressante que la grecque.

Le 4ème chapitre traite le statut juridique des pays divers du monde et notamment des pays qui ont reconnu un droit à l'euthanasie. On arrive, finalement, à la conclusion générale de l'étude qui s'occupe de la reconnaissance ou non d'un droit à l'euthanasie par les deux pays examinés et de la question si un cadre juridique plus flexible est nécessaire ou le sujet des actes euthanasiques doit rester en dehors du droit positif.

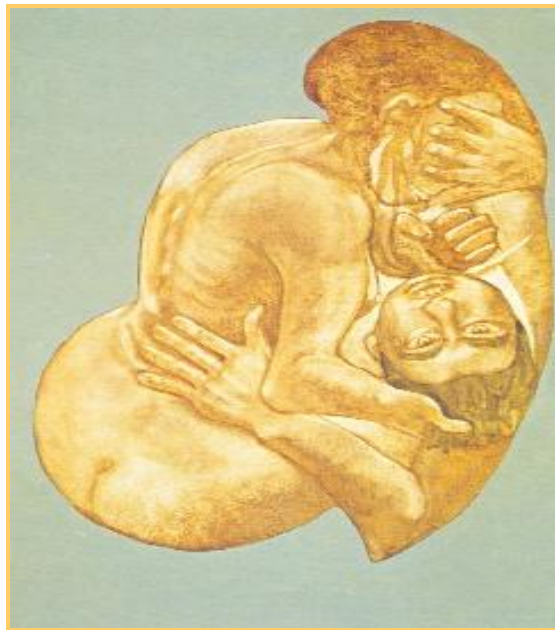
En termes de méthodologie, l'étude présente est fondée sur une bibliographie grecque et étrangère, après une recherche aux bibliothèques juridiques, et sur une arthrographie riche concernant l'euthanasie, après une recherche dans la presse et dans plusieurs revues scientifiques. Les sources d'information sur l'Internet ont été précieuses pour l'accomplissement de l'étude.

En ce point, je voudrais vraiment remercier Mlle Eleni Maragaki, avocate et membre du personnel scientifique du Médiateur de la République, sans la surveillance et direction de laquelle, la réalisation de l'étude ne serait pas possible.

Mots – clés: Euthanasie - Grèce, France - Fin de vie - Droit à la vie - Droit à la mort - Droit Pénal - Homicide par intention - Homicide par compassion/pitié - Déontologie Médicale - Comité Nationale d' Ethique - Jurisprudence - Droit Comparatif

Υλη αδιδακτη ο θάνατος...

Κική Δημουλά



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1.1. Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ

Το μεγαλύτερο ίσως βιολογικό και υπαρξιακό πρόβλημα του ανθρώπου, ο θάνατος, έγινε διαμέσου των αιώνων αντικείμενο έρευνας και μελέτης από όλες τις επιστήμες και ιδιαίτερα από τη βιολογία, την ιατρική, τη φιλοσοφία, τη θρησκεία, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία και τη νομική¹. Στη σύγχρονη κοινωνία, η ευθανασία, ως βασικό αντικείμενο προβληματισμού σχετικά με την ενδεδειγμένη συμπεριφορά στον πάσχοντα από ανίατη ασθένεια, ταυτίζεται με τη στάση του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο, μια στάση που ταλαντεύεται ανάμεσα στην αποδοχή ή μη ενός αξιοπρεπούς τέλους και στην άσκηση του δικαιώματος αυτού κάτω από το βάρος ηθικών², θρησκευτικών, νομικών, ιατρικών, κοινωνικοηθικών και ψυχολογικών παραμέτρων³. Έτσι, ενώ η ζωή μονοπωλεί το ενδιαφέρον των ΜΜΕ, λόγω των συνεχών προοπτικών που ανοίγονται, το άλλο άκρο της ζωής, ο θάνατος, έχει πάψει να είναι αυτό που ήταν: Οι δυνατότητες, για παράδειγμα, μηχανικής υποστήριξης

¹ Πολύ ενδιαφέρον είναι το βιβλίο Beauchamp L.T., (2007): Ευθανασία. Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις, Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας, Αθήνα, εκδ. Αρχιπέλαγος, σσ. 45-214. Βλ. επίσης Larousse-Dunet E., (1998), L'euthanasie: signification et qualification au regard du droit pénal, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, No 2, Avril-Juin, pp. 265-266.

² Η ηθική προσέγγιση του ζητήματος γίνεται από δυο κύριες σκοπιές, από δυο κύριες "ηθικές σχολές". Από τη μια, το ηθικό ρεύμα της Συνεισκρατίας (ή αλλιώς Ωφελιμισμού) και από την άλλη το ηθικό ρεύμα της Δεοντολογίας. Οι Συνεισκρατές, θεωρητικώς ορμώμενοι από πολλά και ποικίλα φιλοσοφικά ρεύματα (βλ. Ηδονιστές -Επικούρειοι-, Hume, Bentham, Mill, κ.α.) υποστηρίζουν ότι πρέπει ο άνθρωπος να πράττει εκείνο που θα προκαλέσει το μεγαλύτερο δυνατό καλό στο μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων. Το γεγονός της ευθανασίας δηλαδή δεν περιέχει εκ των προτέρων κάποια ηθική αξία, αλλά πρέπει να υπολογίσουμε τις πιθανές αρνητικές και θετικές συνέπειες που θα έχει η πράξη μας αυτή. Μάλιστα ο Άγγλος φιλόσοφος Jeremy Bentham καθιέρωσε ένα σύστημα μαθηματικού υπολογισμού των θετικών και αρνητικών συνεπειών μιας πράξης ώστε το αποτέλεσμα των υπολογισμών αυτών να καθορίσει και την τελική μας πράξη. Η σχολή της Δεοντολογίας, στον αντίποδα των Συνεισκρατών, υποστηρίζει ότι πρέπει να θέσουμε εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες, απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Κύριος εκπρόσωπος του ρεύματος της Δεοντολογίας θεωρείται ο Immanuel Kant ο οποίος θεωρεί ως ύψιστη την έννοια του καθήκοντος. Όταν ο ηθικός ενεργών άνθρωπος αποδώσει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, οφείλει να είναι συνεπής στην ηθική του αρχή και να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή, πέρα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες. Το ίδιο συνεπής οφείλει να είναι ο Δεοντολόγος και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και των βουλήσεών του οποιονδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής. Βλ. σχετικό άρθρο στο δικτυακό τόπο http://filosofia.gr/thematafilosofias.php?subaction=showfull&id=1117214902&archive=&start_from=&ucat=1&

³ Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), Ευθανασίας-Υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Αντιλήψεις, νόμοι και ρυθμίσεις στην Ελλάδα και τον υπόλοιπο κόσμο, *Επιθεώρηση Υγείας*, τεύχ. Ιουλίου-Αυγούστου, σ. 51, Δαμίγος Δ., Σιαφάκα Β., Παυλίδης Ν., (2001), Σύγχρονες απόψεις και ερευνητικά δεδομένα για την ευθανασία, *Ιατρική*, 75(3), σσ. 201-210.

του ασθενούς σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου⁴ ή οι δυνατότητες «συντήρησης» ασθενών σε άλλες περιπτώσεις που πολλές φορές συνοδεύονται από αφόρητο πόνο, προκαλούν σωρεία ερωτημάτων σχετικά με το όριο της ζωής και τα όρια της ανθρώπινης επέμβασης. Ταυτόχρονα, οι νέες αυτές δυνατότητες και προοπτικές επιβάλλουν επανεξέταση των εννοιών της ελευθερίας, της αυτονομίας και της ευθύνης⁵.

Οι οπαδοί της ευθανασίας⁶ υποστηρίζουν ότι σε περίπτωση οδυνηρής και αποδεδειγμένης ανίατης πάθησης, η ζωή παύει να αποτελεί αγαθό και καταντά αβάσταχτο σωματικό και ψυχικό μαρτύριο, οπότε η ευθανασία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως λυτρωτική διαδικασία εξόδου και όχι ως πράξη ηθικά μεμπτή και νομικά κολάσιμη. Ο άνθρωπος θα πρέπει να διατηρεί την αυτονομία του, την αξιοπρέπειά του, το δικαίωμα στο θάνατο, και θα κρίνει ο ίδιος αν θέλει να διατηρηθεί στη ζωή, κρίνοντας την κατάστασή του και αξιολογώντας τις προοπτικές του. Ο θάνατος είναι μια ιδιωτική υπόθεση⁷ και η όποια απόφαση του ασθενούς πρέπει να γίνει σεβαστή. Εκείνο που χρειάζεται είναι να έχουν θεσπιστεί εκ των προτέρων οι όροι και οι προϋποθέσεις επιβολής της ευθανασίας όπως έχουν ήδη θεσπιστεί σε κάποιες έννομες τάξεις.

Σε ένα τόσο αμφιλεγόμενο και πολυδιάστατο θέμα, όπως η ευθανασία και παρά ακριβώς το γεγονός ότι τα νομοθετικά συστήματα κάποιων χωρών έχουν αρχίσει δειλά ή και με ταχύτερα βήματα να την εντάσσουν στα πλαίσιά τους, υπάρχει ισχυρός αντίλογος, που εξηγεί το γεγονός ότι η ευθανασία απέχει πολύ από το να γίνει καθιερωμένη πρακτική. Οι αντίπαλοι της ευθανασίας⁸, από την άλλη, απορρίπτουν την άποψη ότι η ανθρώπινη ζωή υπό οποιεσδήποτε συνθήκες χάνει την

⁴ Εγκεφαλικός θάνατος (brain death) σημαίνει μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death). Έχει γίνει αποδεκτό, ότι θάνατος του εγκεφάλου σημαίνει θάνατος του ατόμου, δηλαδή, το βιολογικό τέλος κάθε ατόμου. Αν και η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου είχε διατυπωθεί από το 1959 στη Μ. Βρετανία, ωστόσο το 1968, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Harvard, ΗΠΑ, καθιερώθηκε ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου και καθορίστηκαν όλες εκείνες οι δοκιμασίες, με τις οποίες ο κλινικός γιατρός θα μπορεί να τον διαπιστώσει με ασφάλεια. Βλ. σχετικά Νανάς Σ., (2006), Εγκεφαλικός θάνατος, επιστημονική θεώρηση, Αθήνα, εκδ. Σταμούλης, σσ. 24-43.

⁵ Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την ευθανασία, *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, (2003), Αθήνα, εκδ. Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος, σ. 113.

⁶ Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας, σσ. 63-118, Μαργαρίτης Μ., (2000), Η ευθανασία, *Ελληνική Δικαιοσύνη*, τομ. 41^{ος}, τευχ. 5, σ. 14.

⁷ Πελεγρίνης Θ., (1985), Η ανθρώπινη ύπαρξη, Αθήνα, εκδ. Καρδαμίτσα, σ. 128.

⁸ Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), ό.π., σ. 121-155, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σ. 14.

αξία της, σε κάθε δε περίπτωση η αποτίμηση της αξίας ή απαξίας και της πιο βασανισμένης ζωής δεν υπάγεται στην ανθρώπινη αρμοδιότητα ούτε υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο. Κατ' αυτούς, η καθιέρωση της ευθανασίας θα επιτείνει το ανθρώπινο υπαρξιακό άγχος, διότι θα δημιουργήσει ζωηρότατες αμφιβολίες κατά πόσον στην περίπτωση του καθενός θα ισχύσουν αλάνθαστα επιστημονικά και ανθρωπιστικά κριτήρια και όχι κοινωνικοοικονομικές ή και πολιτικές σκοπιμότητες. Εναντίον, πάντως, της ευθανασίας με έμφαση στην αξία της ζωής, τάσσονται και οι περισσότερες θρησκείες, όπως ο χριστιανισμός, ο ισλαμισμός, ο ιουδαϊσμός, ο ινδουισμός και ο βουδισμός⁹.

Η ανάλυση ωστόσο των θρησκευτικών και ηθικοφιλοσοφικών πολυπλοκοτήτων της ευθανασίας ξεπερνά τα όρια της παρούσας μελέτης, που θα περιοριστεί στην παρουσίαση της αντιμετώπισης του θέματος από πλευράς της ισχύουσας νομοθεσίας σε Ελλάδα και Γαλλία, και πρωτίστως από άποψη ποινικού δικαίου, με μια σύντομη αναφορά και στην ιατρική δεοντολογία. Αρχικά, σκόπιμο θεωρούνται κάποιοι εννοιολογικοί προσδιορισμοί, καθώς και μια σύντομη ιστορική διαδρομή της έννοιας της ευθανασίας ανά τους αιώνες.

1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η λέξη «ευθανασία» από αρχαιοτάτων χρόνων σήμαινε τον καλό, γλυκό, ήρεμο, ανώδυνο θάνατο. Σήμερα όμως όσοι μιλούν για «ευθανασία» εννοούν έναν αξιοπρεπή και ανώδυνο θάνατο με την εφαρμογή κάποιας μεθόδου για τον τερματισμό της ζωής του ανθρώπου¹⁰. Πρόκειται για τη *«μέθοδο προκλήσεως του θανάτου, άνευ οδυνηρών συμπτωμάτων, προς συντόμευση της αγωνίας μιας λίαν οδυνηράς και μοιραίας έκβασης νόσου»*¹¹. Μάλιστα, δεδομένης της απουσίας ενός

⁹ Βλ. σχετικά Αναπλιώτης Α., (2003), Το δικαίωμα στην ευθανασία-αθανασία, Αθήνα, εκδ. Zymel, σ. 159 επ., Council of Europe, (2004), Ethical Eye: Euthanasia. Volume I-Ethical and human aspects, Council of Europe publishing, σσ. 131-156.

¹⁰ Βουγιούκας Κ., (1991), Ευθανασία και ανθρωποκτονία εν συναινέσει, *Αφιέρωμα εις τον Κ. Βαβούσκο*, Δ', σσ. 619 επ., Καράμπελας Λ., (1987), Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, Αθήνα, Εκδοτική Εστία, σ. 19, Κατσαντώνης Α., (1956), Η ανθρωποκτονία εν συναινέσει κατά τον νέον Ποινικόν Κώδικα, *Ποινικά Χρονικά*, ΣΤ', σ. 225, Ευαγγέλου Ι., (1999), Το πρόβλημα της ευθανασίας, Αθήνα, εκδ. Σάκκουλας, σ. 11, Pradel S., (2006), *Droit Pénal Général*, 16e éd., Cujas, σ. 521.

¹¹ Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, σ. 97.

κοινά αποδεκτού ορισμού της ευθανασίας παγκοσμίως¹², θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε γενικές γραμμές ο όρος χρησιμοποιείται με τρεις διαφορετικούς τρόπους έχοντας ένα κοινό χαρακτηριστικό: αφορά αποφάσεις που συντελούν στη συντόμευση της ζωής. Πιο συγκεκριμένα, ως ευθανασία μπορεί να ορίζεται ο ενεργητικός εκ προθέσεως τερματισμός της ζωής ή ο τερματισμός της ζωής με πράξη ή παράλειψη ή τέλος η συντόμευση της ζωής με πρόθεση είτε ως προβλεπόμενο αποτέλεσμα της πράξης ευθανασίας¹³.

Για το λόγο αυτό ακριβώς υπάρχουν διακρίσεις της ευθανασίας και δε μπορεί ούτε και πρέπει να υπάρξει ενιαία νομική της αντιμετώπιση. Οι επιμέρους διακρίσεις μπορούν να συνοψιστούν στις εξής:

♣ «Καθαρή» (*Pura*) ή κατά κυριολεξία ευθανασία¹⁴ είναι η παροχή βοήθειας κατά το θάνατο και όχι προς το θάνατο, χωρίς η πράξη να οδηγεί σε μείωση της ζωής. Συνεπώς, δεν εμπίπτει εννοιολογικά στην πράξη της ανθρωποκτονίας. Πέραν της ανακούφισης από τους πόνους με ιατρικά μέσα (π.χ. φάρμακα), περιλαμβάνει και την ανθρώπινη ψυχική συμπαράσταση (αφοσίωση, συνοδεία, περιποίηση κ.λπ.).

♣ *Ενεργητική ευθανασία*¹⁵ είναι μια εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση ή ανάληψη από κάποιον άλλον, της πράξης του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου. Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται περαιτέρω σε *άμεση (ευθεία)*¹⁶ που είναι η λήψη μέτρων που επισπεύδουν το θάνατο ενός ατόμου το οποίο πεθαίνει με αφόρητους πόνους, με βέβαιο αποτέλεσμα την επέλευση του θανάτου και σε *έμμεση*¹⁷. Σαν τέτοια χαρακτηρίζεται η καταπολέμηση των πόνων σε ανιάτως πάσχοντες που υποφέρουν, με τη χορήγηση φαρμάκων, έστω κι αν έτσι επιταχύνεται η έλευση του θανάτου. Ουσιαστικά εδώ ο θάνατος ούτε επιδιώκεται ούτε θεωρείται βέβαιος, αλλά

¹² Ο όρος ευθανασία χρησιμοποιείται στις περισσότερες δυτικές και ευρωπαϊκές χώρες με εξαίρεση τη Γερμανία, όπου υφίσταται το γνωστό ταμπού για τη χρήση του όρου από την εποχή του εθνικοσοσιαλισμού, η οποία χρησιμοποιεί τον ευρύτερο όρο «βοήθεια στο θάνατο» (*Sterbehilfe*).

¹³ Βλ. σχετικά Keown J., (2002), *Euthanasia, Ethics and public policy*, Cambridge, σσ. 12-17.

¹⁴ Βούλτσος Π., (2006), *Η ποινική προβληματική της ευθανασίας*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας,, σ. 493, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), *Εγκλήματα κατά της ζωής*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, εκδ. Σάκκουλας, σ. 191.

¹⁵ Αβραμίδης Α., (1995), *Ευθανασία*, Αθήνα, εκδ. Ακρίτας, σ. 17, Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), *ό.π.*, σ. 48, Ευαγγέλου Ι., (1999), *ό.π.*, σ. 21, Αναπλιώτης Α., (2003), *ό.π.*, σ. 110.

¹⁶ Βούλτσος Π., (2006), *ό.π.*, σ. 556, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., *ό.π.*, σ. 19.

¹⁷ Βούλτσος Π., (2006), *ό.π.*, σ. 507, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), *ό.π.*, σ. 198.

γίνεται αποδεκτός ως πιθανή παρενέργεια της μείωσης των πόνων (Θεωρία του διπλού αποτελέσματος – double effect)¹⁸.

♣ *Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Physician-assisted Suicide)*¹⁹. Πρόκειται μάλλον για ειδική μορφή άμεσης ενεργητικής ευθανασίας, κατά την οποία ο ιατρός παρέχει τη γνώση και τα μέσα ώστε ο άρρωστος να εκτελέσει ο ίδιος την αυτοκτονία του. Αντίθετα, σε όλες τις άλλες μορφές ευθανασίας ο δράστης είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον πάσχοντα.

♣ *Παθητική ευθανασία*²⁰. Είναι ένας σχετικά νέος όρος στην ιατρική, νομική και ηθικοφιλοσοφική ορολογία, που εμφανίστηκε περίπου κατά το τελευταίο τέταρτο του παρελθόντος αιώνα και βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Πρόκειται με τη διακοπή (Withdrawing) ή τη μη εφαρμογή (Withholding) ιατρικής θεραπευτικής αγωγής που υποστηρίζει και παρατείνει τη φθίνουσα ζωή και συνδέεται με αποθετική συμπεριφορά (παράλειψη) του ιατρού. Μάλιστα, στο αγγλοσαξωνικό δίκαιο, για την παθητική ευθανασία, χρησιμοποιείται και ο όρος «letting die», αφήνω δηλαδή κάποιον να πεθάνει.

♣ *Εκούσια, μη εκούσια, ακούσια ευθανασία*²¹ (voluntary, non-voluntary, involuntary)²². Η διάκριση αυτή γίνεται με βάση τις συνθήκες υπό τις οποίες βρίσκεται ο ασθενής όταν ανακύπτει το ερώτημα περί διενέργειας ή όχι της ευθανασίας. Αν ο ασθενής ζητά την πράξη ευθανασίας ο ίδιος, αφού έχει ενημερωθεί πλήρως από το

¹⁸ Η θεωρία αυτή βασίζεται σε μεγάλο βαθμό, στη βασική διάκριση μεταξύ των σκοπούμενων αποτελεσμάτων και των προβλεπόμενων αποτελεσμάτων. Προσπαθεί να αιτιολογήσει τον ισχυρισμό ότι μια μεμονωμένη πράξη που έχει δυο προβλεπόμενα αποτελέσματα (συνέπειες), ένα καλό (όπως η διάσωση της ζωής) και ένα επιβλαβές (όπως ο θάνατος), δεν είναι πάντα ηθικά απαγορευμένη. Βλ. Beauchamp T., (2007), Ευθανασία-Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις, Αθήνα, εκδ. Αρχιπέλαγος, σ. 29.

¹⁹ Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σ. 668, Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), ό.π., σ. 57.

²⁰ Αβραμίδης Β.Α., (1995), ό.π., σ. 21, Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), ό.π., σ. 50, Ευαγγέλου Ι., (1999), ό.π., σ. 24, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σ. 204, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σ. 703.

²¹ Η Γερμανική επιστήμη κυρίως έχει εισαγάγει και μια ακόμη διάκριση, μικρής όμως μάλλον σημασίας. Διακρίνει την ευθανασία α) σε ευθανασία με τη στενή έννοια, που αφορά τη βοήθεια και συμπαράσταση καθώς ο άρρωστος οδεύει προς το θάνατο, χωρίς βράχυνση της εναπομένουσας ζωής, β) σε ευθανασία με τη ευρύτερη έννοια, που αφορά τη βοήθεια για ένα γλυκό και ήρεμο πέρασμα στο θάνατο, ενόσω όμως έχει ήδη ξεκινήσει η διαδικασία που χαρακτηρίζει τον άρρωστο σα θνήσκοντα, οπότε η επίσπευση του χρονικού σημείου επέλευσης του θανάτου συνδέεται με σχέση αιτιώδους συνάφειας με τις αντίστοιχες πράξεις ή παραλείψεις του ιατρού και γ) σε ευθανασία με την ευρύτατη έννοια, κατά την οποία ενώ δεν έχει εισέλθει ο άρρωστος ακόμη στην επιθανάτιο φάση, έχει επέλθει μη ανατάξιμη απώλεια της συνείδησής του, ώστε ο άρρωστος οδεύει με πιθανότητα που αγγίζει τα όρια της βεβαιότητας στο θάνατο και δεν προβλέπεται ελπίδα αποκατάστασης της φυσικής λειτουργίας του οργανισμού. Βλ. σχετικά Βούλτσος Π., (2006) ό.π., σ. 34.

²² Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), ό.π., σ. 56, Αβραμίδης Α., (1995), ό.π., σσ. 18-19, Keown J., (2002), ό.π., σ. 9, Beauchamp T., (2007), ό.π., σσ. 18-19.

γιατρό του, έχουμε εκούσια ευθανασία. Αν ο ασθενής δεν έχει τη νοητική ικανότητα να αποφασίσει έχουμε μη-εκούσια ευθανασία και τέλος, ακούσια λέγεται η πράξη ευθανασίας όταν επιχειρείται χωρίς ή παρά την αντίθετη συναίνεση του ασθενούς.

♣ *Δυσθανασία*²³. Είναι η απαίτηση του πάσχοντος να ληφθούν εξαιρετικές φροντίδες, εφόσον αυτό είναι δυνατό, για να παραταθεί η ζωή του έστω και για λίγο.

♣ *Ορθοθανασία*²⁴. Αντίθετα, στην περίπτωση αυτή έχουμε την απαίτηση του πάσχοντος να μη ληφθούν εξαιρετικές φροντίδες που θα έχουν σαν αποτέλεσμα την παράταση μόνο για λίγο της ζωής του. Θεωρείται ότι εντάσσεται στην έννοια της παθητικής ευθανασίας.

♣ *Ευγονική ευθανασία*²⁵. Η μορφή αυτή αφορά άτομα διανοητικώς καθυστερημένα και σωματικώς ανάπηρα και ανίκανα προς εργασία και γίνεται με σκοπό την ευρωστία της κοινωνίας και την απαλλαγή της από αυτό το παθητικό βάρος που τη φθείρει οικονομικά και ψυχολογικά²⁶. Αποτέλεσε και την υποτιθέμενη δικαιολογητική βάση του αποτρόπαιου προγράμματος ευθανασίας του Χίτλερ στο Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

♣ *Πρώιμη ευθανασία*²⁷. Πρόκειται για τη θανάτωση με ενέργεια ή παράλειψη, των «ελαττωματικών» νεογνών, όπως χαρακτηρίζονται τα παιδιά που γεννιούνται με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ή εγκεφαλικές βλάβες. Ο όρος λοιπόν αφορά την ανθρώπινη ζωή στην έναρξή της, είναι σχετικά νέος, όπως άλλωστε και η προβληματική που αναπτύχθηκε σχετικά με αυτόν και που δε θα μας απασχολήσει στην παρούσα μελέτη.

²³ Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σ. 111, Σοφουλάκης Λ., (1992), *Ευθανασία, Αρχείο Νομολογίας*, τεύχ. ΜΓ΄, σσ. 458-466, Επιβατιανός Π., (1989), *Ιατρικό Δίκαιο, δεοντολογία και προβληματική*, Αθήνα, University Studio Press, σ. 59, Αβραμίδης Α., (1995), ό.π., σσ. 26-27, Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σ. 51.

²⁴ Επιβατιανός Π., (1989), ό.π., σ. 59, Αβραμίδης Α., (1995), ό.π., σ. 28, Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σ. 111, Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σ. 51.

²⁵ Ευαγγέλου Ι., (1999), ό.π., σ. 26.

²⁶ Στα πλαίσια της ευθανασίας αυτού του είδους εντάσσονται και οι αμβλώσεις, στις περιπτώσεις εκείνες που προβλέπεται από τους γιατρούς ότι το κύημα είναι σωματικά και διανοητικά ανάπηρο. Οι αμβλώσεις αυτές κατοχυρώθηκαν και στην Ελλάδα με το Νόμο 821/1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως», ο οποίος αντικαταστάθηκε από τον μεταγενέστερο Ν. 1609/1986 «περί τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας» (ΦΕΚ Α΄86).

²⁷ Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σ. 885, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σ. 228.

1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.3.1. Αρχαία Ελλάδα

Ο όρος «ευθανασία» (ρήμα ευθανατώ) συναντάται στην αρχαία Ελλάδα και σημαίνει τον εύκολο, τον *ευτυχή*, τον *ήπιο*, τον *ήρεμο*, τον *ανώδυνο*, αλλά και ιδιαίτερα τον *ένδοξο θάνατο*²⁸. Η λέξη εμφανίζεται για πρώτη φορά σε απόσπασμα από χαμένη πια σήμερα κωμωδία του ποιητή *Ποσειδίππου*, ο οποίος άκμασε γύρω στο 300 π.Χ. Για τον κωμικό ποιητή η ευθανασία είναι ό, τι καλύτερο εύχεται κανείς να τύχει από τους θεούς, «*ων τοις θεοίς άνθρωπος εύχεται τυχείν, της ευθανασίας κρείττον ουδέν εύχεται*»²⁹. Στην εποχή του Ομήρου, οι άνθρωποι που είχαν αυτό το προνόμιο είναι οι κάτοικοι της Συρίας³⁰, όπου όταν οι άνθρωποι γεράσουν και φθαρούν φυσιολογικά, καταφθάνει στο νησί η Άρτεμη με τον Απόλλωνα, ο οποίος τους θανατώνει γρήγορα και ανώδυνα με τα βέλη του. Στην κλασική εποχή, σε ένα υπαρκτό ελληνικό νησί με υγιεινό κλίμα, την Κέα, όταν γερνούσαν οι μακρόβιοι κάτοικοι, πριν αρρωστήσουν ή υποστούν κάποια αναπηρία σωματική ή πνευματική, αυτοκτονούσαν με δηλητήριο, μάλιστα μέσα σε ατμόσφαιρα συμποσίου ή εορταστικής θυσίας. Γενικώς πάντως, στην αρχαία Ελλάδα διά λόγους ευγονίας, αλλά και οίκτου προς τους πάσχοντες, η ευθανασία ήταν συχνή (και επιβεβλημένη πολλές φορές από την πολιτεία). Βρέφη, παιδιά, ενήλικες και γέροι με χρόνια ανίατα νοσήματα δεν είχαν θέση στην οικογένεια πολλών πολιτών. Ο θάνατος (ανώδυνος ή οδυνηρός) ήταν συχνά η λύση του δράματος. Στο βάραθρο του Καιάδα, στη Λακωνία, οι Σπαρτιάτες ρίχνανε συνήθως τους κακούργους και τους αιχμαλώτους πολέμου. Συχνά όμως ρίχνανε και τα άρρωστα και ανάπηρα βρέφη ή και ηλικιωμένους με χρόνια ανίατα νοσήματα στον Καιάδα αλλά και στον Ευρώτα. Κατά τον *Στράβωνα* «Καιάδας εκαλείτο το παρά Λακεδαιμονίοις δεσμωτήριο και σπήλαιον». Ο *Παυσανίας* το περιγράφει ως βαθύ βάραθρον. Εδώ κατακρημνίστηκαν πενήντα αιχμάλωτοι Μεσσηνίων με τον Αριστομένη. Η βρεφοκτονία των ανάπηρων βρεφών θεωρούνταν μια κοινωνική υποχρέωση, αλλά είχε και κάποιο μαγικό χαρακτήρα για

²⁸ Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Katsouda E, Vlahos L., (2005), The evolution of euthanasia and its perceptions in greek culture and civilization, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 48, number 1, pp. 95-98.

²⁹ Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), (2000), Ευθανασία. Η σημαντική του «καλού» θανάτου, Ειδικές Μορφωτικές εκδηλώσεις «Επιστήμης Κοινωνία», Αθήνα, εκδ. Ε.Ι.Ε., σ. 12.

³⁰ Ομήρου Οδύσεια 15, στ. 403-414. Πρόκειται για τα σημερινά Ψαρά.

την καταπολέμηση του κακού. Ως κοινωνική πράξη αποσκοπούσε στο συμφέρον των άτυχων βρεφών, των οικογενειών τους και της πολιτείας³¹.

Πολλοί φιλόσοφοι και ιδίως οι *Στωικοί* και οι *Επικούριοι* υπήρξαν θιασώτες της ευθανασίας. Στους ρωμαϊκούς χρόνους «ευθανατούν» οι στωικοί σοφοί συνήθως με την αυτοκτονία (και κυρίως στη γεροντική ηλικία). Αναφέρονται πολλά ονόματα: Κλεάνθης, Ζήνων, Κάτων, Σενέκας κ.ά. Ο Βαλέριος Μάξιμος αφηγείται ότι στη Μασσαλία ειδικό κέντρο διατηρούσε ένα δηλητηριώδες ποτό σαν το κώνειο, που το χορηγούσε σε όσους ανίατους αρρώστους ήθελαν να τερματίσουν ανώδυνα τη ζωή τους (αφού περνούσαν από έλεγχο από τη γερουσία της πόλης). Οι στωικοί μπορούσαν ν' αυτοκτονήσουν για ν' αποφύγουν βασανιστικούς πόνους από τραύματα ή ανίατη αρρώστια, για να γλιτώσουν από αναπηρία, για να διασώσουν την τιμή τους στην αιχμαλωσία, σε περιπτώσεις αφόρητης φτώχειας, ψυχασθένειας κ.λπ. Γενικά το πνεύμα απαισιοδοξίας των στωικών βοήθησε την εύκολη αποδοχή της ευθανασίας σε περιπτώσεις ατυχημάτων του βίου³².

1.3.2. Μεσαίωνας

Στα χρόνια που ακολούθησαν οι ιστορικές συνθήκες και οι μεταβολές στην ανθρώπινη ζωή απέσπασαν το ενδιαφέρον από το τέλος της ζωής, το οποίο θεωρήθηκε αποκλειστικά έργο του Θεού, και το έστρεψαν στον τρόπο ζωής. Η έννοια του θανάτου εμπλουτίστηκε με πολυάριθμες προσκτήσεις, ανθρωποποιήθηκε εν πολλοίς, και έτσι από απαραίτητο στάδιο της ζωής, όπως ήταν για τους αρχαίους Έλληνες, αναδύθηκε από το συλλογικό υποσυνείδητο η αρχετυπική εικόνα του μαύρου καβαλάρη ή του θεριστή στην Δύση, εικόνες άσχετες με την παρακαταθήκη του Ελληνισμού, οι οποίες υποδηλώνουν την διαφορά στάσης των εποχών και των λαών απέναντι στον θάνατο. Ο καθολικισμός κατέστησε απαγορευμένο το τελευταίο καταφύγιο μιας υπερήφανης ή για άλλους δειλής ψυχής: την αυτοκτονία. Σε μια εποχή λοιπόν που η *ζωή ατενίζεται ως απόλυτο αγαθό*, ως θείο δώρο, και η

³¹ βλ. σχετικά Πρωτοπαπαδάκης Ε, (2003), ό.π., σσ. 24-40, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 44 επ, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, (2000), ό.π., σσ. 31-39, Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σ. 51, Ευαγγέλου Ι., (1999), ό.π., σσ. 11-15.

³² Ευαγγέλου Ι., (2001), Στην αρχαία Ελλάδα η ευθανασία ήταν και ως επιβεβλημένη, *Ελευθεροτυπία*, Αφιέρωμα στην ευθανασία, 16/01/2001.

αμφισβήτησή της θίγει ευθέως τον δότη της, καμία θέση δεν υπάρχει για ιδέες όπως η ευθανασία³³.

1.3.3. Νεότεροι χρόνοι

Στους νεότερους χρόνους, αρκετοί φιλόσοφοι και γιατροί τάσσονται υπέρ της ευθανασίας, με την προϋπόθεση της συγκατάθεσης του αρρώστου. Ο *Thomas Moore* (Αγγλος φιλόσοφος και κοινωνιολόγος 1478 - 1545) στο ονομαστό έργο του «*Utopia*» εξαίρει τον ανθρωπιστικό ρόλο της ευθανασίας στους ανίατους αρρώστους που πονούν. Προτείνει μάλιστα την αποχή απ' την τροφή ή τη χρησιμοποίηση υπνωτικού ποτού. Ο άγγλος φιλόσοφος, πολιτικός και νομικός *Francis Bacon* (1561 - 1626) μεταφέρει στην αγγλική γλώσσα αυτούσια την ελληνική λέξη για να δηλώσει την επίσπευση του θανάτου με σκοπό την αποφυγή του σωματικού πόνου ή τον τερματισμό μιας γεμάτης βάσανα και δυστυχία ζωής, δίνοντας έτσι πρώτος ένα σύγχρονο ορισμό του όρου. Ο Bacon διαχωρίζει την ευθανασία σε «εξωτερική ευθανασία» (*euthanasia exterior*) που αφορά τις ενέργειες του γιατρού, και σε «εσωτερική ευθανασία» (*euthanasia interior*) που αφορά την ψυχική προετοιμασία του ετοιμοθάνατου για ν' αντιμετωπίσει με σθένος και γαλήνη το μοιραίο. Ο ίδιος είναι υπέρμαχος της, αφού υποστηρίζει πως έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων του ασθενούς. Η καταπράυνση αυτή έχει αξία όχι μόνον όταν οδηγεί στην ίαση, αλλά και όταν χρησιμεύει εις την παροχή ενός θανάτου γαλήνιου και εύκολου. Ο *Maurice Maeterlinck* (Βέλγος νομπελίστας λογοτέχνης 1862 - 1949) στο βιβλίο του «Ο θάνατος», γράφει: «*Εύχομαι να έλθει σύντομα η ημέρα που ο γιατρός θα πάψει να θεωρεί καθήκον του να παρατείνει όσο το δυνατόν τους σπασμούς της απελπιστικής αγωνίας του μελλοθανάτου. Να επαναστατήσει η επιστήμη κατά της πλάνης αυτής και να τη θεωρούν οι άνθρωποι που θα έλθουν ως μια βάρβαρη πρόληψη που ευτυχώς πέρασε*»³⁴.

1.3.4. Ναζιστική Γερμανία

Η επάνοδος του θέματος στο προσκήνιο ύστερα από τον 19^ο αιώνα, τον αιώνα του ανθρωπισμού, ήταν αναμενόμενη. Το περιεχόμενο όμως και η μορφή που πήρε

³³ Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), ό.π., σσ. 29-31.

³⁴ Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), ό.π., σσ. 5-10.

ήταν απροσδόκητο, όσο και αποκρουστικό. Το 1920, οι *Alfred Hoche*, καθηγητής Ψυχιατρικής στο Freiburg, και *Karl Binding*, καθηγητής νομικής στη Λειψία, εξέδωσαν μια μελέτη σχετικά με την παύση της ζωής του ασθενούς κατόπιν απαίτησης αυτού³⁵, η οποία αποτέλεσε και τη δικαιολογητική βάση της μετέπειτα εφαρμογής του προγράμματος ευθανασίας των Ναζί. Υποστήριξαν πως ασθενείς που ζητούσαν υποβοήθηση προς θάνατον θα έπρεπε, κάτω από κάποιες πολύ προσεκτικά ηλεγμένες συνθήκες, να μπορούν να την λάβουν από κάποιον γιατρό. Η βοήθεια αυτή ήταν, κατά τους δυο επιστήμονες, σύμφωνη με την ιατρική ηθική και κυρίως μια λύση γεμάτη συμπόνια σε ένα επώδυνο πρόβλημα. Η συμπόνια αυτή δεν θα έπρεπε όμως να περιοριστεί, κατά τους συγγραφείς, στους εθελοντές, αλλά και στα «άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων», όπως οι με εγκεφαλική βλάβη ασθενείς, οι τρόφιμοι ψυχιατρείου και οι διανοητικώς καθυστερημένοι, εάν βέβαια με επιστημονικά κριτήρια μπορούσε να αποδειχθεί «μη δυνατότητα βελτίωσης ενός ψυχικά νεκρού ατόμου». Τα κέρδη για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα, υποστήριξαν, εάν η οικονομική ενίσχυση που κατευθυνόταν στην διατήρηση και φροντίδα «ασήμαντης ζωής» διοχετευόταν σε αυτούς που πραγματικά την χρειάζονταν, τους κοινωνικά και ψυχοσωματικά υγιείς. Η πρώτη γνωστή περίπτωση εφαρμογής της παραπάνω θέσης είναι αυτή του βρέφους *Knauer*, του οποίου την ευθανασία ζήτησε ο ίδιος ο πατέρας του από τον Αδόλφο Χίτλερ, επειδή γεννήθηκε τυφλό, διανοητικά καθυστερημένο και σωματικά όχι άρτιο. Σίγουρα στην κατάσταση αυτή θα ήταν καλύτερος ο θάνατος για το βρέφος, υποστήριξε ο πατέρας, και ο Χίτλερ, αφού συμβουλευτήκε τον προσωπικό του γιατρό, τον *Karl Brandt*, έκανε δεχτή την έκκληση του πατέρα. Τους αμέσως επόμενους μήνες σχηματίσθηκε μια επιτροπή με σκοπό να καθιερώσει πρακτικές μεθόδους με τις οποίες θα «εδωρίζετο» ο θάνατος σε ανθρώπους που δεν είχαν προοπτικές «εύλογης» ζωής. Το όλο πρόγραμμα «φυλετικής εκκαθάρισης» είχε την κωδική ονομασία «*Aktion T4*» και τέθηκε σε ισχύ το Σεπτέμβριο του 1939. Μάλιστα μέχρι την 24 Αυγούστου 1941 οπότε και σταμάτησε, λόγω της λαϊκής κατακραυγής, το πρόγραμμα εκτιμάται ότι κόστισε τη ζωή σε περισσότερα από 100.000 άτομα με

³⁵ Η μελέτη είχε τον τίτλο «*Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwertem Lebens*», δηλαδή «Επιτρέποντας την καταστροφή της ανάξιας του ζειν ζωής».

νοητική αναπηρία και σε περίπου 75.000 ηλικιωμένους³⁶. Στο νοσοκομείο Eglfing-Haar ως μέσο χρησιμοποιήθηκε η πείνα, ενώ σε άλλα η έλλειψη θέρμανσης. Όταν ο *Hermann Pfannmuller* δημιούργησε «Hungerhauser» για γέροντες, η ευθανασία στην Γερμανία αποτελούσε ήδη υπόθεση ιατρικής ρουτίνας³⁷. Η τακτική της ναζιστικής Γερμανίας απέναντι στους Εβραίους, τους ομοφυλόφιλους και άλλες «μη εύλογα ζώσες» κατηγορίες πληθυσμού βασίστηκε στην παραπάνω προγενέστερη τακτική, πράγμα που οι επικριτές της ευθανασίας δεν χάνουν ευκαιρία να τονίσουν. Πράγματι, μέχρι το ξέσπασμα του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου 300.000 άτομα θανατώθηκαν στην Γερμανία με την θέλησή τους ή χωρίς, πάντοτε για ανθρωπιστικούς λόγους, εκ των οποίων το ήμισυ αποτελούσαν παιδιά. Ανεξάρτητα από το εάν κάποιος τάσσεται υπέρ ή κατά της ευθανασίας, δεν μπορεί παρά να δεχθεί, πως η αποδοχή και η χρήση τέτοιων πρακτικών προετοίμασε άριστα την κοινή τουλάχιστον γνώμη να δεχθεί ότι για κάποιους ανθρώπους η ζωή αποτελεί βάρος από το οποίο η απαλλαγή τους θα αποτελούσε έσχατη ένδειξη ανθρωπισμού. Βέβαια πολλές φορές οι άνθρωποι αυτοί σαφώς εξεδήλωναν την θέλησή τους για ζωή. Αυτό όμως δεν ήταν παρά μια ακόμη ένδειξη της βαρύτητας της κατάστασής τους, αφού δεν μπορούσαν καν να συνειδητοποιήσουν πόσο ευεργετικός θα ήταν για αυτούς ο θάνατος. Η μαζική, αργή και βασανιστική πολλές φορές δολοφονία επτά περίπου εκατομμυρίων ανθρώπων ονομάστηκε από τον γερμανικό ναζισμό «ευθανασία». Καλός θάνατος, δηλαδή, είτε για το άτομο, είτε για την κοινωνία, ή και για τους δυο. Η θέση αυτή υποστηρίχθηκε μέχρι τέλους. Ο *Brandt* στην κατάθεσή του κατά τη «Δίκη των Γιατρών» στη Νυρεμβέργη επέμεινε: «*Το κίνητρο ήταν η επιθυμία να βοηθηθούν άτομα που δεν μπορούσαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους και η επιμήκυνση της ζωής τους τους προκαλούσε βασανισμό...ποτέ δεν θέλησα ή πίστευσα πως κάνω τίποτα παραπάνω από το να συντομεύσω την μαρτυρική ύπαρξη τέτοιων δυστυχημένων όντων*»³⁸.

³⁶ Tenon Y., (1971), *Le massacre des aliénés, des théoriciens Nazis aux praticiens SS*, Paris, Casterman, pp. 100 επ.

³⁷ Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα άρθρα: Michalsen A., Reinhart K., (2006), "Euthanasia": a confusing term, abused under the Nazi regime and misused in present end-of-life debate, *Intensive Care Medicine*, vol. 32, p. 1304-1310 και Ost S., (2006), Doctors and nurses of death: A case study of eugenically motivated killing under the Nazi "euthanasia" Programme, *Liverpool Law Review*, vol. 27, p. 5-30 και Barnett R., (2004), Eugenics, *The Lancet*, vol. 363, p. 1742, το οποίο έχει κάποια ιστορικά στοιχεία για την ευγονική.

³⁸ Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), ό.π., σ. 33.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**2.1. ΓΕΝΙΚΑ**

Η ευθανασία, ως όρος, δεν απαντάται στην ελληνική έννομη τάξη, παρά μόνο σε νόμο σχετικά με τη θανάτωση των ζώων³⁹ και εξομοιώνεται στις περισσότερες περιπτώσεις με ανθρωποκτονία, στοιχειοθετώντας αντίστοιχο αδίκημα του ποινικού δικαίου. Η ελληνική έννομη τάξη παρουσιάζει ωστόσο την πρωτοτυπία να έχει θεσπίσει ένα *ηπιότερο αδίκημα* σε σχέση με το κακούργημα της ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως, αυτό της *ανθρωποκτονίας με συναίνεση*, αναγνωρίζοντας έτσι ότι υποχωρεί η βαρύτητα της άδικης πράξης όταν συντρέχουν τα στοιχεία του οίκτου, της απαίτησης του θύματος και της ανίατης πάθησης. Το *νομικό καθεστώς* πάντως παραμένει *αμετάβλητο* για δεκαετίες και παρά τις έντονες συζητήσεις και ανακατατάξεις που διεξάγονται παγκοσμίως σχετικά με την ευθανασία και την αποποινικοποίησή της ή μη, στην Ελλάδα η σχετική κινητικότητα και ευαισθητοποίηση δεν είναι ακόμη έντονη. Παρόλα αυτά, *έρευνες* που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς στη χώρα μας καταδεικνύουν τον *προβληματισμό* που προκαλεί τόσο στους ειδικούς, όσο και στην κοινή γνώμη, το ευαίσθητο θέμα της ευθανασίας⁴⁰. Η πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή η επίσπευση αυτού, προκειμένου να συντομευθεί η αγωνία ετοιμοθάνατου ή πάσχοντος από ανίατη ασθένεια, φαίνεται πως στη χώρα μας εξακολουθεί να αποτελεί *ταμπού*. Τόσο για τον ιατρικό κόσμο, όσο και για τους πολίτες, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων αντιμετωπίζει τουλάχιστον εκ πρώτης όψεως- το ζήτημα με *επιφυλακτικότητα* και *δισταγμό*. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων αντιμετωπίζει αρνητικά την ευθανασία, κυρίως την ενεργητική κατά την οποία απαιτείται άμεση παρέμβαση ιατρού για τη σύντμηση της

³⁹ Πρόκειται για το Νόμο 1197/1982 «Περί προστασίας των ζώων» (ΦΕΚ Α'/240), στο άρθρο 2 § 1 του οποίου ορίζεται ότι «Ζώων συντροφίας, εργασίας ή εκτροφών το οποίον κατέστη ανίκανον δια την δι' ην προορίζεται χρήση, συνεπεία γήρατος, ασθενείας, κατάγματος, αναπηρίας ή άλλης τινός αιτίας, δύναται να φονεύεται δι' ευθανασίας και μόνον κατόπιν προηγουμένης εκθέσεως κρατικού ή ιδιώτου κτηνιάτρου». Επίσης, το άρθρο 8 § 2 ορίζει ότι «Οι παραβάτες των διατάξεων των άρθρων 2, 3 και 4 παράγραφοι 2 και 3 τιμωρούνται με φυλάκιση μέχρι πέντε μήνες ή με χρηματική ποινή από τριακόσια μέχρι χίλια πεντακόσια ευρώ ή και με τις δύο ποινές».

⁴⁰ Βλ. σχετικά με τις εν λόγω έρευνες και τα αποτελέσματά τους σε: Ευαγγέλου Ι., (1999), *ό.π.*, σ. 64-66, Καίσαρης Π., (1999): *Περί της ευθανασίας*, Πάτρα, Αχαϊκές εκδόσεις, σσ. 39-41 και σσ. 60-62. Η πιο πρόσφατη έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών του Πανεπιστημίου Αθηνών το Μάρτιο του 2007 και δημοσιεύτηκε στον ημερήσιο τύπο: <http://www.tanea.gr/sector.aspx?nid=3773525>

ζωής του ασθενούς. Ωστόσο υπάρχουν και περιπτώσεις που κρίνεται ανεκτή, όπως όταν στοχεύει στην καταπολέμηση αφόρητων πόνων ανιάτως πάσχοντος ασθενούς ή τίθεται ζήτημα απώλειας της δυνατότητας σε μια ζωή με αυτονομία και αξιοπρέπεια. Οι απαντήσεις φανερώνουν επίσης ότι οι περισσότεροι θα επέλεγαν για τον εαυτό τους την ευθανασία, εάν η κατάσταση της υγείας τους κρινόταν μη αναστρέψιμη, αλλά δύσκολα θα λάμβαναν την απόφαση για λογαριασμό άλλου. Θετικά δε αντιμετωπίζεται από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων το ενδεχόμενο νομοθετικής αντιμετώπισης του ζητήματος, υπό αυστηρές πάντως προϋποθέσεις.

Το γεγονός ότι η ευθανασία τιμωρείται από τον Έλληνα νομοθέτη στο ποινικό δίκαιο σημαίνει ότι *δεν αναγνωρίζεται αντίστοιχο δικαίωμα*, συνεπώς δεν αναγνωρίζεται και το δικαίωμα στο θάνατο ως τέτοιο. Αντίθετα, το ελληνικό Σύνταγμα προστατεύει το έννομο αγαθό της ζωής στα άρθρα 2 παρ. 1 («*Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας*»), και 5 παρ. 1 και 2 («*1. Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη. 2. Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων...*»). Το ερώτημα που τίθεται είναι αν η προστασία της ζωής είναι απόλυτη ή όχι. Σύμφωνα με την κρατούσα γνώμη⁴¹, *η προστασία της ζωής δεν είναι τελικά απόλυτη*, αλλά μάλλον σχετική, αν κρίνουμε από τη θεσμοθετημένη λειτουργία πηγών κινδύνου για το έννομο αυτό αγαθό στα πλαίσια της υπάρχουσας κοινωνικής ζωής (κίνηση οχημάτων, λειτουργία πυρηνικών εργοστασίων, κινδυνώδης δράση ιατρών κ.λπ.)⁴². Αυτή η σχετικοποίηση μάλιστα της προστασίας της ζωής είναι σημαντική για την επίλυση δογματικών ζητημάτων που αφορούν το οριακό πεδίο της μετάβασης στο θάνατο, ενδέχεται όμως να οδηγήσει σε καταχρηστικές παραδοχές για μορφές ζωής «ανάξιας του ζην» και απόρριψη της λύσης της ανακούφισης στον ασθενή σε οριακή κατάσταση. Έτσι η άρχουσα γνώμη δέχεται ότι το δικαίωμα

⁴¹ Κύριος εκπρόσωπος της μειοψηφούσας γνώμης που υποστηρίζει τον απόλυτο χαρακτήρα της ανθρώπινης ζωής είναι ο Ανδρουλάκης. Βλ. Ανδρουλάκης Ν., (1974), Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος, Αθήνα, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας, σσ. 18 επ.

⁴² Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σσ. 142-143, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σ. 191.

ελεύθερης έκφρασης της προσωπικότητας δεν επεκτείνεται και στον τρόπο και χρόνο του θανάτου και πως οι συνταγματικές εγγυήσεις⁴³ αφορούν στην αρχή και στο τέλος της ζωής μόνο κατά τη διάρκειά της⁴⁴.

Επίσης, το μεγαλύτερο μερίδιο της επιστήμης ισχυρίζεται ότι το άρθρο 5 παρ. 2 Συντ. προστατεύει το δικαίωμα επί της ζωής και όχι το δικαίωμα επί του θανάτου, Επίσης, από το άρθρο συνάγεται ότι *το άτομο έχει δικαίωμα να ζει, αλλά όχι και αντίστοιχη υποχρέωση*⁴⁵. Έτσι, υποστηρίζεται ότι το Σύνταγμα αφήνει ελεύθερο το νομοθέτη να επιτρέψει ή να απαγορεύσει την αυτοκτονία οποιασδήποτε μορφής ή και ενδεχομένως να τιμωρήσει την απόπειρα αυτοκτονίας⁴⁶. Άξια αναφοράς είναι βέβαια και η αντίθετη, μη κρατούσα άποψη, η οποία τάσσεται υπέρ της αναγνώρισης του δικαιώματος στο θάνατο, συνδυάζοντας τα αρθρ. 5 παρ. 2 και 2 παρ. 1 του Συντ., τονίζοντας παράλληλα ότι το δικαίωμα στο θάνατο είναι ενσωματωμένο στο αρθρ. 5 παρ. 2 και πως ο σεβασμός της αξιοπρέπειας ενός ατόμου που υποφέρει ή βρίσκεται στο τελικό στάδιο ασθένειας, είναι επιβεβλημένος⁴⁷.

2.2. ΟΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

Από τη στιγμή που η πράξη ευθανασίας σημαίνει ότι το βέβαιο και επικείμενο τέλος της ζωής κάποιου ανιάτως πάσχοντα επισπεύδεται με ανθρώπινη πράξη για να γλιτώσει ο πάσχων από αφόρητους πόνους ή από εξευτελιστικό βασανισμό, τότε η συμπεριφορά αυτή ενδιαφέρει σαφώς και την έννομη τάξη και δη τις διατάξεις που αφορούν την προστασία της ανθρώπινης ζωής του Ποινικού Κώδικα. Πιο συγκεκριμένα, η συμπεριφορά της ευθανασίας ρυθμίζεται από διατάξεις του

⁴³ Έτσι άλλωστε ορίζει και η αστική προστασία της προσωπικότητας στο άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα: «Όποιος προσβάλλεται παράνομα στην προσωπικότητά του έχει δικαίωμα να απαιτήσει αν αρθεί η προσβολή και να μην επαναληφθεί στο μέλλον...»

⁴⁴ Βλ σχετικά τα άρθρα: Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (2006), Συναίνεση υπό προϋποθέσεις, *Το Βήμα*, 01/10/2006, Δραγώνα-Μονάχου Μ., (2006), Η πρόκληση της βιομηχανίας των δικαιωμάτων, *Το Βήμα*, 01/10/2006, Μητρόπουλος Δ., (2000), Ευθανασία δε σημαίνει θανάτωση αλλά να πεθάνει κανείς καλά, *Τα Νέα*, 01/12/2000.

⁴⁵ Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σ. 156, Βουγιούκας Κ., (1991), Ευθανασία και ανθρωποκτονία εν συναινέσει, *Αφιέρωμα εις τον Κ. Βαθούσκον*, τομ. 4^{ος}, σ. 68, Κατρούγκαλος Γ., (1993), Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας, σ. 75.

⁴⁶ Δαγτόγλου Π., (2005), Ατομικά Δικαιώματα, τόμ. Α', Δεύτερη αναθεωρημένη έκδοση, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας, σσ. 236-237, Χρυσόγονος Κ., (2002), Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας, σ. 177.

⁴⁷ Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 176-180, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, (2000), ό.π., σσ. 79-80.

Ποινικού Κώδικα, όπως είναι κυρίως το άρθρο 299 (ανθρωποκτονία εκ προθέσεως), το άρθρο 300 (ανθρωποκτονία εν συναινέσει ή εξ οίκτου) και το άρθρο 301 (συμμετοχή σε αυτοκτονία)⁴⁸, όπως αναλύονται ευθύς αμέσως.

2.2.1. Η κατά κυριολεξία ή κυρίως ή *riga* ευθανασία

Η παροχή βοήθειας κατά το θάνατο για τη μείωση των πόνων, η οποία δε συνεπάγεται τη σύντμηση της ζωής, και που αποτελεί την κατά κυριολεξία ευθανασία, δε συνιστά άδικη πράξη⁴⁹. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι αυτή η μορφή ευθανασίας δεν εμπίπτει εννοιολογικά στην πράξη της ανθρωποκτονίας, αφού δεν προκαλείται με αυτήν ο θάνατος άλλου προσώπου. Αντιθέτως, πρόκειται για βοήθεια «κατά» το θάνατο, που αποτελεί αδιαμφισβήτητο καθήκον του ιατρού, όσο ο άρρωστος βρίσκεται στην επιθανάτιο φάση⁵⁰, και όχι «προς» το θάνατο. Η παροχή βοήθειας μπορεί να συνίσταται σε χορήγηση φαρμάκων, αλλά και σε ανθρώπινη ψυχική συμπαράσταση (συνοδεία, αφοσίωση, νοσηλεία, περιποίηση κ. ά.). Η συμπεριφορά αυτή λοιπόν δεν έχει αυτοτελές ποινικό ενδιαφέρον ως προσβολή της ζωής.

2.2.2. Η ενεργητική ευθανασία

Με αφετηρία το προστατευόμενο έννομο αγαθό της ανθρώπινης ζωής που αποτελεί πανανθρώπινη αξία του πολιτισμού μας, το άρθρο 299 του ΠΚ⁵¹ που τιλοφορείται «Ανθρωποκτονία με πρόθεση», προβλέπει τα εξής:

1. *Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη*⁵².
2. *Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης.*

⁴⁸ Μπέκας, Γ., (2004), Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, Αθήνα, εκδ. Π. Ν. Σάκκουλας, σ. 23.

⁴⁹ Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σ. 191 και Βούλτσος Π., (2006), ό. π., σ. 493.

⁵⁰ Άρθρο 29 παρ.1 εδ. α' του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

⁵¹ Στο ποινικό δίκαιο τα έννομα αγαθά ταξινομούνται συνήθως σε κρατικά, κοινωνικά και ατομικά ανάλογα με το συμφέρον που εξυπηρετεί η διατήρησή τους. Έτσι λοιπόν και στο Ειδικό Μέρος του Ποινικού Κώδικα πρώτα έχουν τοποθετηθεί τα εγκλήματα που στρέφονται κατά των κρατικών έννομων αγαθών (Κεφ. Α'-Η'), ακολουθούν τα εγκλήματα κατά κοινωνικών αγαθών (Κεφ. Θ'-ΙΔ') και έπονται τα εγκλήματα κατά των ατομικών αγαθών, όπως το ΙΕ' Κεφάλαιο που περιλαμβάνει τα εγκλήματα που στρέφονται κατά του αγαθού της ζωής (άρθρα 299-307 ΠΚ).

⁵² Με το άρθρο 33 § 1 του ν. 2172/1993 η ποινή του θανάτου καταργήθηκε στο ποινικό δίκαιο.

Από το γράμμα του νόμου λοιπόν προκύπτει ότι όποιος σκοτώνει άλλον με πρόθεση τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη, ενώ αν η πράξη έχει εκτελεστεί εν βρασμό ψυχικής ορμής, η απειλούμενη ποινή μετατρέπεται σε πρόσκαιρη κάθειρξη 5 έως 20 ετών. Το άρθρο φαίνεται έτσι να διακρίνει ανάμεσα σε μια βασική μορφή ανθρωποκτονίας που περιγράφεται στην πρώτη παράγραφο και σε μια προνομιούχα μορφή που τυποποιείται στη δεύτερη παράγραφο⁵³.

Η ελληνική έννομη τάξη, λοιπόν, *αποδοκιμάζει* τη με θετικές πράξεις (π.χ. χορήγηση δηλητηρίου ή φαρμάκου σε υψηλή δόση) *σκοπούμενη* συντόμευση της ζωής για τη λύτρωση του αρρώστου από τους πόνους και τα βάσανα, δηλαδή την ενεργητική ευθανασία, συμπεριλαμβανομένης και της άμεσης ενεργητικής ευθανασίας. Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για την ευθεία θανάτωση του ανιάτως πάσχοντος, μετά από απαίτησή του ή και χωρίς αυτήν. Η ενεργητική ευθανασία θεωρείται ότι αποτελεί *ανθρωποκτονία* του άρθρου 299 ΠΚ και τιμωρείται με τις προβλεπόμενες κυρώσεις. Ενδέχεται όμως να συντρέχουν οι ιδιαίτερες περιστάσεις του άρθρου 300 του ΠΚ στο οποίο θα αναφερθούμε αναλυτικά ευθύς αμέσως, δηλαδή άμεση και επίμονη απαίτηση του θύματος και αντίστοιχα αισθήματα οίκτου του δράστη καθώς και τα ελαφρυντικά του άρθρου 84 § 2β ΠΚ (ότι δηλαδή στην πράξη του δεν ωθήθηκε από ταπεινά αίτια), οπότε έχουμε την περίπτωση ανθρωποκτονίας με συναίνεση (ή εξ οίκτου), όπου η τιμωρία είναι ηπιότερη.

Οι λόγοι για τους οποίους η ενεργητική ευθανασία απορρίπτεται από την πλειονότητα των νομικών και γιατρών οφείλονται στους *εγγενείς κινδύνους κατάχρησης*: Η ζωή ασθενών και ηλικιωμένων θα έμπαινε σε κίνδυνο ή ίσως θα μπορούσε να ασκηθεί ψυχολογική πίεση σε ασθενείς να ζητήσουν τη θανάτωσή τους και επιπλέον θα ήταν δύσκολο να αποδειχθεί αν η θανάτωση του ασθενούς επήλθε πράγματι μετά από απαίτησή του⁵⁴.

⁵³ Βλ. Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2001), ό.π., σσ. 245 επ, Ανδρουλάκη Ν., (1974), ό.π., σ. 36 επ, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 556-639, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σσ. 1224-1225, Καράμπελας Λ., (1987), ό.π., σσ. 39-40, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την ευθανασία, *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, (2003), εκδ. Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος, σ. 118.

⁵⁴ Στην Ελλάδα έχει υποστηριχθεί μεμονωμένα και η άποψη ότι η άμεση ενεργητική ευθανασία μπορεί υπό προϋποθέσεις να θεωρηθεί δικαιολογημένη ή εν πάση περιπτώσει ότι είναι δυνατόν να αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης, διότι η τελευταία τελείται προς το «αληθινό συμφέρον του θνήσκοντος». Έτσι Χωραφάς Ν., (1978), Ποινικόν Δίκαιον, εκδ. 9^η, σ. 215 και Κατσαντώνης Α., (1956), ό.π., σ. 237.

Ομοίως, η ίδια ποινική αντιμετώπιση με την ενεργητική ευθανασία επιφυλάσσεται και για τις περιπτώσεις της λεγόμενης «πρώιμης» ευθανασίας, της θανάτωσης δηλαδή με ενέργεια ή παράλειψη των «ελαττωματικών» νεογνών, όπως χαρακτηρίζονται τα παιδιά που γεννιούνται με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ή εγκεφαλικές βλάβες⁵⁵. Η ζωή τους, όταν αυτά έχουν την ανθρώπινη μορφή⁵⁶, θεωρείται ότι έχει την ίδια αξία με τη ζωή όλων των άλλων ανθρώπων και η θανάτωσή τους ή η παράλειψη περίθαλψης που οδηγεί στο θάνατό τους αποτελεί μια αρχικά και τελικά άδικη ανθρωποκτονία, ενώ άρση του καταλογισμού του δράστη δεν γίνεται δεκτή κατά την κρατούσα άποψη⁵⁷.

2.2.3. Η ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 του ΠΚ)

Ανθρωποκτονία με συναίνεση (α. 300 ΠΚ):

Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση.

Η διάταξη του άρθρου 300 ΠΚ, που κατά την ορθότερη άποψη τιμωρεί το έγκλημα της ανθρωποκτονίας εξ οίκτου και όχι επί συναιέσει, συναντάται για πρώτη φορά στον Ποινικό Κώδικα του 1950 κατ' επιρροή του άρθρου 216 του Γερμανικού Ποινικού Νόμου «περί ανθρωποκτονίας τη απαιτήσει». Καθώς μάλιστα η ανθρωποκτονία εξ οίκτου δεν προβλέπεται στην ποινική νομοθεσία των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών και κρίνεται προοδευτική, παρουσιάζει ιδιαίτερο

⁵⁵ Τρία γνωστά περιστατικά από τη διεθνή βιβλιογραφία μπορούμε να αναφέρουμε ως παραδείγματα για τη διερεύνηση του άδικου ή μη χαρακτήρα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς ευθανασίας: ένα στο Βέλγιο το 1962 όπου οι συμπράξαντες στη θανάτωση ενός βρέφους που είχε γεννηθεί χωρίς χέρια αθώωθηκαν, και δύο στη Γερμανία όπου γονείς και γιατροί καταδικάστηκαν για ανθρωποκτονία με δόλο για τη θανάτωση βρεφών με σοβαρά προβλήματα υγείας.

⁵⁶ Όχι όμως όταν πρόκειται για τερατογενέσεις σε τέτοιο σημείο που το τεχθέν να κριθεί ότι δε φέρει ανθρώπινη μορφή κατά τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης. Βλ. σχετικά Ανδρουλάκη Ν. (1974), ό.π., σ. 19.

⁵⁷ Βλ. σχετικά Συμεωνίδου-Καστανίδου, (2001), ό.π., σσ. 228-234, Συμεωνίδου-Καστανίδου, (2007), Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο, Εισήγηση στην επιστημονική διημερίδα με θέμα την ευθανασία 14-15 Δεκεμβρίου 2006, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, εκδ. Σάκκουλας, σσ. 156-157, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 885-910, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σσ. 1223-1224.

ενδιαφέρον η επεξήγηση της έννοιας και των ιδιαιτεροτήτων των συστατικών στοιχείων του εγκλήματος⁵⁸.

Χωρίς μεγάλη πρακτική σημασία παραμένει το ζήτημα της σχέσης του α. 300 προς τη βασική μορφή ανθρωποκτονίας του α. 299. Ομοφωνία δεν υπάρχει στην επιστήμη: Η κρατούσα γνώμη μιλά για ιδιώνυμο έγκλημα και η άλλη άποψη για προνομιούχα μορφή του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας από πρόθεση⁵⁹. Η απειλούμενη μάλιστα για το έγκλημα της ανθρωποκτονίας κατ' απαίτηση ποινή είναι φυλάκιση από 10 μέρες έως 5 χρόνια, *ποινή σημαντικά μειωμένη* σε σχέση με εκείνη της βασικής μορφής ανθρωποκτονίας. Εκείνο που προέχει να δούμε ωστόσο είναι ποιες είναι οι *προϋποθέσεις* που ορίζει το άρθρο πως πρέπει να πληρούνται για να έχουμε την περιορισμένη εννοιολογικά ευθανασία με την επιεικέστερη μεταχείριση:

♣ Απαίτηση σπουδαία και επίμονη

Ο δράστης να αποφάσισε την πράξη ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος. Δεν αρκεί η απλή συναίνεση του θανατωθέντος. Η σπουδαία και επίμονη αυτή απαίτηση πρέπει να απευθυνθεί προς το συγκεκριμένο δράστη και όχι προς άλλους ή ως γενικό αίτημα του θανατωθέντος. Βέβαια, δεν απαιτείται να απευθύνεται σε κάποιον ατομικά προσδιορισμένο δράστη, αλλά μπορεί να απευθύνεται σε κύκλο προσώπων, αρκεί αυτά να μπορούν να προσδιοριστούν όπως για παράδειγμα το νοσηλευτικό προσωπικό και οι θεράποντες ιατροί. Αν τη θανάτωση

⁵⁸ Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σσ. 426 επ, Ανδρουλάκης Ν., (1974), ό.π., σσ. 55-62, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σσ. 1229-1230, Μανροφόρου Α., Michalodimitrakis Ε., (2001), Euthanasia in Greece, *European Journal of Health Law*, vol. 8, pp. 158-160, Κωνσταντινίδης Π., (2007), Ευθανασία, Εκλαϊκευμένη Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας, σσ. 23-27, Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 104-110, Κοκολάκης Ε., (1994), Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας, σσ. 100-101, Καραγεώργος Γ.Κ., (1996), Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, Θεσσαλονίκη, εκδ. Σάκκουλας, σσ. 152-153, Διεθνής Εταιρεία Κοινωνικής Άμυνας/Κίνησης Ανθρωπιστικής Αντεγκληματικής Πολιτικής. Ελληνικό Τμήμα, (1997), Ευθανασία = L' euthanasie, Θεσσαλονίκη, Συζήτηση «στρογγυλής τραπέζης» τη 10^η Δεκεμβρίου 1996, σσ. 19-21.

⁵⁹ Στο πλαίσιο της διδασκαλίας για τις «περιστάσεις» της εγκληματικής συμπεριφοράς (τόπος, χρόνος, μέσο, τρόπος), τα εγκλήματα διακρίνονται σε βασικά, σε εγκληματικές παραλλαγές (προνομιούχα και διακεκριμένα εγκλήματα) και σε ιδιώνυμα εγκλήματα. Τα προνομιούχα τιμωρούνται επί το ηπιότερον σε σχέση με το βασικό έγκλημα, ενώ τα ιδιώνυμα τελούνται υπό περιστάσεις τέτοιες που επηρεάζουν τόσο βαθειά την ηθικοκοινωνική απαξία της βασικής συμπεριφοράς, ώστε δε μπορούμε να μιλάμε για μια απλή παραλλαγή του βασικού εγκλήματος, αλλά άλλη εγκληματική πράξη (λ.χ. η σωματική βλάβη ανηλίκων του ΠΚ 312 σε σχέση με την απλή σωματική βλάβη του ΠΚ 308). Βλ. σχετικά Ανδρουλάκης Ν., (2000), Ποινικό Δίκαιο. Γενικό Μέρος, Αθήνα, εκδ. Π.Ν. Σάκκουλας, σσ. 191-193.

πραγματοποιήσει κάποιο τρίτο άτομο, θα εφαρμοστεί η διάταξη του α. 299 ΠΚ και όχι το α. 300⁶⁰.

«Σπουδαία» είναι η απαίτηση του θανατωθέντος όταν αυτός ήταν σε κατάσταση να εκδηλώσει τη βούλησή του με *πλήρη συνείδηση* των συνεπειών της και όχι όταν ο παθών είναι ανήλικος ή βρίσκεται σε κάποια νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης που αποκλείει την έκφραση ελεύθερης βούλησης λ.χ. μέθη, ψυχική νόσο κ.λπ. Από την άλλη, «επίμονη» είναι η απαίτηση του θανατωθέντος όταν είναι *επαναλαμβανόμενη* και κατά τις στιγμές μάλιστα που ο ασθενής δεν υποφέρει από παροξυστικούς πόνους. Επίσης πρέπει να υπάρχει και αρχική άρνηση του δράστη, η οποία να κάμφθηκε όμως από την επαναλαμβανόμενη απαίτηση του θανατωθέντος. Αν ο πάσχων δε μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του, τη βούλησή του δε μπορεί να την υποκαταστήσουν οι οικείοι του ή άλλο όργανο, όπως λ. χ. το δικαστήριο.

♣ Ανίατη ασθένεια

Ο θανατωθείς θα πρέπει, κατ' αντικειμενική κρίση, να πάσχει από ανίατη ασθένεια, δηλαδή από νόσο ή σωματική βλάβη και αναπηρία, λ.χ. τύφλωση ή ακρωτηριασμό. Η ελληνική νομολογία έχει δεχθεί ως «νόσο» και την ψυχική πάθηση⁶¹, αρκεί αυτή να πιστοποιείται αρμοδίως. Πάντως σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει κανείς να είναι πολύ προσεκτικός και σκεπτικιστής σχετικά με τη σπουδαιότητα της δήλωσης ενός τέτοιου ατόμου. Από τη διατύπωση του άρθρου, συνάγεται σαφώς ότι η ανίατη πάθηση πρέπει να *έχει διαμορφώσει αιτιακά* στον παθόντα *τη βούληση να πεθάνει*, και στο μέτρο αυτό, η πάθηση αυτή καθιστά πράγματι «αφόρητη» για τον παθόντα τη συνέχιση της ζωής του.

♣ Οίκτος

Ο δράστης να προέβη στην πράξη από «οίκτο» για τον πάσχοντα και όχι από άλλα κίνητρα. Τον όρο «οίκτος» ο έλληνας νομοθέτης τον χρησιμοποίησε με την έννοια συμπόνια, έλεος, ευσπλαχνία και πρόκειται πραγματικά για μια καινοτομία του ελληνικού ΠΚ, τη στιγμή που άλλοι κώδικες αρκούνται στην απαίτηση του παθόντος

⁶⁰ Ανδρουλάκης Ν., (1974), ό.π., σσ. 57-58.

⁶¹ Εφ. Αιγαίου 6/1986. Ποινικά Χρονικά 1987, τομ. ΛΖ', σ. 244.

για να δικαιολογήσουν την ηπιότερη μεταχείριση του δράστη ή δεν αναγνωρίζουν και καμία ελαφρυντική περίπτωση.

Στην ελληνική επιστήμη πάντως, στα πλαίσια του ποινικού δικαίου, έχουν αναπτυχθεί ενδιαφέρουσες, αν και αντίθετες, γνώμες για την ευθανασία, το άρθρο 300 και την αντιμετώπιση του ζητήματος της ποινικής ευθύνης⁶². Υποστηρίχθηκε αρχικά η άποψη ότι το πρόβλημα της ευθανασίας το λύνει ο ίδιος ο νομοθέτης ικανοποιητικά στο άρθρο 300 ΠΚ και επομένως παρέλκει οποιαδήποτε σχετική συζήτηση⁶³. Διαφορετική άποψη υποστήριξε ο Κατσαντώνης, κατά τον οποίο το άρθρο 300 ΠΚ δεν αντιμετωπίζει καθαυτό το ζήτημα της ευθανασίας, αλλά τη θανάτωση ενός ανθρώπου που πάσχει από ανίατη ασθένεια και επιθυμεί να θανατωθεί. Άλλωστε το θέμα της ευθανασίας προκύπτει ακόμη κι όταν δεν υπάρχει σπουδαία και επίμονη απαίτηση του παθόντα και κυρίως το ζήτημα της ευθανασίας τίθεται μόνο όταν η πράξη στρέφεται εναντίον ενός ατόμου που πεθαίνει με επώδυνο τρόπο και όχι απλώς εναντίον ατόμου που πάσχει από μια ανίατη πάθηση⁶⁴.

Η άποψη του Χωραφά είναι ότι ο αρχικά άδικος χαρακτήρας της πράξης ευθανασίας που ούτως ή άλλως ο ίδιος δέχεται, μπορεί να αρθεί εφόσον αποδειχτεί ότι η πράξη επιχειρείται «προς το αληθινό συμφέρον του θανατούμενου»⁶⁵, ακολουθώντας έτσι εν μέρει τη θεωρία του Γερμανού καθηγητή νομικής Karl Binding. Την ίδια άποψη υιοθετεί και ο Κατσαντώνης, υποστηρίζοντας ότι σε περίπτωση που ο δράστης τελεί την ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του παθόντα κατά το άρθρο 300 ΠΚ, με το άτομο όμως όχι να πάσχει απλώς από ανίατη ασθένεια αλλά να πεθαίνει με επώδυνο τρόπο, η πράξη δεν πρέπει να θεωρείται άδικη. Αντιθέτως όμως, ο Τσαρπάλας⁶⁶ είναι ο πλέον αντίθετος προς την πρακτική της ευθανασίας. «Η απόλυτος απαγόρευσις της ενεργητικής ευθανασίας», παρατηρεί, «οσονδήποτε σκληρά κι αν εμφανίζεται εκ πρώτης όψεως, είναι δικαιολογημένη. Εκτός του ότι η έννομος τάξις δε δύναται να παραιτηθεί της προστασίας του έννομου αγαθού της ζωής, η ευθανασία δεν ευρίσκει έρεισμα εις τον νόμον ή εις σκέψιν τινά

⁶² Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 113-118, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σσ. 186-190.

⁶³ Βλ. έτσι Κανάτσιος Γ., (1955), Η κατ' απαίτηση ανθρωποκτονία, σ. 11.

⁶⁴ Κατσαντώνης Α., (1956), ό.π., σ. 237.

⁶⁵ Βλ. Χωραφάς Ν., (1978), ό.π., σ. 215.

⁶⁶ Τσαρπάλας Α., (1976), Η ποινική εκτίμησις των θεραπευτικών επεμβάσεων, Αθήνα, Αφοι Σάκκουλα, σσ. 27 επ.

δικαίου και οφείλεται αποκλειστικώς και μόνο εις σκέψεις κακώς νοούμενης φιλανθρωπίας».

Κατά τον *Ανδρουλάκη*⁶⁷, η αποδοχή λόγου άρσης του αδίκου για την πράξη της ευθανασίας βρίσκεται σε αντίθεση με τον απόλυτο χαρακτήρα της προστασίας της ζωής και κάθε πράξη του γιατρού με αποτέλεσμα την επίσπευση του θανάτου του ασθενή, αποτελεί τελικά άδικη πράξη και τιμωρείται κατά τα άρθρα 299 ή 300 ΠΚ. Η απλή ωστόσο παράλειψη του γιατρού να πάρει μέτρα διατήρησης της ζωής δε θεωρείται αρχικά άδικη μορφή συμπεριφοράς, εφόσον εκείνος δεν έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παίρνει τα μέτρα αυτά. Κατά τον *Καράμπελα*⁶⁸, από την άλλη, ιδιαίτερη υποχρέωση του γιατρού για παράταση της ζωής υπάρχει καταρχήν σε κάθε περίπτωση, εκτός αν ο ίδιος ο ασθενής δηλώσει ρητά ότι δεν επιθυμεί τη λήψη οποιουδήποτε μέτρου. Μάλιστα δεν απορρίπτει και την άποψη του Χωραφά περί άρσης του αδίκου χαρακτήρα της ευθανασίας όταν αυτή γίνεται προς το αληθές συμφέρον του ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση ο ίδιος προτείνει τη διαμόρφωση ενός λόγου δικαστικής άφεσης της ποινής για την περίπτωση της επιθανάτιας με συναίνεση ευθανασίας, με την προσθήκη ενός δεύτερου εδαφίου στο άρθρο 300 ΠΚ όπου θα τίθενται οι προϋποθέσεις της δικαστικής αυτής άφεσης. Τέλος ο *Βουγιούκας*⁶⁹, μολονότι φαίνεται να δέχεται τον άδικο χαρακτήρα της ευθανασίας, προτείνει την αποποινικοποίηση της σχετικής πρακτικής στο σύνολό της, με τις ακόλουθες όμως προϋποθέσεις: α) να υπάρχει ανίατη και παρατεταμένη ασθένεια, β) ο ασθενής να απαιτεί σοβαρά και επίμονα το θάνατό του εξαιτίας των πόνων από τους οποίους υποφέρει, γ) να αποφασισθεί η ευθανασία ομόφωνα από συμβούλιο που θα αποτελείται από τρεις ιατρούς, έναν εισαγγελέα εφετών και το στενότερο συγγενή του.

2.2.4. Έμμεση ενεργητική ευθανασία

Μεταξύ των νομικών και των γιατρών παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας, υφίσταται σήμερα σε μεγάλη έκταση συμφωνία σχετικά με το ότι η λεγομένη "έμμεση ευθανασία" θα πρέπει να είναι επιτρεπτή. Πρόκειται για την καταπολέμηση των

⁶⁷ Ανδρουλάκης Ν. (1974), ό.π., σ. 26.

⁶⁸ Καράμπελας Λ. (1987), ό.π., σ. 55 και σχετικό άρθρο του ιδίου Η ευθανασία από νομική άποψη, *Ποινικά Χρονικά*, τομ. ΛΣΤ', σ. 539.

⁶⁹ Βουγιούκας Κ., (1991), ό.π., σ. 69.

πόνων σε ανίατα ασθενείς ή βαριά πάσχοντες, η οποία επιτυγχάνεται με φάρμακα για τον μετριασμό ανυπόφορων πόνων και η οποία μπορεί να συνεπιφέρει μια *σύντμηση της ζωής ως μη επιδιωκόμενη παρενέργεια*. Σε αντίθεση με την ενεργητική ή ευθεία ευθανασία, εδώ *δεν επιδιώκεται ο θάνατος*, αλλά γίνεται αποδεκτός απλά και μόνον ως παρενέργεια, ως πιθανή συνέπεια λόγω της προτεραιότητας του μετριασμού των πόνων. Από τότε που ο Πάπας Πίος ο XII το 1957 στο Διεθνές Συμπόσιο Αναισθησιολογίας στη Ρώμη επισήμανε στην προσφώνησή του ότι η χορήγηση παυσιπόνων με αναπόφευκτη παρενέργεια μια σύντμηση της ζωής, είναι επιτρεπτή σε ασθενείς που πρόκειται να πεθάνουν, όταν δεν υπάρχει άλλο μέσο και η σύντμηση της ζωής δεν επιδιώκεται ευθέως, θεωρείται αυτή η μορφή ευθανασίας ακόμη και στο πλαίσιο της δυτικής εκκλησιαστικής ηθικής γενικά ως επιτρεπτή⁷⁰.

Η νομική θεμελίωση της άποψης αυτής ποικίλλει, με επικρατούσα εκείνη ότι το άδικο *αίρεται λόγω κατάστασης ανάγκης* (άρθρο 25 παρ. 1 ΠΚ), με τη δικαιολογητική βάση ότι η περιστολή των αβάστακτων πόνων έχει προτεραιότητα έναντι της ενδεχόμενης διατήρησης της ζωής για μικρό χρόνο. Πλέον σύμφωνη με τα πράγματα φαίνεται η άποψη ότι ο άδικος χαρακτήρας της πράξης *αίρεται λόγω επιτρεπομένης κινδυνώδους δράσης του ιατρού, συμφυούς σε παρόμοιες περιπτώσεις*⁷¹.

2.2.5. Παθητική (δια παραλείψεως) ευθανασία

Εδώ αναζητείται η απάντηση στο ερώτημα: Στην περίπτωση ενός θνήσκοντος ασθενούς του οποίου η επώδυνη κατάληξη με βέβαιη πρόγνωση έχει λάβει μια μη αναστρέψιμη πορεία, αν διακοπεί η ιατρική φροντίδα ή αν αυτή δεν αρχίσει καθόλου, υπάρχει τιμωρητή πράξη; Το ζήτημα αυτό, όσο προάγεται η ιατρική τεχνολογία που καθιστά δυνατή την παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα για αξιοθαύμαστα μακροχρόνια διαστήματα θα αναπαράγει συνεχώς όλο και περισσότερες περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας προς έλεγχο.

⁷⁰ Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την ευθανασία, *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, (2003), ό.π., σσ. 118-119.

⁷¹ Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σσ. 198-204, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σσ. 1225-1226.

Η ποινική αξιολόγηση και αυτής της μορφής ευθανασίας προϋποθέτει *επιμέρους διακρίσεις*⁷². Τρία πιθανά ενδεχόμενα μπορεί κανείς να διακρίνει: i) Να αρνείται ο ίδιος ο ασθενής την έναρξη ή συνέχιση της αγωγής, ii) Ο ασθενής ή οι συγγενείς του να ζητούν την υιοθέτηση της αγωγής και iii) Ο ασθενής να μην είναι σε θέση να εξωτερικεύσει τη βούλησή του.

i) Στην περίπτωση αυτή γίνεται ευρύτερα δεκτό ότι δεν υπάρχει πλέον ιδιαίτερη νομική υποχρέωση⁷³ για την υιοθέτηση της αγωγής και ότι για το λόγο αυτό δεν πληρούται καν η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας, δεν υπάρχει δηλαδή αρχικό άδικο. Πηγή της υποχρέωσης είναι ο νόμος, η προηγούμενη επικίνδυνη συμπεριφορά και η σύμβαση. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα σύμβασης είναι η σχέση που συνδέει το γιατρό με τον ασθενή. Εφόσον λοιπόν ο ασθενής δε δίνει τη συγκατάθεσή του στην παροχή φροντίδων, δεν βαραίνει επί του γιατρού ιδιαίτερη νομική υποχρέωση και δεν υπέχει ποινική ευθύνη για την αποχή του⁷⁴. Ένα επιχείρημα που συνηγορεί επιπλέον υπέρ του μη αξιόποινου χαρακτήρα της αποχής του γιατρού υπό τις δεδομένες συνθήκες είναι το εξής: η απαίτηση του πάσχοντος να μη ληφθούν εξαιρετικές φροντίδες που θα έχουν ως αποτέλεσμα μόνο την παράταση για λίγο της ζωής του ονομάζεται «ορθοθανασία» και κατά την κρατούσα στην επιστήμη άποψη, η ορθοθανασία νομιμοποιείται διότι ο γιατρός δεν έχει μεν δικαίωμα να συντομεύσει τη ζωή του ασθενή, δεν έχει όμως και υποχρέωση να την παρατείνει⁷⁵.

⁷² Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σσ. 204-223, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 703-708, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σσ. 1226-1228, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την ευθανασία, (2003), ό.π., σσ. 119-121, Μαραγκάκη Ε., (2001), Η συναίνεση του ασθενούς από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου. Σύγκριση με το γαλλικό ποινικό δίκαιο, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στο ποινικό δίκαιο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νομική Σχολή, σσ. 59-61.

⁷³ Σύμφωνα με το άρθρο 15 ΠΚ «Όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παραλείψει έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος».

⁷⁴ Βλ. όμως Μανωλεδάκη Ι., (2004), Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο;, *Ποινικά Χρονικά*, σ. 580, όπου υποστηρίζει πως όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος ζωής, ο γιατρός οφείλει να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες για τη μη άμεση επέλευση του θανάτου, ακόμη και παρά την αντίθετη βούληση του ασθενή.

⁷⁵ Επιβατιανός Π. (1989), ό.π., σ. 59, Καράμπελας Λ., (1986): Η ευθανασία (από νομική άποψη), *Ποινικά Χρονικά*, τ. ΛΣΤ', σ. 542, Αλεξιάδης Α. Δ., (1996): Εισαγωγή στο Ιατρικό δίκαιο: Ιατρική ευθύνη, ιατρική δεοντολογία: Ερμηνεία, νομοθεσία, νομολογία, Θεσσαλονίκη, εκδ. Δημοπούλου, σ. 131.

Πάντως το δικαίωμα άρνησης μιας θεραπευτικής αγωγής αναγνωρίστηκε στην Ελλάδα από το 1992⁷⁶, κατοχυρώθηκε εν συνεχεία στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (ν. 2619/1998), και προβλέπεται πλέον και στον πρόσφατο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας⁷⁷.

ii) Στην περίπτωση αυτή γίνεται δεκτό ότι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να κάνει ό,τι είναι δυνατό και ιατρικά ενδεδειγμένο για να ανακόψει την εξέλιξη προς το θάνατο, υπακούοντας στη βούληση του αρρώστου ή των συγγενών του⁷⁸, ακόμη κι αν εκείνος νομίζει ότι κάτι τέτοιο είναι μάταιο. Συνεπώς, η ευθύνη για το έγκλημα της ανθρωποκτονίας με παράλειψη δε μπορεί να αποκλειστεί, αν ο γιατρός παραλείψει να πάρει τα απαιτούμενα μέτρα ακόμη και για τεχνητή παράταση της ζωής και η παράλειψή του αποτελεί την αιτιακή συνθήκη για την επέλευση του θανάτου (ΠΚ 299 και ΠΚ 15).

iii) Επιπλέον ζητήματα δημιουργούνται όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει έγκυρη βούληση, επειδή λ.χ. βρίσκεται σε κώμα. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός ή οι συγγενείς είναι υποχρεωμένοι να λάβουν όλα τα αναγκαία μέτρα προκειμένου να ανακοπεί η πορεία προς το θάνατο. Ως προς το γιατρό η υποχρέωση αυτή προκύπτει ρητά από το άρθρο 12 παρ. 3 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, το οποίο επίσης δε θεωρεί δεσμευτική για το γιατρό και τυχόν βούληση των οικείων του ασθενή για διακοπή της θεραπείας. Έτσι ο γιατρός πραγματώνει τη νομοτυπική μορφή του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας με παράλειψη (ΠΚ 299 και ΠΚ 15) όταν δε λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, ώστε να ανακόψει έστω και για λίγο, την πορεία προς το θάνατο ενός ατόμου που δεν είναι σε θέση να εκφράσει το ίδιο έγκυρη βούληση⁷⁹.

Το κρίσιμο ερώτημα που τίθεται στη συγκεκριμένη περίπτωση όμως είναι ως ποιο σημείο υπάρχει η υποχρέωση δράσης του γιατρού⁸⁰. Το δύσκολο αυτό ζήτημα καλούνται να επιλύσουν η φιλοσοφία, η θρησκεία, η ιατρική και το δίκαιο. Ορθότερο

⁷⁶ Άρθρο 47 ν. 2071/1992 «Περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας».

⁷⁷ Άρθρο 12 παρ. 1 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005).

⁷⁸ Καράμπελας Λ., (1987), ό.π., σ. 50.

⁷⁹ Κατρούγκαλος Γ., (1993), ό.π., σ. 94, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σ. 220.

⁸⁰ Σημειωτέον ότι στην περίπτωση όπου διατηρείται στη ζωή ο ασθενής που πάσχει από ανίατη ασθένεια δια της παροχής εξαιρετικών φροντίδων χωρίς τις οποίες θα πέθαινε, ονομάζεται δυσθανασία, όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

είναι να δεχτούμε ότι υποχρέωση παρέμβασης των γιατρών εξακολουθεί να υπάρχει μέχρι του χρονικού σημείου που μπορεί να διατηρηθεί η φυσική-βιολογική λειτουργία του οργανισμού και λήγει όταν αυτή δεν είναι εφικτή. Με άλλα λόγια ο γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να κρατά τον ασθενή στη ζωή με κάθε τίμημα όταν δεν προβλέπεται ότι μπορεί ο οργανισμός να ξαναλειτουργήσει με φυσικό τρόπο⁸¹. Ουσιαστικά μιλάμε για τον εγκεφαλικό θάνατο, οπότε και με βάση τα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής, ακόμη κι αν διατηρούνται κάποιες ή όλες οι ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού, η παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου αρκεί για την πιστοποίηση του θανάτου και στην περίπτωση αυτή δε φέρουν καμία ποινική ευθύνη οι γιατροί που απέχουν από ιατρικές παρεμβάσεις, διότι το θύμα είναι ήδη νεκρό⁸².

2.2.6. Η ευθανασία και το άρθρο 301 του ΠΚ

Συμμετοχή σε αυτοκτονία (ΠΚ 301)

Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση.

Στην πρακτική δεν είναι ασυνήθης η μέθοδος θανάτωσης του θνήσκοντος με την παροχή των μέσων θανάτωσης από το δράστη, ιδίως γιατρό οπότε και έχουμε περίπτωση ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Στη συνέχεια, πολλές φορές και με την καθοδήγηση του γιατρού αυτού, τα μέσα θανάτωσης τα χρησιμοποιεί ο ίδιος ο πάσχων. Κατά σύστημα, ο γιατρός Jack Kenorkian προετοίμαζε τα θανατηφόρα του φάρμακα στη συσκευή του, της οποίας το διακόπτη άνοιγε μόνος του ο πάσχων.

Η πράξη της παρούσας διάταξης διαφέρει από εκείνη της ανθρωποκτονίας με συναίνεση του άρθρου 300 ΠΚ, διότι ενώ στο α. 300 η κύρια υλική πράξη είναι έργο του δράστη, στην παρούσα περίπτωση αυτή είναι έργο του θύματος. Επίσης αποτελεί τη «λιγότερο απορριπτέα» μορφή πρακτικής ενεργητικής ευθανασίας και φαίνεται να τυγχάνει ευρείας και αυξανόμενης αποδοχής από τον ιατρικό κόσμο, κυρίως στο χώρο του αγγλοσαξωνικού δικαίου⁸³.

⁸¹ Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σ. 155.

⁸² Ανδρουλάκης Ν., (1974), ό.π., σ. 27, Μαραγκάκη Ε., (2001), ό.π., σ. 61.

⁸³ Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 668-672, Ανδρουλάκης Ν., (1974), ό.π., σσ. 29-35, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ό.π., σ. 470, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σ. 1230.

2.3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Στο πλαίσιο της ιατρικής δεοντολογίας, κανένα κείμενο δεν έχει διατηρήσει τόση αίγλη μέσα στους αιώνες όσο ο περίφημος «Όρκος του Ιπποκράτη». Γενεές και γενεές ιατρών έχουν γαλουχηθεί και δικαίως, με σεβασμό για το κείμενο αυτό. Για την αποτίμηση όμως σύγχρονων ευαισθησιών, όπως είναι και η συζήτηση γύρω από το θέμα της αναγνώρισης ενός δικαιώματος στην ευθανασία, είναι χρήσιμο να επισημάνουμε κάποια σημεία ριζικής απομάκρυνσης από τις επιταγές του κειμένου αυτού. Γιατί αυτές οι απομακρύνσεις φωτίζουν την ανάπτυξη κάποιων δικαιωμάτων του ανθρώπου που τότε δεν είχαν τη θέση που σήμερα κατέχουν στις συνειδήσεις⁸⁴. Μία νομική ρύθμιση, καθιερωμένη σήμερα, που απομακρύνεται από το γράμμα του Ιπποκράτη, είναι η απαγόρευση της (ενεργητικής) ευθανασίας. «*Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε*» (Μετάφραση: Δε θα δώσω σε κανέναν θανάσιμο φάρμακο, όταν το ζητήσει, ούτε θα συμβουλευσω κάτι τέτοιο) αναφέρουν οι σειρές 15 και 16 του Όρκου, καταδικάζοντας έτσι κάθε περίπτωση ευθανασίας⁸⁵.

Όπως είδαμε ήδη, κάποια κοινωνική ανοχή της ευθανασίας με τη μορφή της συμπαράστασης στην αυτοκτονία δείχνουν οι διατάξεις του ΠΚ που αφορούν την ανθρωποκτονία με συναίνεση και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία. Ας εξετάσουμε τώρα τη θέση του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που τέθηκε σε ισχύ με το Νόμο 3418/2005 και που η σχετική προβληματική αναπτύσσεται στο άρθρο 29⁸⁶.

Στο κείμενο του άρθρου ορίζεται:

«1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτή την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.

⁸⁴ Κουμάντος Γ., (2007), Από τον Ιπποκράτη στις μέρες μας, *Η Καθημερινή*, 18/03/2007.

⁸⁵ Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.), (2000), ό.π., σ. 38.

⁸⁶ Κωνσταντινίδης Π., (2007), ό.π., σσ. 30-32.

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.
3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου».

Σε ένα πρώτο στάδιο, παρατηρούμε ότι ο ΚΙΔ, απαγορεύει στην παρ. 3 τη διενέργεια πράξεων που στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου, τις πράξεις δηλαδή ενεργητικής ευθανασίας, ακόμη κι αν αυτή είναι η επιθυμία του ασθενή⁸⁷. Με μια πιο προσεκτική ανάγνωση όμως και σε συνδυασμό με την παρ. 2, που επιβάλλει σεβασμό της επιθυμίας του ασθενή, φαίνεται ότι ο θεράπων ιατρός μπορεί, σύμφωνα με την επιθυμία του ασθενή του που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, να προβεί σε ενέργειες που αποτελούν π.χ. διακοπή της παρεχόμενης στον ασθενή παράτασης ζωής, αρκεί να μην υπάρχει πρόθεση θανάτωσης. Πρόκειται ουσιαστικά για καθιέρωση της καθαρής (pura) ευθανασίας, δηλαδή της παροχής βοήθειας κατά τον θάνατο και όχι προς το θάνατο, η οποία όπως προαναφέρθηκε, δεν διώκεται ποινικά. Τα παραπάνω ενισχύονται και από τη *σοβαρή καινοτομία* που εισάγει ο Κώδικας στην παρ. 1. Υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς, καθιερώνει τον κανόνα που δεσμεύει το γιατρό να ακολουθεί «*παρηγορητική*» αγωγή (palliative care-soins palliatifs), όταν εξαντληθούν όλα τα θεραπευτικά περιθώρια. Αυτό σημαίνει δύο παραδοχές του νομοθέτη: α) μια ασθένεια μπορεί να είναι τόσο σοβαρή και μοιραία, ώστε αντικειμενικά καμία ιατρική αγωγή να μην είναι ικανή να ωφελήσει τον ασθενή και β) αφού ισχύει η παραδοχή αυτή, ο γιατρός έχει υποχρέωση να εγκαταλείψει την ανώφελη αγωγή και να στραφεί και περιοριστεί προς την ανακούφιση των πόνων και των ταλαιπωριών του ασθενούς του.

2.4. ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Τέλος, οι πιο πρόσφατες εξελίξεις στη χώρα μας σχετικά με την προβληματική γύρω από την ευθανασία, μετά τη θέσπιση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας το

⁸⁷ Η ρύθμιση είναι σύμφωνη και με όσα προβλέπει ο ΠΚ στο αρθρ. 300, που χαρακτηρίζει μια τέτοια πράξη του γιατρού ως πλημμέλημα.

2005, έρχονται από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής⁸⁸. Η Επιτροπή ιδρύθηκε το 1998 και ασκεί αποκλειστικά συμβουλευτικές αρμοδιότητες, απευθυνόμενη, είτε με δική της πρωτοβουλία είτε εφόσον της ζητηθεί, προς οποιοδήποτε όργανο της Πολιτείας. Αποστολή της είναι η ανάδειξη της στενής σύνδεσης των εφαρμογών των βιολογικών επιστημών με τις σύγχρονες κοινωνικές αξίες. Αναγκαία στοιχεία αυτής της αποστολής είναι τόσο η έγκυρη ενημέρωση των πολιτών, όσο και η κατάλληλη υποστήριξη των συναφών κρατικών πολιτικών. Στο πλαίσιο αυτό, η Επιτροπή παρακολουθεί και επεξεργάζεται τα ηθικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν με εντεινόμενο ρυθμό από την διαρκή εξέλιξη της βιολογίας, της βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εκδίδοντας σχετικές εισηγήσεις.

Το 2006, λοιπόν, συνεδρίασε ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου της και εξέδωσε εισήγηση προτείνοντας ένα ηθικό και νομικό πλαίσιο λήψης αποφάσεων για τη συνέχιση ή τη διακοπή της τεχνητής παράτασης της ζωής ενός ανθρώπου, σε μια περίοδο μάλιστα προβληματισμών μετά από διεθνείς δικαστικές αποφάσεις (D. Pretty, T. Schiavo) και εν όψει του άρθρου 29 του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας περί «ιατρικών αποφάσεων στο τέλος της ζωής». Στο σώμα της εισήγησης, γίνεται λόγος για την ιδιαίτερη προβληματική που ανακύπτει όταν στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού μπορούν να παρατείνονται τεχνητά, χωρίς όμως να αναμένεται κάποιο θεραπευτικό όφελος. Μάλιστα, παρόλο που οι περιπτώσεις που προσπαθεί να αντιμετωπίσει η Επιτροπή εμπίπτουν στην έννοια της ευθανασίας, δε γίνεται καμιά αναφορά στον όρο, ούτε υιοθετείται κάποια σαφής θέση.

Η Επιτροπή, λοιπόν, στην εισήγησή της⁸⁹, αναφέρει την άποψη της για τις ακόλουθες θεματικές:

- *Λήψη αποφάσεων για ιατρική περίθαλψη ασθενών σε μη αναστρέψιμο στάδιο:* Πρέπει να λαμβάνεται από τον ασθενή ή από τους οικείους του, αν εκείνος δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη γνώμη του.

- *Υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς:* Η απόφαση του ασθενούς για την περίθαλψη του πρέπει να λαμβάνεται κατόπιν κατάλληλης ενημέρωσης από το θεράποντα ιατρό

⁸⁸ Ο δικτυακός της τόπος είναι: www.bioethics.gr

⁸⁹ Η εισήγηση σε ηλεκτρονική μορφή βρίσκεται στο: http://www.bioethics.gr/media/pdf/recommendations/rec_apl_gr.pdf

(συναίνεση ύστερα από ενημέρωση⁹⁰). Η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και σαφής προς τον ασθενή τελικού ή μη σταδίου (ή στους οικείους του), ενώ σε καμία περίπτωση δεν εγκαταλείπεται ο ασθενής, ακόμη κι αν διαπιστωθεί ότι περαιτέρω αγωγή είναι «ιατρικώς μάταιη». Αντίθετα, ο θεράπων έχει, κατά την Επιτροπή, ηθική και νομική υποχρέωση να ανακουφίσει τον ασθενή με την κατάλληλη αγωγή (palliative care), αποδεχόμενος τον επικείμενο θάνατο.

-Σύγκρουση απόψεων για τη λήψη απόφασης: Κατά το στάδιο που προηγείται της λήψης απόφασης για τεχνητή παράταση ζωής ή όχι, ενδέχεται να προκύψουν συγκρούσεις απόψεων μεταξύ ιατρού-ασθενούς ή ιατρού-οικείων ή οικείων μεταξύ τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, αναφέρει η Επιτροπή, συνιστάται η λήψη γνώμης δεύτερου γιατρού ή συμβουλευτικής επιτροπής και αν δεν υπάρξει συμβιβασμός, τότε ο γιατρός έχει το δικαίωμα να αποχωρήσει, να παραιτηθεί, εξασφαλίζοντας όμως τη συνέχεια της παρακολούθησης και της φροντίδας του ασθενούς. Μάλιστα, σε περίπτωση αντίθεσης των οικείων μεταξύ τους, η Επιτροπή προκρίνει ως ενδεδειγμένο τον ορισμό από τον ασθενή, σε κατάλληλο χρόνο, ειδικού αντιπροσώπου του για τα λεπτά αυτά ζητήματα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο κείμενο της εισήγησης αναφέρεται και η γνώμη του ενός μειοψηφούντος μέλους της Επιτροπής, το οποίο θεωρεί την εισήγηση ως μη συμβάλλουσα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την τεχνητή παράταση της ζωής. Θεωρεί ακόμη πως περιέχονται σε αυτήν ασαφείς όροι και πως η Επιτροπή θα πρέπει να λάβει θέση και για το ζήτημα της ευθανασίας, στο οποίο εμπίπτει η γενικότερη προβληματική.

2.5. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

Η ελληνική νομολογία σχετικά με την ευθανασία ή την ανθρωποκτονία εξ οίκτου δεν είναι πλούσια. Άλλωστε και η συζήτηση στη χώρα μας για την ευθανασία δεν είναι ιδιαίτερα ζωντανή όπως σε άλλες χώρες. Παρακάτω εκτίθενται το ιστορικό μιας υπόθεσης και της εκδοθείσας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας δικαστικής

⁹⁰ Πρόβλεπεται σαφώς στο αρθρ. 12 του ΚΙΔ.

απόφασης, ενός βουλεύματος, όπως και δύο περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί στον ελληνικό τύπο και απέκτησαν δημοσιότητα.

Το Πλημμελειοδικείο Χίου με την υπ' αριθμ. 57/1986 απόφαση⁹¹ έκρινε ότι δε χωρούσε εφαρμογή του α. 300 ΠΚ, αλλά του α. 299 στην περίπτωση ενός πατέρα που θανάτωσε το γιο του, ενώ αυτός κοιμόταν, πλήττοντάς τον με μαχαίρι στην καρδιά. Με το ίδιο μαχαίρι δοκίμασε έπειτα να αυτοκτονήσει αλλά χωρίς επιτυχία. Ο γιος έπασχε από ψυχική νόσο, εξαιτίας της οποίας είχε νοσηλευτεί πάνω από δέκα φορές σε κλινική των Αθηνών και στο 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, η δε νόσος του είχε χαρακτηριστεί ως «ανίατη». Το παιδί έβριζε, απειλούσε τον πατέρα και επίμονα ζητούσε να τον «γλιτώσει από τα βάσανά του». Ο πατέρας κατέθεσε στο δικαστήριο ότι από υπερβολική αγάπη και οίκτο για το γιο του και λόγω της επιδείνωσης της κατάστασής του, αποφάσισε να τον θανατώσει. Το Πρωτοβάθμιο Δικαστήριο δεν πείστηκε ότι ο κατηγορούμενος διέπραξε το φόνο από οίκτο, διότι στην προανάκριση είχε αρνηθεί ότι αυτός σκότωσε το γιο του και αργότερα ισχυρίστηκε ότι το έκανε από άμυνα. Άλλωστε, σύμφωνα με το σκεπτικό του δικαστηρίου, δεν υπήρχε σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος, διότι κατά το κρίσιμο διάστημα είχε χάσει τη συνείδηση της σημασίας των όσων έλεγε. Σημειωτέον ότι το Δικαστήριο χαρακτήρισε την ανθρωποκτονία εν συναινέσει «έγκλημα ιδιώνυμο». Επίσης, διατύπωσε την άποψη ότι δεν είναι αναγκαίο ο πάσχων να είναι ικανός για καταλογισμό.

Η απόφαση αυτή εξαφανίστηκε με την υπ' αριθμ. 6/1986 απόφαση του Εφετείου Αιγαίου⁹², το οποίο εκτίμησε διαφορετικά τις μαρτυρικές καταθέσεις και αποφάσισε ότι συνέδραμε το υποκειμενικό στοιχείο του οίκτου του δράστου προς το θύμα. Άλλωστε η ανίατος πάθηση δεν είναι μόνο σωματική, αλλά μπορεί να είναι και ψυχική, χωρίς να αποκλείεται πάσχων από ψυχική νόσο να μπορεί να εκφράσει την αληθή του βούληση. Κατόπιν τούτων, το Δικαστήριο διέταξε περαιτέρω ανάκριση για να βεβαιωθεί ότι η ασθένεια του θύματος ήταν ανίατη.

Σχετικό είναι και το βούλευμα 796/1993 του Πλημμελειοδικείου Πειραιά⁹³, με το οποίο απηλλάγη ο γιατρός που είχε την ευθύνη παρακολούθησης ασθενούς σε νοσηλευτικό ίδρυμα, με την αιτιολογία ότι ο «παθών» προσπαθούσε προφανώς να

⁹¹ Ποινικά Χρονικά 1987, τομ. ΛΖ', σ. 244.

⁹² Ποινικά Χρονικά 1987, τομ. ΛΖ', σ. 241.

⁹³ Αρχείο Νομολογίας 1993, τομ. ΜΔ', σ. 641.

καταλύσει τη ζωή του με οποιονδήποτε τρόπο, αφού ούτε οι οδύνες από τον αυτοτραυματισμό του μπόρεσαν να κάμψουν την απόφασή του αυτή. Το γεγονός εξάλλου ότι η αυτοκτονία έλαβε χώρα το μήνα Αύγουστο, όταν επικρατούσε αφόρητος καύσωνας, δικαιολογεί τη διατήρηση του παραθύρου του δωματίου όπου νοσηλευόταν, ανοικτού, από το οποίο παράθυρο ρίχθηκε στο κενό και απεβίωσε.

Άξια αναφοράς είναι και η περίπτωση ήταν Ματθαίου Μονσελά⁹⁴, η οποία έλαβε διαστάσεις στον ελληνικό τύπο. Ο Μονσελάς πυροβόλησε και σκότωσε την οδοντίατρο Γιόλα Βαγενά, μετά την επίμονη παράκλησή της να τη «λυτρώσει» με αυτό τον τρόπο από την ερωτική απογοήτευση που βίωνε. Η υπερασπιστική του γραμμή απέβλεπε σε υπαγωγή της ανθρωποκτονίας που είχε συντελεστεί στο άρθρο 300 ΠΚ (ανθρωποκτονία με συναίνεση), καταδικάστηκε όμως τελικά για κοινή ανθρωποκτονία εκ προθέσεως με πολλά ελαφρυντικά, κυρίως εκείνο του προτέρου εντίμου βίου, σε κάθειρξη 12 ετών⁹⁵.

Μια ακόμη πρόσφατη υπόθεση σχετικά με ενδεχόμενη ευθανασία σε ασθενή που νοσηλευόταν στο νοσοκομείο Χανίων είχε αναστατώσει τις υγειονομικές αρχές της χώρας το Σεπτέμβριο του 2006. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο διοικητής του νοσοκομείου δέχθηκε επώνυμη καταγγελία για ευθανασία ηλικιωμένης ασθενούς στη Μονάδα Εμφραγμάτων από νοσηλεύτη με ένεση καλίου. Πληροφορίες ανέφεραν ότι ο νοσηλευτής είχε παραδεχθεί την πράξη του, διότι αυτό θεώρησε ότι ήταν το καλύτερο για την ασθενή. Η υπόθεση βρίσκεται ακόμη στο στάδιο της έρευνας, αφού η διοίκηση του νοσοκομείου διέταξε Ένορκη Διοικητική Εξέταση για τη διερεύνηση των αιτιών θανάτου της ηλικιωμένης και του ενδεχομένου ο νοσηλευτής να έχει κάνει ευθανασία και σε άλλους νοσηλευόμενους του ιδρύματος⁹⁶. Από τη νεκροψία πάντως που διενεργήθηκε στη σορό του θύματος δεν προέκυψαν στοιχεία που να παραπέμπουν σε πράξη ευθανασίας και όλες οι ενδείξεις συνηγορούν υπέρ του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως.

⁹⁴ Λεπτομέρειες για τη δίκη Μονσελά περιέχονται στο βιβλίο: Τσιγκρής Α., (2001), Πολύκροτες δίκες. Τα εγκλήματα που συγκλόνισαν την Ελλάδα, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας.

⁹⁵ Βλ. σχετικά Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (2000), ό.π., σ. 77 και Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σ. 118.

⁹⁶ Συγκλονίζει καταγγελία για ευθανασία, *Καθημερινή*, 23/09/2006, Κώνστας Γ., (2006), Ψάχνουν θανάτους στις βάρδιες του νοσηλευτή, *Τα Νέα*, 23/09/2006.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ**3.1. ΓΕΝΙΚΑ**

Με τη σύγχρονη έννοιά της, αυτήν του θανάτου που προκαλείται με πράξη με σκοπό να απαλύνει τον πόνο ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο ή ενός θνήσκοντος, η ευθανασία απαγορεύεται και στο γαλλικό δίκαιο και *εξομοιούται με ανθρωποκτονία*, χωρίς να υπάρχει ωστόσο σχετική διάταξη που να αναφέρεται σε αυτήν. Επίσης, όπως και στη χώρα μας, ρητή αναφορά του όρου υπάρχει μόνο στο σχετικό νόμο για την ευθανασία των ζώων⁹⁷. Η σχετική *συζήτηση* για την ευθανασία είναι *πιο έντονη* στη χώρα ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, όταν προέκυψαν συγκεκριμένες υποθέσεις που απασχόλησαν τη δικαιοσύνη και τη νομολογία για το ζήτημα της ευθανασίας και ευαισθητοποίησαν την κοινή γνώμη, αλλά και τους πολιτικούς και τους επαγγελματίες υγείας ακόμη περισσότερο. Μάλιστα, το Σεπτέμβριο του 2007, έγινε γνωστό ότι η γαλλίδα κωμική ηθοποιός Maïa Simon, προτίμησε την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ταξιδεύοντας στην Ελβετία για να θέσει τέρμα στη ζωή της χτυπημένη από τον καρκίνο⁹⁸. Σε επιστολή της μίλησε για τη γαλλική «υποκρισία» και τα ταμπού γύρω από το θέμα της ευθανασίας και του τέλους της ζωής, ανακινώντας και πάλι ποικίλες συζητήσεις για την επάρκεια ή μη του νομικού καθεστώτος της Γαλλίας και την ανάγκη αλλαγών. Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι και στη Γαλλία υπάρχει χάσμα (décalage) ανάμεσα στη νομική αντιμετώπιση του θέματος και στην άποψη της κοινής γνώμης, σύμφωνα με σχετικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί κατά καιρούς. Συγκεκριμένα, οι Γάλλοι είναι ιδιαίτερος ευαισθητοποιημένοι και η πλειοψηφία δηλώνει υπέρ της ευθανασίας με αυστηρές πάντα προϋποθέσεις, ενώ μεγάλο φαίνεται και το ποσοστό των γιατρών που δηλώνουν ότι έχουν αντιληφθεί ή έχουν συμμετάσχει οι ίδιοι σε πράξεις ευθανασίας⁹⁹.

⁹⁷ «Loi No 99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux». Πηγή: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=AGR9800014L>

⁹⁸ Duparc A., (2007), Nouveau suicide assisté d'une Française en Suisse, *Le Monde*, 22/09/2007.

⁹⁹ Βλ. σχετικά τους δικτυακούς τόπους εταιριών δημοσκοπήσεων: <http://www.ipsos.fr/canalipsos/index.asp>, http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/150307_euthanasie_r.htm, <http://www.ifop.com/europe/sondages/opinionf/euthanasie.asp>

Στη Γαλλία, η ατομική ελευθερία διακηρύσσεται στα άρθρα 1, 2 και 4 της Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη¹⁰⁰. Το προοίμιο του Συντάγματος του 1946¹⁰¹ επανέλαβε τα θεμελιώδη δικαιώματα του ατόμου, από όπου προκύπτει ότι η προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αποτελεί αρχή συνταγματικής ισχύος. Ομοίως και το Σύνταγμα της 4 Οκτωβρίου 1958¹⁰². Όσον αφορά το κοινό δίκαιο, ο Αστικός Κώδικας¹⁰³ προσδιορίζει την προστασία της αξιοπρέπειας του ανθρώπου στα άρθρα 16, 16-1 και 16-3. Το τελευταίο μάλιστα άρθρο αναφέρεται έμμεσα στις πρακτικές ευθανασίας, όταν αυτές προσβάλλουν βάναυσα τη σωματική ακεραιότητα του ανθρώπου, οπότε και δε μπορούν να δικαιολογηθούν από καμία ανάγκη ιατρικής παρέμβασης¹⁰⁴. Τα άρθρα 16 και 16-1 από την άλλη, εξασφαλίζουν την προτεραιότητα που πρέπει να δίνεται στην προστασία του ατόμου, της ακεραιότητάς του και της αξιοπρέπειάς του.

Αυτό ήταν ένα συνοπτικό, γενικό πλαίσιο της προστασίας που επιφυλάσσει στη ζωή, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ακεραιότητα το γαλλικό συνταγματικό και αστικό δίκαιο¹⁰⁵, ζητήματα που άπτονται της προβληματικής για την ευθανασία. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν, όπως έγινε και στην περίπτωση της Ελλάδας, οι διατάξεις του γαλλικού ποινικού δικαίου για την ευθανασία, η πρόσφατη γαλλική νομοθεσία σχετικά με το τέλος της ζωής, που παρόμοιά της απουσιάζει από την Ελλάδα και που περιλαμβάνει το νόμο για την παρηγορητική φροντίδα στους ασθενείς, το Νόμο για τα δικαιώματα των ασθενών της 4 Μαρτίου του 2002 και

¹⁰⁰ Άρθρ. 1: «Οι άνθρωποι γεννιούνται και παραμένουν ελεύθεροι και ίσοι ως προς τα δικαιώματα...». Άρθρ. 2: «Σκοπός κάθε πολιτικής ένωσης είναι η διατήρηση των φυσικών και απαράγραπτων δικαιωμάτων του ανθρώπου. Αυτά τα δικαιώματα είναι η ελευθερία, η ιδιοκτησία, η ασφάλεια και η αντίσταση στην τυραννία». Άρθρ. 4: «Η ελευθερία συνίσταται στο να μπορεί κανείς να κάνει οτιδήποτε δε βλάπτει τον άλλον: έτσι, η άσκηση των φυσικών δικαιωμάτων κάθε ανθρώπου δεν έχει άλλα όρια παρά μόνο εκείνα που εξασφαλίζουν στα άλλα μέλη της κοινωνίας την απόλαυση των ίδιων δικαιωμάτων...».

¹⁰¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/html/constitution/const02.htm>

¹⁰² <http://www.legifrance.gouv.fr/html/constitution/constitution2.htm>

¹⁰³ <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/RechercheSimplePartieCode;jsessionid=HGeAWMIXEYVkXhdDtpGXJdBXff5KU6Xvq5rzmvU8Q2M252BDX3Pq!-1085704527!iwsspad.legifrance.tours.ort.fr!10038!-1!1581042261!iwsspad3.legifrance.tours.ort.fr!10038!-1?commun=&code=CCIVILL0.rcv>

¹⁰⁴ Άρθρ. 16-3: «Απαγορεύεται κάθε προσβολή της ακεραιότητας του ανθρώπινου σώματος, πλην περιπτώσεως θεραπευτικής ανάγκης για τον άνθρωπο ή κατ' εξαίρεση για το θεραπευτικό συμφέρον τρίτου. Η προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς είναι υποχρεωτική εκτός από την περίπτωση που η κατάστασή του καθιστά αναγκαία χειρουργική επέμβαση».

¹⁰⁵ Borenne-Michaut J., (2004), La légalisation de l'euthanasie comme réponse au débat sur la fin de vie?, Mémoire présenté dans le cadre du DEA de sciences pénales et sciences criminologiques de l'Université de Droit, d' Economie et des Sciences D' Aix-Marseille, p. 11.

φυσικά το νέο, καινοτόμο Νόμο υπ' αριθμ. 370-2005 της 22 Απριλίου 2005 σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής. Ακολουθως, παρατίθενται η θέση του γαλλικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας στο ζήτημα των πράξεων ευθανασίας από τους γιατρούς και εκείνη της Εθνικής Συμβουλευτικής Επιτροπής Ηθικής¹⁰⁶ και τέλος κάποιες περιπτώσεις που απασχόλησαν τη γαλλική νομολογία και που είναι άξιες αναφοράς.

3.2. ΟΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

Ο νέος γαλλικός Ποινικός Κώδικας¹⁰⁷, όπως και ο προηγούμενος, δεν περιέχει ρητή διάταξη για την ευθανασία, αλλά είναι αρκετά αυστηρός και κατασταλτικός στις κυρώσεις του, χωρίς να αναγνωρίζει ελαφρυντικές περιστάσεις, όπως ο οίκτος, η συμπόνια, η προηγούμενη συναίνεση του θύματος κ.λπ.¹⁰⁸. Η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία εξομοιώνονται με τα αδικήματα της ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως απλής ή εκ προμελέτης ή της δηλητηρίασης, ενώ η παθητική ευθανασία, η τέλεση δηλαδή πράξης με παράλειψη στοιχειοθετεί το αδίκημα της παράλειψης προσφοράς βοήθειας σε άνθρωπο που βρίσκεται σε κίνδυνο. Επίσης, ενδέχεται να στοιχειοθετείται και το αδίκημα πρόκλησης αυτοκτονίας¹⁰⁹. Βέβαια, αν και το κίνητρο του δράστη είναι αδιάφορο για τον ποινικό νομοθέτη, η ποινή επιβάλλεται ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες υπό τις οποίες τελέστηκε η πράξη και ανάλογα με την προσωπικότητα του δράστη (αρθρ. 132-24 ΠΚ). Πιο αναλυτικά, οι διατάξεις του γαλλικού ποινικού δικαίου που αφορούν την ευθανασία είναι οι εξής:

¹⁰⁶ Comité Consultatif National d' Ethique – CCNE.

¹⁰⁷ Το κείμενο του Ποινικού Κώδικα βρίσκεται εδώ: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/RechercheSimplePartieCode?commun=CPENAL&code=CPENALL.L.rcv>

¹⁰⁸ Girault C., (2000), Le droit à l'épreuve des pratiques euthanasiques, Université Paris XI, p. 294, Gonzalez F., (1995), L' euthanasie en France: Un problème juridique et social, Problèmes actuels de science criminelle, vol. VII, Presses universitaires d' Aix-Marseille, pp. 106 επ., Paillot J., (2004), L' euthanasie et le Droit, Note d' analyse critique, Transcription d' une conférence donnée au colloque de bioethique de Paray-le-Monial le 13 novembre 2004, Centre Français pour la Justice et les Droits fondamentaux, pp. 12-15 με πηγή το δικτυακό τόπο <http://www.cfjd.org/>

¹⁰⁹ Aurenche S., (1999), L' euthanasie, la fin d' un tabou?, éd. ESF, p. 43.

3.2.1. Ενεργητική ευθανασία

♣ Άρθρο 221-1: «Όποιος θανατώσει άλλον με πρόθεση τελεί ανθρωποκτονία. Τιμωρείται με τριάντα χρόνια κάθειρξη».¹¹⁰

Όταν πραγματοποιείται από κάποιον τρίτο (συγγενή, οικείο, γιατρό, νοσοκόμο) με πρόθεση (δόλος), η ευθανασία αποτελεί μια θετική πράξη με σκοπό να προκαλέσει το θάνατο στο θύμα, αποτελεί δηλαδή ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, όπως άλλωστε και στη χώρα μας. Το κίνητρο της πράξης είναι *αδιάφορο* για το γαλλικό ποινικό δίκαιο¹¹¹. Για να στοιχειοθετηθεί η ανθρωποκτονία πρέπει το θύμα να είναι άνθρωπος εν ζωή και συνεπώς δε νοείται ανθρωποκτονία αν το θύμα είναι π.χ. εγκεφαλικό νεκρό. Απαιτείται επίσης *σχέση αιτιώδους συνάφειας* μεταξύ πράξης και θανάτου (αποτελέσματος)¹¹². Επίσης, η συναίνεση του θύματος δεν αποτελεί ελαφρυντικό παράγοντα για την επιβολή της ποινής¹¹³. Αξίζει να αναφερθεί, τέλος, ότι το άρθρο 221-4 προβλέπει *επιβαρυντικές περιστάσεις*, οι οποίες επιφέρουν την ποινή της ισόβιας κάθειρξης. Τέτοια ποινή επιφυλάσσεται, λοιπόν, σε περίπτωση που η ανθρωποκτονία στρέφεται π.χ. κατά ανηλίκου κάτω των 15 ετών ή κατά ατόμου του οποίου η σωματική ή ψυχική ανικανότητα και η αναπηρία ήταν εμφανείς ή εκ των προτέρων γνωστές στο δράστη.

♣ Άρθρο 221-3: «Ο φόνος που πραγματοποιείται εκ προμελέτης αποτελεί ανθρωποκτονία εκ προμελέτης. Τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη».¹¹⁴

Στην περίπτωση αυτή, αν η ανθρωποκτονία έχει τελεστεί εκ προμελέτης, αν δηλαδή ο δράστης δεν πράττει εν ψυχρώ αλλά κατόπιν προετοιμασίας, τότε απειλείται με ισόβια κάθειρξη. Η διάκριση μεταξύ ανθρωποκτονίας από πρόθεση (*meurtre*) και ανθρωποκτονίας εκ προμελέτης (*assassinat*) δε γίνεται στο ελληνικό

¹¹⁰ «Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle».

¹¹¹ Dunet-Larousse E., (1998), L' euthanasie: signification et qualification au regard pénal, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, No 2, Avril-Juin, p. 269-270.

¹¹² Duguet A.-M., (2001), Euthanasia and Assistance to end of life legislation in France, *European Journal of Health Law*, vol. 8, pp. 109-123, Cerruti F.-R., (1987), L' euthanasie. Approche médicale et juridique, éd. Privat, p. 238, Ryckewaert G., (2001), Le droit face a l' euthanasie, DEA de droit privé, Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales, Université Lille 2, p. 11.

¹¹³ Salvage P., (1991), Le consentement en Droit pénal, *Revue des Sciences Criminelles*, pp. 699-710.

¹¹⁴ «Le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité».

δίκαιο. Η συνδρομή όμως της επιβαρυντικής περιστάσης της προετοιμασίας της τέλεσης αξιόποινης πράξης οδηγεί, κατά το γάλλο νομοθέτη, σε αυστηρότερη τιμώρηση του αδικήματος. Για το λόγο αυτό απειλείται η ποινή της ισόβιας κάθειρξης.

♣ Άρθρο 221-5: «*Η επίθεση κατά της ζωής άλλου με τη χρήση ή τη χορήγηση ουσιών που μπορούν να επιφέρουν το θάνατο συνιστά δηλητηρίαση και τιμωρείται με τριάντα χρόνια κάθειρξη*».¹¹⁵

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μπορεί να τελεστεί μια πράξη ενεργητικής ευθανασίας, δηλαδή ανθρωποκτονίας, είναι να προσβληθεί το αγαθό της ζωής άλλου με τη *χρήση ή τη χορήγηση θανατηφόρων ουσιών*. Αρκεί μάλιστα οι ουσίες αυτές να είναι ικανές να επιφέρουν το θάνατο, ακόμη κι αν ο ίδιος δεν έχει επέλθει, ενώ άνευ σημασίας είναι και η φύση/σύστασή τους (χημικές, φυτικές κ.λπ.)¹¹⁶. Και σε αυτή την περίπτωση, η οποία εντάσσεται στα εγκλήματα που στρέφονται με πρόθεση κατά της ζωής, η δηλητηρίαση προϋποθέτει το *στοιχείο του δόλου*, της πρόθεσης δηλαδή να επέλθει ο θάνατος.

3.2.2. Παθητική ευθανασία

♣ Άρθρο 223-6 παρ. 2: «*Αυτός που παραλείπει εσκεμμένα να σώσει πρόσωπο από κίνδυνο, ενώ μπορεί να το κάνει με άμεση επέμβασή του ή καλώντας βοήθεια και χωρίς κίνδυνο για τον ίδιο ή για τρίτον, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης 5 ετών και χρηματική ποινή 75.000 Ευρώ*».

Το άρθρο αναφέρεται στην *παράλειψη προσφοράς βοήθειας σε άτομο που βρίσκεται σε κίνδυνο*, με την οποία εξομοιούται η *παθητική ευθανασία*, με την έννοια της αποχής από τη θεραπεία¹¹⁷.

Σημειωτέον ότι η φύση του κινδύνου που απειλεί το θύμα δεν ενδιαφέρει. Αρκεί να πρόκειται για *επικείμενο κίνδυνο, βέβαιο και σοβαρό*, που πρέπει να αποτραπεί άμεσα. Κρίσιμο είναι το *στοιχείο του δόλου* που απαιτείται να συντρέχει

¹¹⁵ «Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle».

¹¹⁶ Borenne-Michaut J., (2004), ό.π., σ. 20.

¹¹⁷ Robin L., (2003), L' euthanasie en Europe, Mémoire présentée pour le DEA de droit pénal et de politique criminelle en Europe, Université Paris 1, pp. 8-9, Ryckewaert G., (2001), ό.π., σ 11, Μαραγκάκη Ε., (2001), ό.π., σσ. 61-63.

στο πρόσωπο του δράστη. Αναλυτικότερα, ο τελευταίος θα πρέπει να έχει γνώση του κινδύνου που απειλεί το θύμα (γνωστικό στοιχείο) και ταυτόχρονα να μην επιθυμεί να προσφέρει βοήθεια (βουλευτικό στοιχείο) είτε αυτοπροσώπως είτε καλώντας βοήθεια

Οι προϋποθέσεις λοιπόν που πρέπει να συντρέχουν για την πλήρωση της υπόστασης του εγκλήματος είναι τέσσερις: η υπαιτιότητα, η απουσία κινδύνου για το δράστη, κίνδυνος για το θύμα και η δυνατότητα παροχής βοήθειας εκ μέρους του δράστη. Επίσης, το πρόσωπο που κινδυνεύει πρέπει να είναι ζωντανό¹¹⁸. «Κίνδυνος» θεωρείται μια «απειλή για τη ζωή, την υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου». Οπότε το ερώτημα που τίθεται είναι: όταν βρισκόμαστε ενώπιον ασθενούς του οποίου η πρόγνωση της κατάστασης υγείας είναι μοιραία, υπάρχει κίνδυνος; Στην περίπτωση αυτή, η αποχή από τεχνικές καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και θεραπείας αποτελεί παράλειψη βοήθειας ατόμου σε κίνδυνο; Πριν την ψήφιση του Νόμου Léonetti σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής, γινόταν από θεωρία και νομολογία η εξής διάκριση:¹¹⁹,

- Αν έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος του ασθενή, δεν υπάρχει αδίκημα.
- Αν ο ασθενής εκφράσει την επιθυμία του να σταματήσουν οι θεραπευτικές προσπάθειες εκ μέρους του γιατρού, ο γιατρός θεωρητικά δεν πρέπει να αθωωθεί, διότι η συναίνεση του θύματος δεν αποτελεί λόγο άρσης ή μείωσης του άδικου χαρακτήρα της πράξης.

Πλέον, το θέμα της παύσης ή μη των ιατρικών επεμβάσεων επί ασθενούς σε τελειωτικό στάδιο επιλύθηκε με το Νόμο Léonetti, τον οποίο θα δούμε παρακάτω αναλυτικά. Το σημαντικό είναι ότι άρθηκε η ανασφάλεια δικαίου και πλέον οι γιατροί δε φοβούνται ενδεχόμενη καταδίκη για παράλειψη βοήθειας σε άνθρωπο που κινδυνεύει.

3.2.3. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία

- ♣ Άρθρο 223-13: Η πρόκληση αυτοκτονίας σε άλλον τιμωρείται με φυλάκιση 3 ετών και με πρόστιμο 45.000 Ευρώ, εφόσον η πράξη την πράξη της πρόκλησης ακολούθησε αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας.

¹¹⁸ Cerruti G.-R., (1987), ό.π., p. 253.

¹¹⁹ Dunet - Larousse E., (2001), ό.π., p. 279.

Αν το θύμα είναι κάτω των 15 ετών, οι ποινές ανέρχονται σε 5 χρόνια φυλάκιση και 75.000 Ευρώ πρόστιμο.

♣ Άρθρο 223-14: *Η προπαγάνδα ή η διαφήμιση, ανεξαρτήτως είδους, υπέρ προϊόντων, αντικειμένων ή μεθόδων που θεωρούνται μέσα πρόκλησης θανάτου, τιμωρείται με φυλάκιση 3 ετών και πρόστιμο 45.000 Ευρώ.*

Όταν η αυτοκτονία είναι υποβοηθούμενη, άμεσα ή όχι, πρόκειται για *ενεργητική ή παθητική ευθανασία*, οπότε και διώκεται ανάλογα. Σε καμία περίπτωση όμως δε μπορεί να γίνει λόγος για συναυτουργία, εφόσον η αυτοκτονία είναι αδιάφορη ποινικά για το γαλλικό δίκαιο, όπως και για το ελληνικό, από το 1791. Μια τέτοια πράξη συνιστά ενδεχομένως ανθρωποκτονία εξ αμελείας ή παράλειψη παροχής βοήθειας σε άτομο που κινδυνεύει.

Όταν όμως παρακινεί κάποιος κάποιον τρίτο να θέσει τέρμα στη ζωή του, ακόμη κι αν προκληθήκε προς αυτό, τότε στοιχειοθετείται το *αδίκημα της «πρόκλησης αυτοκτονίας»*. Η πρόκληση πρέπει να είναι άμεση και να απευθύνεται σε συγκεκριμένο άτομο, είτε παρακινώντας το να προβεί σε πράξη αυτοκτονίας είτε παρέχοντάς του τα μέσα για να το πράξει. Μάλιστα μέχρι το 1987, δεν υπήρχε σχετική πρόβλεψη στο γαλλικό ποινικό δίκαιο με αποτέλεσμα κάποιες πράξεις να μένουν ατιμώρητες. Το κενό αυτό στη νομοθεσία φάνηκε έντονα όταν το 1982 κυκλοφόρησε το βιβλίο «Suicide, mode d'emploi», το οποίο παρείχε πληροφορίες και συμβουλές για μέσα και τρόπους αυτοκτονίας. Με σχετικό νόμο λοιπόν ο νομοθέτης θέσπισε τα αδικήματα της «πρόκλησης αυτοκτονίας» και «προπαγάνδας και διαφήμισης μέσω που μπορούν να προκαλέσουν το θάνατο».

Συνεπώς, ένα άτομο που προκαλεί ηθελημένα το θάνατο σε τρίτον θα τιμωρηθεί για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Όποιος, από την άλλη, αρκείται στο να χορηγήσει σε ασθενή τα κατάλληλα μέσα για να θέσει τέρμα στη ζωή του, μπορεί να τιμωρηθεί με την ελαφρότερη ποινή της πρόκλησης αυτοκτονίας ή κινδυνεύει να καταδικαστεί για μη παροχή βοήθειας σε άτομο που κινδυνεύει.

3.3. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

3.3.1. Ο Νόμος για την Παρηγορητική Φροντίδα: Αντίβαρο της ευθανασίας;

Μια πρόσφατη σχετικά διάκριση στην ιατρική πράξη και επιστήμη είναι αυτή που γίνεται μεταξύ θεραπευτικής και ανακουφιστικής ιατρικής. Στη Γαλλία μάλιστα, ακριβώς αυτή η εφαρμογή και ανάπτυξη της ανακουφιστικής αγωγής συνιστά *αντίβαρο στην τάση νομιμοποίησης της ευθανασίας*. Στη χώρα μας αντίθετα, δεν εντοπίζεται μεγάλο ενδιαφέρον για την προώθηση ενός τέτοιου κλάδου με νομοθετικές ρυθμίσεις.

Ως θεραπευτικές νοούνται οι επεμβατικές αγωγές και καλύπτουν όλο το φάσμα ιατρικών πράξεων, από τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων μέχρι τις χειρουργικές επεμβάσεις. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν επίσης και οι αγωγές που υποστηρίζουν ή συντηρούν ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού (π.χ. καρδιοπνευμονική ανάνηψη, τεχνητή παροχή τροφής και υγρών). Η ανακουφιστική ιατρική¹²⁰ εφαρμόζεται ακριβώς σε αυτές τις περιπτώσεις, όπου δηλαδή ο ασθενής πάσχει από ανίατη νόσο, βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής και επιπλέον κρίνεται ότι οι υποστηρικτικές αγωγές είναι άνευ θεραπευτικού οφέλους ή η επιβάρυνση, που προκαλούν στον ασθενή, υπερτερεί των πιθανών ωφελειών. Η ανακουφιστική ιατρική αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, αλλά και των οικείων του, και επικεντρώνεται στην πρόληψη και απάλειψη των βασάνων του μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, αντιμετώπισης και ελέγχου των συμπτωμάτων του πόνου ή άλλων φυσικών, ψυχολογικών ή πνευματικών αναγκών του ασθενούς. Η ανακουφιστική ιατρική διευκολύνει την διαδικασία αποχαιρετισμού της ζωής, χωρίς να επισπεύδει τον θάνατο (πρόκειται για τη διάκριση μεταξύ *letting die* και *hastening death*)¹²¹. Χαρακτηριστικό μάλιστα είναι το γεγονός ότι η Γαλλία, σε αντίθεση με την Ελλάδα, *πρωτοστατεί* μέχρι σήμερα ανάμεσα στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες στην *ιδέα της υποστηρικτικής ιατρικής* ως ιδεολογία ανθρωπιστικής αντιμετώπισης του

¹²⁰ Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 69-72, Borenne-Michaut J., (2004), ό.π., pp. 55-68, Ryckewaert G., (2001), ό.π., pp. 35-37, Duguet A.-M., (2001), ό.π., pp. 115-117. Αναλυτικές και χρήσιμες πληροφορίες για την ανακουφιστική φροντίδα στη Γαλλία παρατίθενται στο δικτυακό τόπο της Γαλλική Ένωση Συνοδείας και Παρηγορητικής Φροντίδας (Société Française d' accompagnement et des soins palliatifs-SFASP): <http://www.sfap.org/>

¹²¹ Ορισμοί για την ανακουφιστική, παρηγορητική φροντίδα, έχουν διατυπωθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1990, από τη Γαλλική Ένωση Συνοδείας και Παρηγορητικής Φροντίδας (Société française d' accompagnement et des soins palliatifs-SFASP), αλλά και από το νόμο του 1999 για την παρηγορητική αγωγή, όλοι με το ίδιο περίπου περιεχόμενο. Βλ. ακόμη Council of Europe (2003), *Euthanasia, Volume 1-Ethical and Human Aspects*, Council of Europe Publishing, pp. 73-82.

θνήσκοντος ασθενούς, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τη χρησιμότητα της παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας (soins palliatifs), τόσο ενδονοσοκομειακής, όσο και εξωνοσοκομειακής, παρά τα όποια προβλήματα και τις ελλείψεις δομών. Προβάλλεται μάλιστα η παρηγορητική αγωγή ως η καλύτερη εναλλακτική λύση απέναντι στο κίνημα για την αποποινικοποίηση της ευθανασίας. Γενικά, το ενδιαφέρον της Γαλλίας για το τέλος της ζωής και οι σχετικές νομοθετικές πρωτοβουλίες είναι αρκετά καινοτόμες και διαφοροποιούν στο σημείο αυτό τη γαλλική από την ελληνική έννομη τάξη, όπου δεν εντοπίζονται ακόμη τέτοιες προσπάθειες.

Έτσι, ήδη από το 1986, ιδρύθηκαν με σχετική εγκύκλιο¹²², υποστηρικτικές μονάδες κατά του πόνου και οργανώθηκαν στο σύστημα υγείας, ενώ το 1991 η ανακουφιστική φροντίδα εντάχθηκε με νόμο στην αποστολή των νοσοκομείων¹²³, με παράλληλη παροχή υπηρεσιών και στο σπίτι. Ο έντονος αντίλογος όμως για την καλύτερη δυνατή λειτουργία των υποστηρικτικών αυτών μονάδων και την επιμόρφωση του προσωπικού οδήγησε το 1999 στο νόμο 99-477 «για την εξασφάλιση του δικαιώματος πρόσβασης σε παρηγορητική αγωγή»¹²⁴, με τον οποίο εισάγεται για πρώτη φορά μια νέα αντίληψη ιατρικής και ψυχολογικής στήριξης κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής του ανθρώπου, ενώ ακολούθησαν και οι αντίστοιχες τροποποιήσεις του Κώδικα Δημόσιας Υγείας. Ήδη πάντως, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, στο αρθρ. 37, σκιαγραφεί την έννοια της παρηγορητικής φροντίδας όταν απαιτεί από το γιατρό να ανακουφίζει με κάθε τρόπο τον πόνο του ασθενούς. Μερικές από τις σημαντικότερες διατάξεις του εν λόγω νόμου, λοιπόν, αναφέρουν πως:

Κάθε ασθενής που το απαιτεί η κατάστασή του, έχει δικαίωμα ανακουφιστικής φροντίδας και συμπαράστασης, έχει το δικαίωμα να εναντιωθεί σε ιατρική πράξη, ενώ σημαντικό είναι και το γεγονός ότι η ανακουφιστική αγωγή είναι διαρκής και πραγματοποιείται σε νοσοκομείο ή κατ' οίκον από πολυεπιστημονική ομάδα και όχι από γιατρούς συγκεκριμένης ειδικότητας, σεβόμενη πάντα την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (αρθρ. 1). Οι μονάδες υγείας πρέπει να περιλαμβάνουν μονάδες

¹²² Πρόκειται για την εγκύκλιο Laloque «Για την οργάνωση των φροντίδων και τη συμπαράσταση των ασθενών στην τελειωτική νόσο».-

¹²³ «Loi no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière».

¹²⁴ «Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs». Πηγή: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=668313&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1>

παρηγορητικής φροντίδας στα αναπτυξιακά τους σχέδια (αρθρ. 4). Επιτρέπεται η συμπαράσταση στον θνήσκοντα από εκπαιδευμένους εθελοντές, με τρόπο ώστε να διασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η αξιοπρέπεια του ατόμου (αρθρ. 10). Με σκοπό η συνοδεία από τους συγγενείς να γίνει πραγματικό δικαίωμα, προβλέπεται ειδική κατηγορία αδειών από την εργασία, την οποία επωμίζονται οι εργοδότες, για τη συνοδεία των ασθενών κατά την τελειωτική νόσο, διάρκειας 3 μηνών (αρθρ. 11-12). Για την εφαρμογή των ανωτέρω μάλιστα προστέθηκε και σχετική διάταξη στο Γαλλικό Κώδικα Εργασίας¹²⁵.

Το νόμο ακολούθησαν ένα πρώτο σχέδιο για την ανάπτυξη παρηγορητικής αγωγής την τριετία 1999-2001 και ένα δεύτερο εθνικό σχέδιο «για την ανακούφιση από τον πόνο»¹²⁶ την τριετία 2002-2005. Τα βήματα που έχουν γίνει πολλά και σημαντικά. Η προώθηση, βελτίωση και ανάπτυξη την ανακουφιστικής φροντίδας και συμπαράστασης στο θνήσκοντα κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος και προβάλλεται από πολλούς ως η λύση για τη μη αποποινικοποίηση των πράξεων ευθανασίας, χωρίς να λείπει φυσικά και ο αντίλογος. Πρέπει να σημειώσουμε εδώ ωστόσο ότι δεν έχουν λυθεί όλα τα προβλήματα γύρω από την εφαρμογή τέτοιας φροντίδας. Σύμφωνα με σχετική έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2005¹²⁷, η παρηγορητική φροντίδα δεν έχει ακόμη πλήρως ενσωματωθεί στο σύστημα δημόσιας υγείας, κοστίζει ακριβά, εντοπίζονται ανισότητες στην πρόσβαση με αρκετές περιοχές της Γαλλίας να μην καλύπτονται από σχετικά προγράμματα, υπάρχει έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού και υπανάπτυξη των κατ' οίκον υπηρεσιών παροχής ανακουφιστικής φροντίδας σε σχέση με τις αντίστοιχες νοσοκομειακές¹²⁸.

¹²⁵ Το άρθρο 11 του γαλλικού νόμου συμπληρώνει το άρθρο L. 225-15 του Κώδικα Εργασίας (Code du Travail), το κείμενο του οποίου βρίσκεται εδώ: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/RechercheSimpleCode?commun=CTRAVA&code=>

¹²⁶ Plan national anti-douleur.

¹²⁷ Δικτυακός τόπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Παρηγορητική Φροντίδα (European Association of Palliative Care-EAPC): <http://eapcnet.org/download/forPolicy/France.pdf>

¹²⁸ Filbet M., (2003), Mise en pratique des programmes de soins palliatifs en France, *European Journal of Health Law*, vol. 10, pp. 24-25, Poulain P., (1998), The evolution of palliative care in France, *European Journal of Palliative Care*, vol. 5(1), p. 4.

3.3.2. Ο Νόμος 2002-203 για τα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα του συστήματος υγείας

Ο πρώτος νόμος που αφορούσε τα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα του συστήματος υγείας, ψηφίστηκε το Μάρτιο του 2002¹²⁹ και συνιστά ένα νομοθετικό κείμενο χωρίς προηγούμενο στον τομέα του ιατρικού δικαίου, με εξαίρεση βέβαια τον Κώδικα Δημόσιας Υγείας στο σύνολό του. Ο νόμος της 4^{ης} Μαρτίου 2002 συμπληρώνει και αναθεωρεί τόσο τον Κώδικα Δημόσιας Υγείας, όσο και τον Αστικό κώδικα, τον Ποινικό Κώδικα, τον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, τον Εργατικό Κώδικα, τον Κώδικα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Είναι πραγματικά ένα φιλόδοξο νομοθετικό κείμενο, όπως φανερώνει η έκτασή του (126 άρθρα) και η ποικιλία των κανόνων του πάνω σε διάφορα θέματα.

Ειδικά όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών ο νόμος ήταν πολυαναμενόμενος. Χαρακτηριστικά, στην αιτιολογική έκθεσή του αναφέρεται: «Ο νόμος του 2002 ανταποκρίνεται σε μια ισχυρή απαίτηση του κοινού και ειδικά των ανώσεων των ασθενών και των χρηστών του συστήματος υγείας προς όφελος μιας πιο ανθρώπινης ιατρικής και πιο ολοκληρωμένης πολιτικής της υγείας». Πράγματι, η επιβεβαίωση των δικαιωμάτων των ασθενών προσδίδει στο νόμο έναν ανθρώπινο χαρακτήρα¹³⁰.

Ο συγκεκριμένος νόμος δεν «κωδικοποιεί» τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά τα καταγράφει και τα συγκεντρώνει σε ένα ενιαίο κείμενο, καθώς μέχρι τότε ήταν διάσπαρτα στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του 1979 και έπειτα του 1995, στο Νόμο της 20^{ης} Δεκεμβρίου 1988 για την προστασία των ατόμων που μετέχουν σε βιοιατρικές έρευνες, στους νόμους περί Βιοηθικής της 29^{ης} Ιουλίου 1994, στο Διάταγμα της 14^{ης} Ιανουαρίου 1974 σχετικά με τους κανόνες λειτουργίας των νοσοκομειακών κέντρων και των τοπικών νοσοκομείων και τέλος στο Χάρτη του Νοσοκομειακού Ασθενούς του 1995. Με όλα αυτά τα νομοθετικά κείμενα να παραμένουν σε ισχύ στον τομέα που αφορούν, ο Νόμος του 2002 εξυπηρετεί την καλύτερη γνώση των δικαιωμάτων από τους ίδιους τους ασθενείς.

¹²⁹ «Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé». Πηγή: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=588245&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

¹³⁰ Cormier M., (2002), Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, No 40, Septembre 2002, pp. 6-10, Prieur S., (2002), Les droits des patients dans la loi du 4 mars 2002, *Revue General de Droit Medical*, No 8, pp. 119 επ.

Ιδιαίτερης σημασίας για την παρούσα μελέτη είναι η διάταξη του άρθρου 3 του Νόμου, με την οποία εισήχθη στον Κώδικα Δημόσιας Υγείας το άρθρο L. 1110-2, σύμφωνα με την οποία «Ο ασθενής έχει δικαίωμα να γίνεται σεβαστή η αξιοπρέπειά του»¹³¹. Πρόκειται για μια αναμφισβήτητη αρχή, όχι μόνο φιλοσοφική αλλά και νομική, που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, το Ευρωπαϊκό Δίκαιο και, όπως προαναφέρθηκε, από το εσωτερικό γαλλικό δίκαιο (όπως ο γαλλικός ΑΚ). Η έννοια της διάταξης είναι ότι η αξιοπρέπεια είναι ιδιότητα έμφυτη στον άνθρωπο. Ειδικά για το θνήσκοντα ασθενή, έχει την έννοια ότι έχει δικαίωμα να ζήσει τις τελευταίες στιγμές του με αξιοπρέπεια. Βέβαια, αρχικά το Κοινοβούλιο υποστήριξε ότι θα έπρεπε να κατοχυρωθεί και το δικαίωμα του ανθρώπου να «πεθάνει» με αξιοπρέπεια, όμως όπως ήταν φυσικό, εκφράστηκαν αντιρρήσεις, συγκεκριμένα ότι «αν και αντιλαμβανόμαστε τι είναι αξιοπρεπής ζωή, είναι δύσκολο να δώσουμε έναν ορισμό στον αξιοπρεπή θάνατο. Μια τέτοια διάταξη λοιπόν θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως θέληση νομιμοποίησης της ευθανασίας». Κατόπιν αυτής της παρέμβασης, η Γερουσία πρότεινε μια νέα διατύπωση, που συνιστά σήμερα το άρθρο L. 1110-5 εδ. 4 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας, σύμφωνα με το οποίο «επιβάλλεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας η υποχρέωση να χρησιμοποιήσουν όλα τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους για να εξασφαλίσουν στον καθένα μια αξιοπρεπή ζωή μέχρι το θάνατο»¹³².

Τέλος, ο νέος νόμος περιείχε διατάξεις που όριζαν ως αρχές το δικαίωμά του ασθενούς να ενημερώνεται για την κατάσταση της υγείας του¹³³, να έχει πλήρη πρόσβαση σε παρηγορητική φροντίδα¹³⁴ και να λαμβάνει ο ίδιος τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του δίνοντας τη συγκατάθεσή του για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης¹³⁵.

¹³¹ Article L1110-2: «La personne malade a droit au respect de sa dignité».

¹³² Article L1110-5: «Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort».

¹³³ Άρθρ. L. 1111-2 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας.

¹³⁴ Άρθρ. L. 1110-5 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας.

¹³⁵ Άρθρ. L. 1111-4 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας.

3.3.3. Ο Νόμος 2005-370 για τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής

Ο δεύτερος σημαντικός νόμος σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής¹³⁶ ήρθε τρία χρόνια αργότερα, στις 22 Απριλίου 2002, και υπήρξε καινοτόμος για τα δεδομένα της Γαλλίας, σε σημείο μάλιστα που κάποιοι μίλησαν για μια *έμμεση νομιμοποίηση της παθητικής ευθανασίας*, δηλαδή της διακοπής ή της μη εφαρμογής ιατρικής θεραπευτικής αγωγής που υποστηρίζει και παρατείνει τη φθίνουσα ζωή¹³⁷. Ψηφίστηκε μέσα σε ένα πλαίσιο *συζητήσεων, κινητοποίησης και ευαισθητοποίησης* γύρω από το θέμα της ευθανασίας, αφού είχε προηγηθεί και η συγκινητική ιστορία του νεαρού τετραπληγικού Vincent Humbert, που διεκδικούσε το δικαίωμά του στο θάνατο και είχε γίνει εκείνη την περίοδο το έμβλημα του κινήματος υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Το 2000, ο *Vincent Humbert*, 19 ετών, είχε ένα σοβαρό τροχαίο ατύχημα από το οποίο έμεινε τετραπληγικός, δε μπορούσε να μιλήσει και να δει, ενώ είχε τις διανοητικές του λειτουργίες. Το 2002 με γράμμα του, ζητούσε από τον Γάλλο Πρόεδρο Ζακ Σιράκ το «δικαίωμα να πεθάνει», αλλά εκείνος αρνήθηκε. Το Σεπτέμβρη του 2003, η μητέρα του Marie, μετά από 3 βασανιστικά χρόνια, αποφασίζει να κάνει στο γιο της ένεση ισχυρών βαρβιτουρικών που της είχε δώσει ο γιατρός του, ώστε να θέσει τέρμα στα βάσανα του αλλά ο Vincent πέφτει σε βαθύ κώμα. Μετά από 2 μέρες, ο θεράπων ιατρός του Frédéric Chaussoy αποφασίζει, με τη σύμφωνη γνώμη ιατρικού προσωπικού και μητέρας, να αποσυνδέσει το αναπνευστικό μηχάνημα που τον κρατούσε στη ζωή και να του κάνει μια ένεση με χλωριούχο ποτάσιο, οπότε και ο νεαρός κατέληξε, ενώ ο γιατρός ανέλαβε και την ευθύνη του θανάτου. Τον Ιανουάριο του 2004 τελικά, η μητέρα παραπέμπεται στη δικαιοσύνη για χορήγηση τοξικών ουσιών και ο γιατρός για δηλητηρίαση εκ προμελέτης, ενώ αρχίζουν και οι πρώτες κινήσεις για την προώθηση νόμου για το τέλος της ζωής. Το Σεπτέμβριο του 2005 σταματά η δικαστική έρευνα για την υπόθεση Humbert, και το Γενάρη του 2006 το ζήτημα λαμβάνει τέλος, ο φάκελος τίθεται στο

¹³⁶ «Loi No 2005-370 du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie». Το νόμο ήρθαν να συμπληρώσουν και να εξειδικεύσουν τρία διατάγματα το Φεβρουάριο του 2006: No 2006-119, 2006-120 και 2006-122.

¹³⁷ Βούλτσος Π., (2006), *ό.π.*, σ. 706, Cimar L., (2006), *Repérés juridiques et déontologiques en présence d' un patient inconscient en fin de vie*, *Infokara*, Vol. 21, pp. 11-12, Léna V., (2007), *Euthanasie, le faux débat*, *Le Monde*, 28/09/2007.

αρχείο και οι κατηγορίες αποσύρονται τόσο για τη μητέρα του άτυχου νεαρού, όσο και για το θεράποντα ιατρό του.

Ο νόμος, το κείμενο του οποίου παρατίθεται στο Παράρτημα, υπήρξε προϊόν ευρέων διαβουλεύσεων και η πρωτοβουλία ανήκε στην Κοινοβουλευτική Επιτροπή με πρόεδρο τον Jean Léonetti (του οποίου το όνομα φέρει ο νόμος). Αξιοσημείωτο υπήρξε το γεγονός ότι ψηφίστηκε ομόφωνα από τη Βουλή και τη Γερουσία και τα εκτελεστικά διατάγματα δημοσιεύτηκαν την 7 Φεβρουαρίου 2006. Παρά τις αρχικές αισιόδοξες προτάσεις και τις έντονες συζητήσεις που είχαν προηγηθεί της ψήφισης του νόμου σχετικά με το δικαίωμα στο τέλος της ζωής, το τελικό κείμενο δεν προχώρησε τελικά σε νομιμοποίηση της ευθανασίας, προς απογοήτευση ίσως όσων ήλπιζαν σε κάτι τέτοιο, υπήρξε όμως αρκετά πρωτοποριακό, καθιερώνοντας ουσιαστικά το δικαίωμα για έναν αξιοπρεπή θάνατο στα άρθρα 1111-10 επ. του Κώδικα Δημόσιας Υγείας, ο οποίος και τροποποιήθηκε αντίστοιχα¹³⁸. Τα κύρια σημεία γύρω από τα οποία επικεντρώθηκε ο νομοθέτης είναι λοιπόν τα εξής:

α. Απόλυτος σεβασμός της θέλησης του ασθενούς.

Το αρθρ. 6 του νόμου (αρθρ. L. 1111-10 ΚΔΥ) θέτει την αρχή του σεβασμού της βούλησης του ασθενούς τελικού σταδίου: *«Εφόσον ασθενής τελικού σταδίου ανίατης ασθένειας αποφασίσει να περιορίσει ή να σταματήσει κάθε θεραπεία, ο γιατρός σέβεται την απόφασή του, αφού τον ενημερώσει για τις συνέπειες της επιλογής του. Η απόφαση του ασθενούς καταγράφεται στον ιατρικό του φάκελο»*. Αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει την επιθυμία του και είχε ορίσει προς αυτό κάποιον «πρόσωπο εμπιστοσύνης» του, τότε το πρόσωπο αυτό, τον εκπροσωπεί για όλες τις ιατρικές πράξεις διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας (αρθρ. 8 του νόμου και L. 1111-12 ΚΔΥ). Από την άλλη, έχει εξίσου προβλεφθεί η δυνατότητα του ατόμου να

¹³⁸ Το γεγονός ότι ο νόμος Leonetti δε θέλησε να νομιμοποιήσει την ευθανασία θεωρήθηκε, κατά μια άποψη, νομοθετική υποκρισία, διότι αν οι βουλευτές ήθελαν πράγματι να κλείσουν την πόρτα στην ευθανασία, δεν υπήρχε λόγος να νομιμοποιήσουν την πρακτική της θεραπείας κατά του πόνου με δευτερεύον αποτέλεσμα τη σύντμηση της ζωής. Αυτές οι πρακτικές στις μονάδες παρηγορητικής φροντίδας είναι αδιαμφισβήτητα αναγκαίες για την ανακούφιση των πόνων, αλλά μπορεί να κρύβουν την ευθανασία με τη χορήγηση μορφίνης. Έτσι οι δικαστές θα κληθούν a posteriori να κρίνουν αν η θέληση του γιατρού, με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς και των οικείων του, ήταν να προκαλέσει το θάνατο. Βλ. σχετικά Coelho J., (2006), *La France est-elle sur la voie de la dépenalisation de l'euthanasie?*, *Medicine et Droit*, No 77, pp. 61-63.

συντάσσει «προγενέστερες οδηγίες»¹³⁹ που εκφράζουν τις επιθυμίες του σε περίπτωση που στο μέλλον δε θα είναι σε θέση να τις εκφράσει (αρθρ. 7 του νόμου και L. 1111-11 ΚΔΥ). Οι οδηγίες αυτές είναι ένα νέο εργαλείο που θα βοηθήσει το γιατρό να μάθει τη θέληση του ανίκανου να εκφραστεί ασθενή είτε βρίσκεται στο τελικό στάδιο είτε όχι. Ανακαλούνται κάθε στιγμή, δεν είναι δεσμευτικές για τους γιατρούς, με τους τελευταίους να τις λαμβάνουν υπόψη τους εφόσον έχουν συνταχθεί τουλάχιστον 3 χρόνια πριν περιέλθει το άτομο σε κατάσταση που δε θα μπορεί να εκφράσει την επιθυμία του, ενώ ένα Διάταγμα της 6 Φεβρουαρίου 2006 προέβλεψε τις σχετικές λεπτομέρειες. Πρέπει πάντως να είναι έγγραφες, με ημερομηνία και υπογραφή και να φαίνονται σε αυτές τα στοιχεία του ατόμου που αφορούν. Εάν ο ασθενής δε μπορεί να υπογράψει, 2 άτομα, εκ των οποίων το ένα να είναι πρόσωπο εμπιστοσύνης, πρέπει να βεβαιώνουν ότι το έγγραφο αυτό εκφράζει πράγματι την ελεύθερη βούληση του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, στις οδηγίες είναι συνημμένη η βεβαίωση αυτή που φέρει τα ονόματα των μαρτύρων (αρθρ. R. 1111-17 ΚΔΥ).

β. Απαγόρευση «θεραπευτικής εμμονής»

Απαγορεύεται η θεραπευτική εμμονή (acharnement thérapeutique ή obstination déraisonnable) εκ μέρους του γιατρού¹⁴⁰. Το γράμμα του νόμου ορίζει ότι: *«Οι ιατρικές πράξεις δεν πρέπει να εφαρμόζονται με παράλογη εμμονή. Εφόσον είναι ασύμφωτες, δυσανάλογες με την κατάσταση του ασθενούς ή δεν αποσκοπούν παρά μόνο στην τεχνητή διατήρηση στη ζωή, μπορούν να περιοριστούν ή και να μην ξεκινήσουν. Στην περίπτωση αυτή, ο γιατρός προστατεύει την αξιοπρέπεια του θνήσκοντος και διασφαλίζει την ποιότητα της ζωής του παρέχοντας τις φροντίδες που προβλέπει το αρθρ. 1110-10 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας»* (αρθρ. 1 του νόμου και L. 1110-5 ΚΔΥ). Πρόκειται για την παρηγορητική φροντίδα, που αναλυτικά προαναφέρθηκε. Σύμφωνα με το Νόμο Léonetti, στις περιπτώσεις αυτές, ο γιατρός δεν «θανατώνει» κάποιον, αλλά τον «αφήνει να πεθάνει», και κατά συνέπεια, ο νόμος

¹³⁹ Πρόκειται για τις λεγόμενες “Directives anticipées”, που μέχρι τότε δεν ήταν νομοθετημένες από το γαλλικό δίκαιο.

¹⁴⁰ Ο όρος που χρησιμοποιείται είναι “obstination déraisonnable”.

δε δικαιολογεί πρακτικές που προκαλούν το θάνατο άμεσα και με πρόθεση¹⁴¹. Μάλιστα, με μια εγκύκλιο του Μαρτίου 2006, προστέθηκε στο χάρτη του Νοσοκομειακού Ασθενούς διάταξη, σύμφωνα με την οποία πρέπει, με κάθε μέσο, να καταπολεμείται ο πόνος κατά το τέλος της ζωής.

γ. Νομιμοποίηση χορήγησης φαρμάκων με «διπλό αποτέλεσμα» (double effet)

Πρωθώντας τη διαφάνεια, ο νομοθέτης αναφέρει στο άρθρο 2 (L. 1110-5 ΚΔΥ) ότι: « *Αν ο γιατρός διαπιστώσει ότι δε μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας..., παρά μόνο εφαρμόζοντας θεραπεία που θα έχει ενδεχομένως δευτερεύον αποτέλεσμα τη σύντμηση της ζωής του, οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή..., το πρόσωπο εμπιστοσύνης του..., την οικογένεια ή τους οικείους του. Η όλη διαδικασία καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς*». Αν ο γιατρός δηλαδή πρέπει να χορηγήσει δόσεις αναλγητικών που μπορούν να έχουν δευτερεύον αποτέλεσμα τη σύντμηση της ζωής του ασθενούς, ο νόμος το επιτρέπει. Ο γιατρός θα πρέπει ωστόσο να ενημερώσει τον ίδιο τον ασθενή, το πρόσωπο εμπιστοσύνης του και έπειτα την οικογένεια ή τους οικείους του και η διαδικασία αυτή θα πρέπει να καταγραφεί στον ιατρικό φάκελο. Κατά τις κοινοβουλευτικές συζητήσεις τονίστηκε ότι το «διπλό αποτέλεσμα» δεν εξομοιούται με νομιμοποίηση της ευθανασίας. Σε καμία περίπτωση η πρόθεση του γιατρού δεν είναι η θανάτωση και η σύντμηση της ζωής μπορεί να είναι μόνο δευτερεύουσα συνέπεια της θεραπείας. Μια ποσότητα μορφίνης π.χ. που χορηγείται, κρίνεται με βάση το αναλγητικό αποτέλεσμα που έχει στον ασθενή και μπορούν να χρησιμοποιηθούν δόσεις αποτελεσματικές χωρίς να επιφέρουν το θάνατο. Το αρθρ. R. 4127-38 ΚΔΥ υπενθυμίζει ότι ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα να προκαλέσει με πρόθεση το θάνατο του ασθενούς, αλλά πρέπει να βρίσκεται στο πλευρό του μέχρι τις τελευταίες του στιγμές και να εξασφαλίζει με περίθαλψη και κατάλληλα μέσα την ποιότητα ζωής που τελειώνει, την αξιοπρέπεια του ασθενούς και την ανακούφιση των οικείων του. Τυχόν παράβαση αυτής της διάταξης συνεπάγεται ποινική ευθύνη για δηλητηρίαση (αρθρ. 221-5 ΠΚ) ή ανθρωποκτονία εκ προθέσεως (αρθρ. 221-3 ΠΚ)

¹⁴¹ «Il n' est pas de question de faire mourir, mais de laisser mourir», Alfandari E., Pédrot P., (2005), La fin de vie et la loi du 22 avril 2005, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, No 5, p. 760.

δ. Προσφυγή γιατρού σε συλλογική/συναδελφική διαδικασία πριν τη διακοπή θεραπείας σε θνήσκοντα ασθενή.

Επίσης, σύμφωνα με το αρθρ. L. 1111-4 του ΚΔΥ (αρθρ. 5 του νόμου 2005), σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του, ο γιατρός δε μπορεί να περιορίσει ή να διακόψει τη θεραπεία και να θέσει τη ζωή του σε κίνδυνο, αν δεν έχει σεβαστεί μια συλλογική διαδικασία που καθορίζεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Αυτή η διαδικασία θεσπίστηκε προκειμένου να μη μείνει ο θεράπων ιατρός μόνος ενώπιον στο τέλος της ζωής του ασθενούς του. Οι φανερές και ξεκάθαρες διαδικασίες είναι προς όφελος του ασθενούς, διότι αποφεύγονται καταχρήσεις. Έτσι η απόφαση λαμβάνεται από τον θεράποντα ιατρό, μετά από διαβούλευση με ιατρική ομάδα και μετά από αιτιολογημένη γνωμοδότηση ενός τουλάχιστον γιατρού, που καλείται ως σύμβουλος. Η έννοια της «ιατρικής ομάδας» περιλαμβάνει το σύνολο του προσωπικού, ιατρικού και παραϊατρικού, που συμπράττει στη φροντίδα του ασθενούς. Η έννοια του γιατρού «συμβούλου» από την άλλη, δεν προσδιορίζεται, αλλά δεν πρέπει να υπάρχει ιεραρχική σχέση ανάμεσα στους γιατρούς. Ποιοι θα είναι αυτοί θα φανεί από την εφαρμογή του νόμου, π.χ. ένας ειδικευμένος στην παρηγορητική φροντίδα ή στην κλινική ηθική ή ένας ειδικευμένος στην πάθηση από την οποία υποφέρει ο ασθενής;. Το πιθανότερο είναι να μην έχει συμμετάσχει ο γιατρός στην περίθαλψη του ασθενούς και θα μπορεί να εκφέρει μια γνώμη αντικειμενική. Για τη λήψη της απόφασης πάντως λαμβάνονται υπόψη, όπως είδαμε, οι επιθυμίες του ασθενούς, με την τελική απόφαση να λαμβάνεται από το γιατρό.

Συμπερασματικά, ο νόμος δε μπόρεσε ασφαλώς να τους ικανοποιήσει όλους, πόσο μάλλον τους ένθερμους υποστηρικτές της νομιμοποίησης της ευθανασίας στη Γαλλία, που ζητούσαν κάτι περισσότερο. Κατάφερε όμως να κατευνάσει λίγο τα πνεύματα που είχαν οξυνθεί γύρω από το ζήτημα της ευθανασίας, αποκλείοντας ωστόσο οποιαδήποτε νομιμοποίησή της. Προσφέροντας στο γιατρό ένα ξεκάθαρο πλαίσιο για να μην είναι μόνος απέναντι στο θάνατο, ξεκαθαρίζει σε ένα βαθμό την υπάρχουσα νομοθεσία, παρά τις όποιες ασάφειες ή κενά¹⁴², ενισχύει τα δικαιώματα όλων των ασθενών προβλέποντας ειδικά δικαιώματα για τους ασθενείς τελικού σταδίου, ισχυροποιώντας το λόγο τους και την άποψή τους για τις θεραπευτικές

¹⁴² Cimar L., (2006), ό.π., pp. 11-12.

πράξεις που θα εφαρμοστούν από το γιατρό. Ενδυναμώνεται επίσης ο ρόλος του ατόμου εμπιστοσύνης που είχε προβλέψει ο νόμος της 4 Μαρτίου 2002 καθώς και η ανάγκη παρηγορητικής φροντίδας προς τον ασθενή με σεβασμό της αξιοπρέπειάς του. «*Η ζωή δεν προστατεύεται πια με κάθε τίμημα. Το άτομο έχει λόγο για τη δική του ζωή, χωρίς να μπορεί να ζητήσει να του την αφαιρέσουν..*»¹⁴³.

Η Ένωση για το δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια (Association pour le droit de mourir dans la dignité-ADMD¹⁴⁴), πάντως, που συμμετείχε και στις διαδικασίες διαλόγου για την ψήφιση του νόμου, υποστήριξε ότι θα συνεχίσει τον αγώνα για αναγνώριση και της ενεργητικής ευθανασίας με αυστηρές βέβαια προϋποθέσεις και του δικαιώματος κάθε ατόμου να επιλέγει αξιοπρεπώς το πότε και πώς θα θέσει τέρμα στη ζωή του. Μαζί με τη Marie Humbert παρουσίασαν μάλιστα ένα σχέδιο νόμου σχετικά με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας την 14 Μαρτίου 2006. Σε αυτό προτείνεται η ίδρυση μιας Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου των πρακτικών στον τομέα της βοήθειας στο θάνατο. Ίσως λοιπόν αργότερα να συμπληρωθεί ο νόμος του 2005 που για κάποιους είναι υποκριτικός και ανεπαρκής. Προς το παρόν όμως υπάρχει και μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να εργαστούν με ήρεμη συνείδηση προς όφελος των ασθενών. Θα παρατηρηθούν οι συνέπειές του στην πράξη της ιατρικής δραστηριότητας και ίσως αργότερα υπάρξουν αλλαγές σε ορισμένες διατάξεις.

3.4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η προστασία της ανθρώπινης ζωής βρίσκεται, όπως είδαμε, στην κορυφή της ιεραρχίας των κανόνων του ποινικού δικαίου. Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με όσα προβλέπει στις διατάξεις του ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Γαλλίας, ο οποίος βρίσκεται στο σταυροδρόμι δικαίου και ηθικής και αποτελεί κώδικα συμπεριφοράς για τους επαγγελματίες υγείας¹⁴⁵.

¹⁴³ Sicard D., (2006), *L'alibi éthique*, Paris, éd. Plon, p. 199, Manaouil C., Gignon M., (2006), *Mise en œuvre de la loi sur la fin de vie*, *Revue Général de Droit Médical*, No 20, pp. 267-276, Alfandari E., Pédrot P., (2005), ό.π., p. 760

¹⁴⁴ Ο δικτυακός τόπος της Ένωσης είναι: <http://www.admd.net/>

¹⁴⁵ Borenne- Michaut J., (2004), ό.π., pp. 43-50,139-142, Hauger S.J.P., (2001), *L'euthanasie en France: perspectives législatives*, Faculté de Droit, de Gestion et de Science Politique de Strasbourg, Université Robert Schuman, pp. 25-37, Ryckewaert G., (2001), ό.π., p. 16.

Προσπαθώντας να προσαρμοστεί κάθε φορά στις εξελίξεις και καινοτομίες της ιατρικής επιστήμης, της κοινωνίας και των ηθών, ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), τέθηκε σε ισχύ το 1995 και αποπειράθηκε να θίξει νέα ζητήματα, όπως εκείνα που άπτονται του τέλους της ζωής. Τα σχετικά άρθρα του Κώδικα είναι δύο: το άρθρ. 37 και το αρθρ. 38¹⁴⁶. Εκείνο που έχει σημασία είναι πως η θεμελιώδης αρχή της απαγόρευσης της σκοπούμενης θανάτωσης ασθενούς αποτελεί και το θεμέλιο του ΚΙΔ.

Συγκεκριμένα, το άρθρο 38 προβλέπει:

«Ο γιατρός έχει υποχρέωση να συμπαρίσταται στο θνήσκοντα μέχρι τις τελευταίες του στιγμές, να διασφαλίζει την ποιότητα της ζωής που φτάνει στο τέλος της με κατάλληλες φροντίδες και μέτρα και να διασφαλίζει την αξιοπρέπεια του ασθενούς και την ανακούφιση και των οικείων του.

Δεν έχει το δικαίωμα να προκαλέσει το θάνατο με πρόθεση.»

Είναι σαφής λοιπόν η απαγόρευση της ευθανασίας ως πράξης εκ προθέσεως θανάτωσης ατόμου εκ μέρους του γιατρού, ο οποίος όμως οφείλει να παρέχει στο θνήσκοντα την κατάλληλη ανακουφιστική αγωγή μέχρι το τέλος της ζωής του. Επιβεβαιώνεται δηλαδή για μια ακόμη φορά η εμμονή της γαλλικής νομοθεσίας στην ανάγκη παροχής και ανάπτυξης παρηγορητικών φροντίδων και στην ανάγκη συμπαράστασης στον ασθενή, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του τις τελευταίες στιγμές της ζωής του.

Το άρθρο 37 από την άλλη προβλέπει τα εξής, συμμορφούμενο στις τροποποιημένες με το νόμο του 2005 διατάξεις του Κώδικα Δημόσιας Υγείας:

«Ι. – Σε κάθε περίπτωση, ο γιατρός οφείλει να ανακουφίζει τον ασθενή από τη βάσανό του με κάθε πρόσφορο μέσο που διαθέτει και να του συμπαρίσταται ηθικά. Οφείλει να απέχει από κάθε παράλογη και επίμονη διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη και μπορεί να αρνηθεί να προχωρήσει σε ιατρικές πράξεις που μοιάζουν μάταιες, δυσανάλογες ή που μπορούν να έχουν αποτέλεσμα διαφορετικό από την τεχνητή διατήρηση στη ζωή.

¹⁴⁶ Ολόκληρο το κείμενο του γαλλικού ΚΙΔ βρίσκεται στο δικτυακό τόπο του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικών Συλλόγων: <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=deonto/rubrique.php>

« II. – Στις προβλεπόμενες από τα άρθρα L. 1111-4 και L. 1111-13 περιπτώσεις, εφόσον ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει την επιθυμία του, ο γιατρός δε μπορεί να αποφασίσει τον περιορισμό ή τη διακοπή εξαιρετικών φροντίδων, χωρίς προηγουμένως να έχει ακολουθήσει μια διαδικασία συλλογική/συναδελφική, σύμφωνα με τους ακόλουθους όρους:

«Η απόφαση λαμβάνεται από το θεράποντα ιατρό του ασθενούς, κατόπιν διαβουλεύσεων με τη θεραπευτική ομάδα, εάν υπάρχει, και με την αιτιολογημένη γνώμη ενός τουλάχιστον ιατρού που θα έχει το ρόλο συμβούλου. Δε θα πρέπει να υπάρχει σχέση ιεραρχίας μεταξύ του θεράποντος ιατρού και του συμβούλου. Η αιτιολογημένη γνώμη ενός δεύτερου συμβούλου ζητείται από τους γιατρούς αν κριθεί χρήσιμη.

«Η απόφαση λαμβάνει υπόψη της τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής σε προγενέστερο χρόνο, και συγκεκριμένα μέσω των “προηγούμενων οδηγιών”, εάν έχει συντάξει τέτοιες, την άποψη του προσώπου εμπιστοσύνης, που είχε εκείνος ορίσει, καθώς και την άποψη της οικογένειας ή, ελλείψει αυτής, ενός από τους οικείους του.

«Εφόσον η απόφαση αφορά ενήλικα ή ανήλικο υπό προστασία, ο γιατρός λαμβάνει επιπλέον υπόψη του, κατά περίπτωση, τη γνώμη των κηδεμόνων, εκτός αν η επιτακτικότητα της κατάστασης καθιστά μια τέτοια διαβούλευση αδύνατη.

«Η απόφαση είναι αιτιολογημένη. Οι γνώμες που συλλέγονται, η φύση και το περιεχόμενό των διαβουλεύσεων που πραγματοποιούνται στους κόλπους της θεραπευτικής ομάδας, καθώς και τα κίνητρα της απόφασης καταγράφονται στο φάκελο του ασθενούς».

Αυτό που παρατηρούμε, λοιπόν, μελετώντας το αρθρ. 37 είναι πως αποτυπώνονται στον Κώδικα Δεοντολογίας οι βασικές αρχές του νόμου περί δικαιωμάτων των ασθενών και τέλους της ζωής του 2005 για υποχρέωση εκ μέρους του ιατρού να παράσχει παρηγορητική αγωγή και ηθική συμπαράσταση στον ασθενή τελικού σταδίου, για αποχή από επίμονη και επιθετική θεραπεία και για τήρηση συλλογικής διαδικασίας στην περίπτωση που ο γιατρός αποφασίσει τον περιορισμό ή τη διακοπή εξαιρετικών φροντίδων του ασθενούς, μέσα σε πλαίσια διαφάνειας.

Πάντως, η διαδικασία επιβολής πειθαρχικών κυρώσεων στους επαγγελματίες υγείας που τελούν πράξεις ευθανασίας είναι ανεξάρτητη από την ποινική διαδικασία και μπορεί να «τρέχει» παράλληλα, οπότε ένας γιατρός μπορεί να καταδικαστεί π.χ. για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, αλλά τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα του κλάδου του να μην επιβάλλουν καμία κύρωση ή να του αφαιρέσουν την άδεια άσκησης επαγγέλματος. Γενικά, τις ποινές επιβάλλουν το τοπικό συμβούλιο των ιατρικών συλλόγων της χώρας σε πρώτο βαθμό και το εθνικό συμβούλιο σε δεύτερο και αυτές μπορεί να είναι από μια απλή σύσταση και ένα πρόστιμο μέχρι αυστηρές επιπλήξεις και αφαίρεση της άδειας εξάσκησης επαγγέλματος για μεγαλύτερο ή μικρότερο χρονικό διάστημα ή ακόμη και για πάντα.

3.5. ΕΘΝΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ: ΜΙΑ «ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ»

Άξια ξεχωριστής αναφοράς είναι και η γνώμη της Γαλλικής Επιτροπής Βιοηθικής για το ακανθώδες ζήτημα της ευθανασίας¹⁴⁷. Αρχικά, το 1991 η Επιτροπή, όταν κλήθηκε να δώσει τη γνώμη της για την ευθανασία¹⁴⁸ μετά από πρόταση ψηφίσματος του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για συμπαράσταση στους θνήσκοντες, είχε καταλήξει στην άρνηση της εφαρμογής αυτής της πρότασης στην εθνική έννομη τάξη, αντιτιθέμενη στις πράξεις ευθανασίας. Πρέπει να σημειώσουμε εδώ, πως ούτε οι γνώμες της γαλλικής Επιτροπής για σημαντικά και περίπλοκα ζητήματα έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα, αλλά μόνο συμβουλευτικό και κατευθυντήριο, όπως και στην Ελλάδα.

Οκτώ χρόνια αργότερα, η ίδια Επιτροπή, σε μια αναφορά της για «την ανάγκη ύπαρξης σαφούς προηγούμενης συναίνεσης και πληροφόρησης των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα», τασσόταν υπέρ ενός δημόσιου, ανοικτού διαλόγου σχετικά με το ζήτημα της συμπαράστασης στον θνήσκοντα και της ευθανασίας. Το 2000, λοιπόν, η Επιτροπή εξέδωσε μια νέα γνώμη¹⁴⁹ με τίτλο «*Τέλος της ζωής, Παύση της ζωής, Ευθανασία*», όπου προτείνει την αναγνώριση από τη γαλλική δικαιοσύνη μιας

¹⁴⁷ Duguet A.-M., (2001), ό.π., pp. 118-119, Borenne-Michaut J., (2004), ό.π., pp. 139-151, Ryckewaert G., (2001), ό.π., pp. 81-84, Hauger S.J.P., (2001), ό.π., pp. 34-37, Μαραγκάκη Ε., (2001), ό.π., σ. 57

¹⁴⁸ Γνώμη Νο 26 της 24 Ιουνίου 1991 προσβάσιμη και στο δικτυακό τόπο της Επιτροπής: <http://www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm>

¹⁴⁹ Γνώμη Νο 63 της 27 Ιανουαρίου 2000: <http://www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm>

«εξαίρεσης από την ευθανασία» (*“exception d’ euthanasie”*), ως δικαίωμα που θα μπορούσε να αναγράφεται στον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας και να γίνει *επίκληση από το δράστη σε μια πιθανή δίκη για τέλεση πράξης ευθανασίας*. Συγκεκριμένα, και ενώ καταδίκασε κάθε ιατρική πρακτική που θα στρεφόταν εναντίον της επιθυμίας του ασθενούς και συνεπώς κάθε ακούσια ευθανασία, δέχτηκε τη δυνατότητα μιας «εξαιρετικής» πρακτικής ευθανασίας σε περιπτώσεις που η βάσανος του ασθενούς κρίνεται «ανυπόφορη» και κάθε ελπίδα θεραπείας έχει σβήσει, αρκεί να στηρίζεται στην αλληλεγγύη και στον οίκτο. Η ιατρική ομάδα θα μπορεί, κατόπιν επίμονης και σαφούς απαίτησης από τον ασθενή, να εισακούει την επιθυμία του για «λύτρωση». Η εξαίρεση αυτή λοιπόν, βασίστηκε κυρίως στην προηγούμενη συναίνεση του θνήσκοντος και μπορεί να αποτελέσει αθωωτικό παράγοντα σε υποτιθέμενη ποινική δίκη του εκτελούντος την πράξη.

Τέλος, τονίζεται από την Επιτροπή ότι το θέμα της ευθανασίας, περιστρέφεται, χωρίς όμως να εξαντλείται και να βρίσκει την οριστική λύση του, γύρω από την ανάπτυξη και βελτίωση της ανακουφιστικής-παρηγορητικής φροντίδας, της συμπαράστασης στον θνήσκοντα και την *άρνηση κάθε «επίμονης και σκληρής θεραπείας» (acharnement thérapeutique)*¹⁵⁰. Η θέση αυτή της Επιτροπής έγινε σε γενικές γραμμές δεκτή με ευχαρίστηση από τους επαγγελματίες υγείας, έδωσε αφορμή όμως και για αρνητικά σχόλια, κυρίως από το νομικό κόσμο, σχετικά με την ασάφεια κάποιων όρων (π.χ. τι εννοούμε όταν λέμε «ανυπόφορη βάσανος») και τη σύγχυση των όρων «εξαίρεση» και «ποινικά ανεύθυνο». Επίσης, παρατηρούμε ότι οι συστάσεις της Επιτροπής λήφθηκαν σε μεγάλο βαθμό υπόψη από το Γάλλο νομοθέτη, αφού υιοθετήθηκαν σχεδόν αυτούσιες στο Νόμο Léonetti του 2005.

3.6. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

Η γαλλική νομολογία έχει, σε αντίθεση με την ελληνική, να επιδείξει περισσότερα παραδείγματα αντιμετώπισης περιπτώσεων ευθανασίας¹⁵¹. Σε αντίθεση όμως με την αυστηρότητα του ποινικού πλαισίου απέναντι σε τέτοιες πρακτικές,

¹⁵⁰ Πρόκειται ουσιαστικά για όρο ταυτόσημο με εκείνο της «*obstination déraisonnable*» που μνημονεύεται στον Κώδικα Δημόσιας Υγείας και το νόμο του 2005.

¹⁵¹ Borenne-Michaut J. (2004), ό.π., pp. 81-87, Ryckewaert G., (2001), ό.π., pp. 18-19.

παρατηρεί κανείς ότι οι δικαστές δεν τιμωρούν συνήθως την ευθανασία ως «καθαρή» ανθρωποκτονία, αλλά τις περισσότερες φορές ο δράστης καταδικάζεται σε ποινή με αναστολή, αν βέβαια δεν αθωωθεί. Ακόμη πάντως κι αν η ποινή είναι με αναστολή, ο νομικός χαρακτηρισμός του αδικήματος μένει ο ίδιος. Έτσι στη Γαλλία, τα δικαστήρια προσπαθούν σε γενικές γραμμές να παίξουν έναν *ενδιάμεσο ρόλο ανάμεσα στην απαγόρευση της ανθρωποκτονίας και στη λήψη υπόψη του αυξημένου ενδιαφέροντος για το τέλος της ζωής.*

Αρχικά, η γαλλική νομολογία ήταν σκληρή. Το 1816, ένα νεαρό κορίτσι καταδικάστηκε για απόπειρα δολοφονίας του φίλου της, τη στιγμή που η ίδια είχε υπακούσει στις θερμές παρακλήσεις του να του καρφώσει ένα μαχαίρι στο στήθος. Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα όμως, τα δικαστήρια έγιναν περισσότερο επιεική, παρά την εξαιρετικά αυστηρή νομοθεσία της εποχής, συμβάλλοντας έτσι στη δημιουργία ενός ιδιαίτερου νομολογιακού καθεστώτος για την τιμωρία των πράξεων ευθανασίας μέσω διαφόρων αποφάσεων. Το 1912 και το 1925 αντίστοιχα, αθώθηκαν ένας εισαγγελέας και ένας πιανίστας γιατί θέλησαν να δώσουν τέλος στα βάσανα και την ταλαιπωρία των συντρόφων τους που υπέφεραν. Το 1942, επιβλήθηκαν συμβολικές μόνο ποινές (μεταξύ ενός και πέντε ετών με αναστολή) σε τέσσερις νοσοκόμες που είχαν κάνει ενέσεις μορφίνης και στρυχνίνης σε επτά ασθενείς τους, κατόπιν δικής τους απαίτησης. Το 1962, τέλος, ο Dmetro Huzarm, πυρηνικός μηχανικός, καταδικάστηκε σε 3 χρόνια φυλάκιση με αναστολή, για το θάνατο που επέφερε με απαγχονισμό στην τρίχρονη κόρη του, που έπασχε από σοβαρή ασθένεια.

Πιο πρόσφατα όμως, τέσσερις υπήρξαν οι υποθέσεις που αναστάτωσαν την κοινή γνώμη, έλαβαν διαστάσεις δημοσιότητας και ανακίνησαν τη συζήτηση γύρω από τη νομιμοποίηση ή όχι της ευθανασίας. Μία από αυτές, η υπόθεση του νεαρού Vincent Humbert αναπτύχθηκε σε προγενέστερο σημείο, καθώς θεωρείται ότι συνέβαλε τα μέγιστα για την ψήφιση του νόμου του 2005 για τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής:

- 1994-1996: Μια εκπαιδευτικός ετών 52, η *Jeanne-Marie Préfaut*, σκοτώνει τον Αύγουστο του 1994 την αυτιστική 23χρονη κόρη της για να τη λυτρώσει από τα βάσανά της και γιατί της είχε υποσχεθεί όταν δε θα ξαναανοσηλευόταν ποτέ ξανά σε

ίδρυμα. Η γυναίκα, μητέρα άλλων τεσσάρων παιδιών, καταδικάστηκε το Φεβρουάριο του 1996 τελικά σε 5 χρόνια φυλάκισης με αναστολή¹⁵².

-1998-2003: Τον Ιούλιο του 1998, η διεύθυνση του νοσοκομείου Mantes-la-Jolie στην περιοχή Yvolines υποψιάζεται την 28χρονη τότε νοσηλεύτρια *Christine Malèvre* για 30 περίπου ύποπτους θανάτους κατά το διάστημα 1997-1998 στο τμήμα πνευμονολογίας και νευρολογίας όπου εκείνη εργαζόταν. Αρχικά, η Malèvre αρνείται τις οποιοσδήποτε κατηγορίες, αποπειράται μάλιστα να αυτοκτονήσει και νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική, όπου οι γιατροί που την εξέτασαν αποφάνθηκαν ότι έχει εμμονή με το θάνατο. Εκείνη την περίοδο ομολογεί τελικά την τέλεση πράξεων ευθανασίας. Τον Ιούλιο του 1999 ξεκινά ανάκριση από τον Εισαγγελέα Πλημμελειοδικών της περιοχής Versailles για την υπόθεση και η Malèvre, παραπέμπεται τελικά στο Μικτό Ορκωτό Δικαστήριο της περιοχής Yvelines για 7 ανθρωποκτονίες. Στη δίκη, που ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2003, ομολογεί 2 φόνους και αρνείται τους άλλους 5. Το δικαστήριο, μετά από πολύωρη συνεδρίαση, την καταδίκασε σε 10 χρόνια φυλάκισης και φυσικά σε απαγόρευση άσκησης του επαγγέλματός της. Τελικά, η καταδίκη της αυξήθηκε στα 12 χρόνια φυλάκισης, στο δεύτερο βαθμό, κατόπιν έφεσής της¹⁵³.

-2003-2006: Υπόθεση *Vincent Humbert*. Η μητέρα του νεαρού τετραπληγικού και ο θεράπων ιατρός του απαλλάχθηκαν, όπως είδαμε, από κάθε κατηγορία μετά την τέλεση ευθανασίας στον Vincent.

-2003-2007: Λίγες ημέρες μετά το κλείσιμο της υπόθεσης Humbert, απασχόλησε τη γαλλική κοινή γνώμη και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μια νέα υπόθεση ευθανασίας, με διαφορετική αυτή τη φορά δικαστική κατάληξη¹⁵⁴. Η 35χρονη γιατρός *Laurence Tramois* και η 40χρονη νοσοκόμα *Chantal Chanel*, που εργάζονταν στο νοσοκομείο του Saint-Astier στην περιοχή Dordogne, κατηγορούνται ότι στις 25/08/2003 προκάλεσαν

¹⁵² Dumay J.-M., (1996), Le «geste d'amour» d'une mère qui tua sa fille pour la délivrer, *Le Monde*, 02/02/96.

¹⁵³ Pereira A., L'infirmière accusée d'euthanasie avait assisté à un meurtre par arme à feu dans son service, *Le Monde*, 28/07/1998, Euthanasie: Christine Malèvre s'est vu notifier sa mise en examen pour "assassinats", *Le Monde*, 18/06/1999, Christine Malèvre jugée aux assises pour l'assassinat de sept patients, *Le Monde*, 21/01/2003, Christine Malèvre a été condamnée à 12 ans de réclusion criminelle, *Le Monde*, 17/10/2003.

¹⁵⁴ Une affaire d'euthanasie renvoyée devant les assises, *Le Monde*, 07/01/2006, Affaire d'euthanasie de Saint-Astier, *Le Monde*, 13/01/2006, Euthanasie: verdict clément à Périgueux, *Le Monde*, 17/03/2007, L'euthanasie en procès aux assises de la Dordogne, *Le Figaro*, 12/03/2007, Euthanasie: le médecin condamné, l'infirmière acquittée, *Le Figaro*, 15/03/2007.

το θάνατο στην ασθενή Paulette Druais με χορήγηση ενέσιμου ποτάσιου. Η ασθενής, με καρκίνο τελικού σταδίου, είχε στενή σχέση με τη γιατρό και είχε εισαχθεί στην μονάδα παρηγορητικής φροντίδας του νοσοκομείου. Όταν όμως η κατάσταση της υγείας της επιδεινώθηκε με αποτέλεσμα να πέσει σε κώμα, η Tramois αποφάσισε να θέσει τέρμα στη ζωή της, χωρίς μάλιστα τη συναίνεσή της, όπως επιτάσσει ο νόμος. Στη δίκη ομολόγησε ότι είχε αποφασίσει να κάνει στο θύμα ένεση θανατηφόρο, αλλά μη μπορώντας να το πράξει, παρακάλεσε τη νοσοκόμα να το κάνει στη θέση της. Και οι δύο εξήγησαν πως οι πράξεις τους κινήθηκαν με κίνητρο την ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο και την ταλαιπωρία. Οι κατηγορίες ήταν «δηλητηρίαση» για την Chanel και συνέργεια για την Tramois. Τελικά, η απόφαση του ΜΟΔ της Dordogne υπήρξε επιεικής. Στις 15/3/2007 η νοσοκόμα αθώωθηκε και η γιατρός καταδικάστηκε σε 1 χρόνο με αναστολή. Δεν ασκήθηκε έφεση.

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι εκείνη την περίοδο και όσο εκδικαζόταν η υπόθεση, ένα κείμενο έκανε την εμφάνισή του στο περιοδικό "Nouvel Observateur", που αποτελούσε μανιφέστο υπέρ της αποποινικοποίησης της ευθανασίας, περιείχε τις ομολογίες περίπου 2000 επαγγελματιών υγείας ότι κάποια στιγμή είχαν βοηθήσει ασθενείς να πεθάνουν και λειτούργησε και τόσο ως διαμαρτυρία για το νόμο του 2005 που κρινόταν ανεπαρκής όσο και ως μέσο πίεσης για τη δίκη των 2 γυναικών¹⁵⁵.

¹⁵⁵ L'appel des 2.000 médecins et soignants, *Nouvel Observateur*, 08/03/2006, « Nous, soignants, avons aidé des patients à mourir... », *Nouvel Observateur*, 08/03/2006.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΑΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

4.1. ΕΥΡΩΠΗ

4.1.1. Το Συμβούλιο της Ευρώπης και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

Το Συμβούλιο της Ευρώπης¹⁵⁶ ξεκινώντας από την βασική του θέση για την υπεράσπιση του «δικαιώματος στη ζωή», βασιζόμενο άλλωστε και στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, έχει τοποθετηθεί κατά της «ευθανασίας» ή της «υποβοηθούμενης αυτοκτονίας»¹⁵⁷. Αρχικά, το 1976, η Σύσταση 779 για τα δικαιώματα των ασθενών και των θνησκόντων, απέκλειε ρητά σε άρθρο της την προσφυγή σε πράξεις ευθανασίας¹⁵⁸. Το 1991 απορρίφθηκε σχέδιο ψηφίσματος νομιμοποιητικού της ευθανασίας σε περιπτώσεις ανιάτων νόσων όπου η συντηρητική αγωγή δεν είναι ικανοποιητική και ο ασθενής επιθυμεί το τέλος του¹⁵⁹. Το 1999 έχουμε τη Σύσταση 1418 του Συμβουλίου¹⁶⁰ όπου αποφεύγεται μεν η αναφορά της λέξης «ευθανασία», αλλά καταδικάζεται εμμέσως η οποιαδήποτε εκ προθέσεως πράξη θανάτωσης ανιάτως πάσχοντος, τονίζεται η ανάγκη προστασίας της αξιοπρέπειας του ασθενούς σε τελικό στάδιο ή του θνήσκοντος και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη νομοθετικής θέσπισης και περαιτέρω ανάπτυξης της ανακουφιστικής-παρηγορητικής φροντίδας (palliative care/soins palliatives) από τα κράτη μέλη¹⁶¹. Στις 5 Μαΐου του 2005, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου (Parliamentary Assembly of the Council of Europe), απέρριψε πρόταση για την

¹⁵⁶ Οι απόψεις του Συμβουλίου της Ευρώπης που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς μέσω ψηφισμάτων, ομιλιών, δημοσιεύσεων, ερευνών κ.λπ. είναι συγκεντρωμένες στο δικτυακό τόπο του Συμβουλίου: <http://www.coe.int/newssearch/Default.asp?KW=euthanasia&inD=&outD=&ImLange=1&Submit=Sear ch>

¹⁵⁷ Βλ. σχετικά και το Dossier της Συγκλήτου της Γαλλίας για την ευθανασία στο δικτυακό της τόπο: <http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49.html>, όπου αναφέρονται πληροφορίες για την αντιμετώπιση της ευθανασίας σε Γερμανία, Αγγλία, Ολλανδία, Ελβετία, Δανία, Αυστραλία και ΗΠΑ.

¹⁵⁸ Recommendation 779 (1976) on the rights of the sick and dying, http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/texts_and_documents/4Parliamentary_Assembly.asp

¹⁵⁹ Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σ. 1230.

¹⁶⁰ Recommendation 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Το αναλυτικό κείμενο τίθεται στο Παράρτημα.

¹⁶¹ Φυσικά, οι θέσεις αυτές του Συμβουλίου και οι συστάσεις του δεν έχουν κανονιστική και δεσμευτική ισχύ για τα κράτη μέλη του, ενέχουν ωστόσο σημαντική ηθική αξία για αυτά και οφείλουν να τις λαμβάνουν υπόψη τους.

παραχώρηση «βοήθειας σε όσους ασθενείς θέλουν να τερματίσουν την ζωή τους»¹⁶², ερχόμενη σε αντιπαράθεση με οργανώσεις και ασθενείς που υποστηρίζουν το «δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο» και «το δικαίωμα της επιλογής».

Το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε με το θέμα της ευθανασίας, με αφορμή την περίπτωση της Diane Pretty, μιας Αγγλίδας που έπασχε από μια εκφυλιστική ασθένεια που επιδρά στο μυϊκό σύστημα, για την οποία δεν υπάρχει θεραπεία¹⁶³. Η ασθένεια, που είχε διαγνωσθεί το 1999, ήταν σε προχωρημένο στάδιο και η ασθενής είχε παραλύσει από το λαιμό και κάτω, οι πνευματικές της δυνάμεις, όμως, δεν είχαν επηρεαστεί. Επειδή ο επικείμενος θάνατος προβλεπόταν ότι θα συνοδευόταν από πολλούς πόνους και αγωνία, η ασθενής θα ήθελε να καθορίσει η ίδια τον χρόνο και τρόπο εξόδου της από τη ζωή. Η αυτοκτονία δεν είναι αδίκημα κατά το αγγλικό δίκαιο, η ασθενής όμως δεν ήταν σε θέση να αυτοκτονήσει. Η βοήθεια σε αυτοκτονία στην Αγγλία είναι αδίκημα (άρθρο 2 παρ. 1 του ν. περί αυτοκτονίας του 1961) και η ασθενής ήθελε να βοηθηθεί σε αυτήν από το σύζυγό της, υπό την προϋπόθεση ότι εκείνος δεν θα υφίστατο εν συνεχεία ποινική δίωξη. Ζήτησε λοιπόν από τον Εισαγγελέα τη διαβεβαίωση ότι ο σύζυγός της δεν θα διωχθεί, το αίτημα, όμως αυτό δεν ικανοποιήθηκε. Για το λόγο αυτό προσέφυγε στις 21/12/2001 στο Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης, το οποίο έκρινε το θέμα κατά προτεραιότητα, λόγω της καταστάσεως της ασθενούς. Η κα Pretty ισχυρίσθηκε ότι η απόφαση του Εισαγγελέως προσβάλλει το δικαίωμά της στη ζωή (άρθρο 2 της ΕΣΔΑ), το άρθρο 3 (απαγόρευση απάνθρωπης ή μειωτικής συμπεριφοράς ή τιμωρίας), το άρθρο 8 (προστασία της ιδιωτικής ζωής), το άρθρο 9 (ελευθερία της συνειδήσεως) και το άρθρο 14 (απαγόρευση της διαφοροποιημένης μεταχείρισεως)¹⁶⁴.

¹⁶² Το σχέδιο ψηφίσματος ήταν βασισμένο στην Έκθεση του Ολλανδού νομικού και αντιπροσώπου στη βουλευτική ολομέλεια του Συμβουλίου Dick Marty, σύμφωνα με την οποία «η ευθανασία αποτελεί κεκαλυμμένη αλλά συχνή πρακτική στα ευρωπαϊκά νοσοκομεία και κανείς δεν έχει το δικαίωμα να επιβάλει στον θνήσκοντα ή στον άρρωστο τελικού σταδίου να ζει μέσα στην αγωνία και σε αβάσταχτους πόνους, όταν ο ίδιος ζητά επανειλημμένως να πεθάνει».

¹⁶³ Βλ. και Κατράνη-Κριάρη Ι., (2002), Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα-Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου, *Ελληνική Δικαιοσύνη*, τομ. 43, σ. 1547-1549.

¹⁶⁴ Το ιστορικό της υπόθεσης αναφέρεται στο δικτυακό τόπο του Δικαστηρίου: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=euthanasia&sessionid=2465155&skin=hudoc-en>

Το Δικαστήριο τελικά δεν έκανε δεκτούς τους ισχυρισμούς της Diane, η οποία απεβίωσε λίγες μέρες μετά τη σχετική απόφαση, στις 11/05/2002¹⁶⁵. Το άρθρο 2 άλλωστε της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) προβλέπει ότι «Το δικαίωμα κάθε ανθρώπου στη ζωή προστατεύεται από το νόμο. Σε κανέναν δε μπορεί να επιβληθεί θάνατος εκ προθέσεως, παρά μόνο προς εκτέλεση θανατικής ποινής εκδιδομένης από δικαστήριο σε περίπτωση αδικήματος που τιμωρείται εκ του νόμου με αυτή την ποινή»¹⁶⁶. Η νομολογία του ωστόσο υπήρξε σημαντική για τους εξής λόγους:

1. Αναγνωρίζει ότι δεν επιτρέπεται παραίτηση από του δικαιώματος στη ζωή, ότι το δικαίωμα στη ζωή δεν περιλαμβάνει και το αντιδιαμετρικά αντίθετο, δικαίωμα στο θάνατο και ότι δε θα μπορούσε να αναγνωριστεί ούτε δικαίωμα αυτοδιάθεσης με την έννοια του να έχει το άτομο το δικαίωμα να επιλέξει το θάνατο και όχι τη ζωή ("..το άτομο δεν έχει την εξουσία να επιλέξει το θάνατο αντί της ζωής είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή"). Στη συγκεκριμένη υπόθεση το άτομο ζητούσε βοήθεια σε αυτοκτονία. Διαφορετικά τίθεται βεβαίως το θέμα, όταν κανείς ζητά να μην αρχίσει ή να διακοπεί μια θεραπεία, αποτέλεσμα της πράξεως δε αυτής μπορεί να είναι ο θάνατος.
2. Εκφράζει με σαφήνεια και πληρότητα την άρνηση του Δικαστηρίου σχετικά με την ύπαρξη οιασδήποτε υποχρέωσης εκ μέρους των κρατών εν σχέσει προς τη βοήθεια για αυτοκτονία (ενεργητική ευθανασία).
3. Συμβάλλει στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής δημοσίας τάξης σε ένα τομέα κρατικής δραστηριότητας, ο οποίος είναι ιδιαιτέρως εύθραυστος και σημαντικός: στον χώρο της υγείας.

4.1.2. Μεγάλη Βρετανία

Η Μεγάλη Βρετανία αποτελεί μια από τις βασικές Ευρωπαϊκές χώρες όπου οι συζητήσεις για την ευθανασία και για την πιθανή νομιμοποίηση της είναι αρκετά

¹⁶⁵ Η πορεία της Diane Pretty, η ασθένειά της και ο δικαστικός της αγώνας παρουσιάζονται εκτενώς στο δικτυακό τόπο του BBC: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1682321.stm>

¹⁶⁶ Το Δικαστήριο μάλιστα είχε επαναλάβει αρκετές φορές στο παρελθόν ότι το αρθρ. 2 της ΕΣΔΑ θεσπίζει μια από τις θεμελιωδέστερες αρχές, της οποίας δεν επιτρέπεται καμία παράβαση εν καιρώ ειρήνης (ΕΔΔΑ 27/9/1995, McCann and others v. The UK, ΕΔΔΑ 9/10/1997, Andronikou and Constantinou v. Cyprus, ΕΔΔΑ 25/4/2006, Erdogan and others v. Turkey).

έντονες¹⁶⁷. Η αφαίρεση ζωής, βέβαια, ανεξαρτήτως κινήτρων του δράστη, καθώς και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι παράνομες. Σύμφωνα με τον Βρετανικό νόμο του 1961 για την αυτοκτονία (British Suicide Act of 1961), θεωρείται ποινικό αδίκημα (με καταδίκη που φτάνει μέχρι κάθειρξη 14 ετών) το να βοηθήσεις, να ενθαρρύνεις, να καθοδηγήσεις ή να προκαλέσεις την αυτοκτονία άλλου¹⁶⁸. Η αυτοκτονία χωρίς την βοήθεια άλλου ανθρώπου θεωρείται παρόλα αυτά νόμιμη. Διαφορετικά αντιμετωπίζεται το θέμα στην περίπτωση της "έμμεσης ευθανασίας", κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί παυσίπονο που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς: Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός δεν διώκεται εάν αποδείξει ότι πρωταρχικός του στόχος ήταν να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς.

Ενώ έχουν γίνει προσπάθειες να νομιμοποιηθεί η ευθανασία, μετά και από την πολύκροτη υπόθεση της Diane Pretty, το σχετικό νομοσχέδιο που προτάθηκε το Μάιο του 2006 (*Assisted Dying for the Terminally Ill Bill*)¹⁶⁹, δεν έχει ακόμα εγκριθεί από την Βουλή των Λόρδων της Αγγλίας (House of Lords).

4.1.3. Γερμανία

Στην Γερμανία, από το 1971, δεν υπάρχουν κυρώσεις για την αυτοκτονία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία¹⁷⁰. Παρόλα αυτά, είναι σπάνιες οι περιπτώσεις μη φυσικού θανάτου λόγω και της αιματηρής ιστορίας των Ναζί. Οι περισσότερες οργανώσεις μάλιστα που είναι κατά της ευθανασίας, αναφέρονται συνεχώς στην περίοδο των Ναζί και εκφράζουν την αντίθεση τους στην νοοτροπία που υπαγορεύει

¹⁶⁷ Η εφημερίδα *The Times* (24 January 2007) δημοσίευσε μια έρευνα του 2007 σύμφωνα με την οποία, το 80% των ερωτηθέντων απάντησε ότι θα επιθυμούσε μια αλλαγή του νόμου ώστε να επιτρέπεται να δίνουν τέρμα στη ζωή τους οι ασθενείς τελικού σταδίου, με τη βοήθεια γιατρού. Στην ίδια έρευνα, το 45% τάχθηκε υπέρ ενός δικαιώματος στην ευθανασία και για ασθενείς μη τελικού σταδίου.

¹⁶⁸ Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 136-137, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την ευθανασία, *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, (2003), Αθήνα, εκδ. Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος, σσ. 144-146, Council of Europe (2004), *Euthanasia, Volume II: National and European Perspectives*, pp. 95-104, Grubb A., (2001), *Euthanasia in England-A law lacking Compassion?*, *European Journal of Health Law*, vol.8, pp. 89-93, *Lancet Neurology* (2006), *Assisted living at the end of life*, vol. 5, p. 197.

¹⁶⁹ Ο προτεινόμενος αυτός νόμος θέλει να δώσει στους ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες και υποφέρουν αβάσταχτα, την επιλογή να πεθάνουν. Εφόσον ο ασθενής έχει υγιές μυαλό και έχει διαγνωστεί ότι δεν θα ζήσει για περισσότερο από 6 μήνες, θα μπορεί να υπογράψει μια δήλωση με σκοπό να εκφράσει την επιθυμία του να πεθάνει. Μετέπειτα ο γιατρός θα μπορεί να του δώσει μια θανατηφόρα δόση φαρμάκων που ο ασθενής θα πρέπει να πάρει μόνος του για να πέσει σε βαθύ ύπνο και να πεθάνει ήρεμα και ειρηνικά.

¹⁷⁰ Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 943-955, Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 131-136, Glass N., (2000), *Vienna survey finds most Germans in support of assisted suicide*, *The Lancet*, vol. 355, pp. 2057.

ότι «όσοι δεν συνεισφέρουν στην κοινωνία λόγω αδυναμίας, θα πρέπει να θανατωθούν για το συμφέρον όλων».

Η συζήτηση πάντως για την ευθανασία πυροδοτήθηκε ουσιαστικά από την απόφαση της ελβετικής κλινικής Ντίγκνιτας το 2005 να ανοίξει παράρτημα στην χώρα για την ενημέρωση και μόνο των ασθενών για την διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ενώ η Γερμανική οργάνωση «Dying with Dignity»¹⁷¹ υποστήριξε αυτήν την κίνηση, έντονες αντιδράσεις προκλήθηκαν από θρησκευτικές οργανώσεις και όχι μόνο. Πάντως το 1986, είχε προταθεί ένα εναλλακτικό και αρκετά προοδευτικό για την εποχή του νομοσχέδιο σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας. Το νομοσχέδιο, που άφηνε ατιμώρητες αρκετές περιπτώσεις στο χώρο της παθητικής και έμμεσης ευθανασίας, αναγνωρίζοντας τολμηρά σαν επιτρεπτές τις περιπτώσεις διακοπής της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής ή της χορήγησης αναλγητικών, απορρίφθηκε τελικά από την πλειοψηφία του γερμανικού κοινοβουλίου.

4.1.4. Ολλανδία

Στην Ολλανδία η ευθανασία νομιμοποιήθηκε την 1^η Απριλίου του 2002. Στη χώρα όμως, υπήρχε αρκετή ανεκτικότητα για την πρακτική της ευθανασίας μέχρι και 20 χρόνια πριν νομιμοποιηθεί¹⁷². Ουσιαστικά είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που αναγνώρισε το δικαίωμα στην ευθανασία και τροποποίησε προς αυτή την κατεύθυνση και τον Ποινικό της Κώδικα.

Σημαντική χρονιά για το θέμα αυτό υπήρξε το 1973, όπου καταδικάστηκε η γιατρός Geertruida Postma για την ευθανασία της άρρωστης μητέρας της που πραγματοποίησε δύο χρόνια πριν. Η δίκη αυτή αποτέλεσε ορόσημο μιας και με αυτή την αφορμή, άνοιξε στη χώρα μια μεγάλη και ανοιχτή συζήτηση. Το 1973 δημιουργήθηκε η οργάνωση για το δικαίωμα στο θάνατο NVVE (Nederlandse

¹⁷¹ Πρόκειται για την οργάνωση Deutsches Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), πληροφορίες για την οποία μπορεί να αντλήσει κάποιος από το δικτυακό τόπο: <http://www.dghs.de/>

¹⁷² Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 142-144, Κατράνη-Κριάρη Ι., (2003), ό.π., σσ. 144-146, Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σσ. 52-53, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 967-976, Σουλιώτης Γ., Ελαφρός Γ., (2003), Αντέχει η Ευρώπη την ευθανασία;, *Η Καθημερινή*, 05/10/2003, Council of Europe (2004), ό.π., 65-73, Weber W.,(2001), Netherlands legalize euthanasia, *The Lancet*, vol. 357, p. 1189, Roscam Abbing H., (2006), Recent developments in health law in the Netherlands, *European Journal of Health Law*, vol. 13, pp. 133-142, Pakes F.,(2005), Under siege: the global fate of euthanasia and assisted-suicide legislation, *European Journal of crime, criminal law and criminal justice*, vol 13/2, pp. 128-131, Leenen H.J.J., (2001), The development of euthanasia in the Netherlands, vol. 8, pp. 125-133.

Vereniging Voor Een Vrijwillig Levenseinde) που υπεράσπισε όχι μόνο τη γιατρό Postma, αλλά και το γενικότερο δικαίωμα να πεθάνει κάποιος που υποφέρει αβάσταχτα¹⁷³.

Υπάρχουν κάποια αυστηρά κριτήρια που πρέπει να ισχύουν για να μπορεί να τερματιστεί η ζωή ενός ασθενή με την βοήθεια του γιατρού και τίθενται λεπτομερειακά. Τα βασικότερα είναι ότι ο ασθενής πρέπει να είναι πάνω από 18 χρονών (για μικρότερες ηλικίες χρειάζεται η συναίνεση των γονιών), να πάσχει από ανίατη ασθένεια, να υποφέρει αβάσταχτα και να μην υπάρχει καμία περίπτωση βελτίωσης. Επίσης, θα πρέπει στην επιθυμία του αυτή να επιμένει για αρκετό καιρό, να έχει γίνει γνωμάτευση για την ασθένεια του από έναν δεύτερο, ανεξάρτητο γιατρό και να έχει ο ασθενής πλήρη γνώση της κατάστασης του. Τέλος η όλη διαδικασία θα πρέπει να γίνει με την ενδεδειγμένη ιατρική μέθοδο.

Επιτρέπεται στην Ολλανδία να κάνουν ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ασθενείς που δεν κατοικούν μόνιμα στην χώρα. Σε γενικές γραμμές το σύστημα λειτουργεί ικανοποιητικά με τον αριθμό των πραγματοποιούμενων πράξεων ευθανασίας να αυξάνεται ελαφρά για τους καρκινοπαθείς ασθενείς του τελικού σταδίου¹⁷⁴, χωρίς ωστόσο κάτι τέτοιο να ανησυχεί τις ολλανδικές αρχές.

4.1.5. Βέλγιο

Το Βέλγιο είναι η δεύτερη χώρα στην Ευρώπη μετά την Ολλανδία που νομιμοποίησε την Ευθανασία για ασθενείς άνω των 18 χρονών, τον Σεπτέμβριο του 2002 (Belgian Act on Euthanasia)¹⁷⁵. Το 2006 το Φλαμανδικό Σοσιαλιστικό Κόμμα (Flemish Socialist Party) πρότεινε να επεκταθεί ο νόμος και για παιδιά κάτω των 18

¹⁷³ Διαφωτιστικός για την αντιμετώπιση της ευθανασίας στην Ολλανδία είναι ο δικτυακός τόπος της οργάνωσης που περιέχει, μεταξύ άλλων, το κείμενο του νόμου του 2002 και νομολογιακά παραδείγματα από τα ολλανδικά δικαστήρια: <http://www.nvve.nl/nvve2/pagina.asp?pagkey=72177>

¹⁷⁴ Ο αριθμός των ευθανασιών αφορά στο 90% των περιπτώσεων καρκινοπαθείς σε τελικό στάδιο. Βλ. Maschino M., Des Pays-Bas à l'Espagne, *Le Monde Diplomatique*, Novembre 2006, p. 25.

¹⁷⁵ Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σ. 54, Βούλτσος Π., ό.π., σσ. 976-982, Council of Europe (2004), ό.π., pp. 13-23, Nys H., (2006), Recent developments in health law in Belgium, *European Journal of Health Law*, vol. 13, pp. 95-99, Nys H., (2003), A presentation of the Belgian Act on euthanasia against the background of dutch euthanasia law, *European Journal of Health Law*, vol. 10, pp. 239-255, Pakes F.,(2005), ό.π., pp. 128-131.

χρονών και για το δικαίωμα των γονιών τους να το διαλέξουν εκ μέρους των παιδιών¹⁷⁶.

Όπως και στην Ολλανδία, τα κριτήρια για την πραγματοποίηση ευθανασίας είναι αυστηρά: Θα πρέπει να το ζητήσει ο ίδιος ο ασθενής γραπτά τουλάχιστον έναν μήνα πριν τη διαδικασία, να υποφέρει αβάσταχτα από μια ανίατη ασθένεια, να μην υπάρχει καμία ελπίδα ανάρρωσης, να γίνει γνωμάτευση της κατάστασης του και από δεύτερο γιατρό και τέλος πρέπει ο γιατρός να δώσει μια γραπτή λεπτομερειακή αναφορά για την διαδικασία της ευθανασίας για να την εξετάσει μια Επιτροπή. Επίσης στο Βέλγιο, σε αντίθεση με Ολλανδία και Ελβετία, οι ασθενείς που μπορούν να θανατωθούν μετά την παραπάνω διαδικασία, θα πρέπει να είναι μόνιμοι κάτοικοι του Βελγίου.

4.1.6. Ελβετία και η περίπτωση της Ντίγκνιτας

Η Ελβετία αποτελεί μια ειδική περίπτωση¹⁷⁷. Ο νόμος δεν επιτρέπει την ευθανασία, υπαγορεύει όμως την τιμωρία όποιου «με εγωιστικά κίνητρα, προκαλέσει ή βοηθήσει την αυτοκτονία άλλου»¹⁷⁸, νομιμοποιώντας έτσι την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (απόπειρα ή εκτέλεση). Άρα εάν αποδειχτεί ότι κάποιος, γιατρός ή πολίτης, δεν είχε εγωιστικά κίνητρα όταν προκάλεσε ή βοήθησε την αυτοκτονία κάποιου άλλου, τότε δεν θα καταδικαστεί.

Χτυπημένοι συνήθως από καρκίνο, παθήσεις του νευρικού, αναπνευστικού, καρδιαγγειακού συστήματος, από κινητική αναπηρία, οι ασθενείς που αποφασίζουν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους καταθέτουν το αίτημά τους γραπτώς ή ενώπιον συμβολαιογράφου αν είναι ανίκανοι προς τούτο. Κατόπιν, τους επισκέπτεται κάποιος συνοδός-ιατρός, εξετάζει τον ιατρικό τους φάκελο, επιβεβαιώνει ότι πάσχουν από

¹⁷⁶ Ο σχετικός νόμος μεταφρασμένος στα αγγλικά έχει δημοσιευτεί σε άρθρο της *European Journal of Health Law* (2003): The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002, vol. 10, pp. 329-335.

¹⁷⁷ Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σ. 53, Council of Europe (2004), ό.π., pp. 85-94, Mazzocato C., (2001), Demande de suicide médicalement assisté ou d' euthanasie: que peut-elle cacher?, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, vol. 121, pp. 407-411, Hurst S.A., Mauron A., (2003), Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, *British Medical Journal*, vol. 326, pp. 271-273.

¹⁷⁸ Πρόκειται για το άρθρο 115 του ελβετικού Ποινικού Κώδικα που ορίζει ως ποινή τη φυλάκιση μέχρι 5 χρόνια. Η αυτοκτονία καθεαυτή είναι ποινικά αδιάφορη, όπως και στις περισσότερες χώρες. Το άρθρο 114 ΠΚ κάνει λόγο για θανάτωση κατόπιν απαίτησης του θύματος κυρίως λόγω οίκτου, η οποία και διώκεται ποινικά, αλλά ουδείς λόγος γίνεται για θανάτωση κατόπιν απαίτησης πάσχοντος από ανίατη ασθένεια που υφίστασται ανυπόφορο σωματικό και ψυχικό πόνο. Βλ. το δικτυακό τόπο της Exit: <http://www.exit-geneve.ch/index.html>.

ανίατη ασθένεια και αφόρητους πόνους και ότι απαίτησή τους είναι σοβαρή και επίμονη και εκδηλώνεται υπό καθεστώς πνευματικής διαύγειας. Σε περίπτωση πλήρωσης των παραπάνω προϋποθέσεων, η ελβετική οργάνωση για το δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια (Exit) μπορεί να προσφέρει τη συνδρομή της σε όσους το ζητήσουν και καθορίζεται ημερομηνία για την πράξη ευθανασίας, ενώ ακολουθεί και διαδικασία για να διαπιστωθεί από δικαστική αρχή αν η όλη διαδικασία υπήρξε σύνομη.

Οι ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες και θέλουν να έρθουν στην Ελβετία για να πεθάνουν, μπορούν να είναι μόνιμοι κάτοικοι οποιασδήποτε χώρας και απευθύνονται στην κλινική Dignitas¹⁷⁹. Αντιθέτως, μόνο τα μέλη της Exit που είναι ταυτόχρονα και ελβετοί πολίτες μπορούν να επωφεληθούν από τη βοήθεια της οργάνωσης για να δώσουν τέρμα στη ζωή τους. Η κλινική, που εδρεύει στη Ζυρίχη και διευθύνεται από το νομικό Ludwig Minelli, έχει γίνει τα τελευταία χρόνια προορισμός πολλών «τουριστών θανάτου». Περισσότερα από 70 άτομα έχουν καταπιεί το κοκταίηλ βαρβιτουρικών που μέσα σε 2 έως 5 λεπτά τους στέλνει στο ταξίδι χωρίς επιστροφή.

4.1.7. Δανία

Στη Δανία, η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται, όμως η διαθήκη για τη ζωή γίνεται γενικά δεκτή, με σκοπό την εξασφάλιση της αρχής της αυτονομίας του ατόμου και της προστασίας της αξιοπρέπειάς του¹⁸⁰. Επίσης, αναγνωρίζεται πλήρως το δικαίωμα για παθητική ευθανασία. Με νόμο του 1992, αναγνωρίστηκε το δικαίωμα της άρνησης του ασθενούς να παραταθεί η ζωή του με τεχνητά μέσα. Μάλιστα, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας ήδη από το 1974 είχε επισημάνει ότι «σε περίπτωση που η θεραπεία του ασθενούς είναι μάταιη και ο θάνατος πλησιάζει, δικαιολογείται η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, ακόμη κι αν κάτι τέτοιο εμπεριέχει τον κίνδυνο να επέλθει ο θάνατος νωρίτερα», δήλωση που ουσιαστικά αναγνωρίζει τη θεωρία του διπλού αποτελέσματος.

¹⁷⁹ Ο δικτυακός τόπος της Dignitas είναι: <http://www.dignitas.ch/>

¹⁸⁰ Council of Europe (2004), ό.π., pp. 25-40, Vestergaard J., (2000), Medical Aid in Dying under Danish Law: Mainly Regarding Living Wills and Other Forms of Renouncing Life Prolonging Treatment, *European Journal of Health Law*, vol. 7, pp. 405-425, Μαραγκάκη Ε., (2001), ό.π., σ. 55.

4.1.8. Ιταλία

Στην Ιταλία προς το παρόν η ευθανασία απαγορεύεται και η ενεργή συμμετοχή σε αυτή τιμωρείται από το νόμο με φυλάκιση 6-15 ετών, με επιβαρυντικό παράγοντα την τέλεσή της από γιατρό. Ωστόσο, η χώρα αναγκάστηκε εκ των πραγμάτων να συζητήσει το θέμα ανοιχτά με αφορμή την υπόθεση του Piergiorgio Welby, ενός άνδρα 60 ετών, συγγραφέα και ζωγράφου, που έπασχε από μυϊκή δυστροφία, η οποία είχε οδηγήσει σε βαθμιαίο εκφυλισμό του μυϊκού του συστήματος. Ο Welby ήταν καθηλωμένος στην αναπηρική καρέκλα από τα 33 του και δε μπορούσε πια ούτε να μιλήσει, ούτε να φάει, ούτε να αναπνεύσει χωρίς βοήθεια. Η επιστολή που απέστειλε το Σεπτέμβρη του 2006 ο άνδρας στον νεοεκλεγέντα τότε πρόεδρο της Ιταλίας Giorgio Napolitano, αιτούμενος τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, έτσι ώστε να του επιτραπεί να δώσει τέρμα στη ζωή του, συγκλόνισε τη γείτονα χώρα¹⁸¹.

Ο Welby τελικά άφησε την τελευταία του πνοή στις 20 Δεκεμβρίου, βοηθούμενος από τον αναισθησιολόγο Mario Riccio, ο οποίος και αποσυνέδεσε το μηχάνημα τεχνητής αναπνοής του, χορηγώντας του και κοκταϊήλ παυσίπονων. Ο γιατρός κινδυνεύει να κατηγορηθεί για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, ενώ το όλο ζήτημα σήκωσε θύελλα αντιδράσεων και συζητήσεων για την προοπτική νομιμοποίησης της ευθανασίας. Τα κόμματα της ιταλικής αριστεράς μάχονται υπέρ μιας τέτοιας κατεύθυνσης, ενώ οι χριστιανοδημοκράτες, τα κόμματα της δεξιάς, αλλά και οι καθολικοί απορρίπτουν εκ προοιμίου οποιαδήποτε παρεμφερή προσπάθεια¹⁸².

4.2. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΚΟΣΜΟ

4.2.1. Η.Π.Α.

Στην Αμερική όσοι είναι, όπως λένε, «υπέρ της επιλογής τρόπου και χρόνου θανάτου» αυτοπροσδιορίζονται ως «pro-choice», ενώ όσοι κατά τα λεγόμενά τους είναι «υπέρ της ζωής», προτιμούν το «pro-life». Αν και οι Ηνωμένες Πολιτείες δεν έχουν νομιμοποιήσει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε επίπεδο κράτους, η Πολιτεία του Όρεγκον το έχει πράξει¹⁸³. Μάλιστα, η κυβέρνηση Μπους (Republican Party)

¹⁸¹ Σουφλέρη Ι., (2006): Είναι δικαίωμα ο θάνατος;, *Το Βήμα*, 01/10/06.

¹⁸² Heuzé R., (2006): La mort de Welby ouvre le débat sur l'euthanasie, *Le Figaro*, 22/12/06.

¹⁸³ Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 138-141, Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 987-991, Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σσ. 53-54, Μαργαρίτης Μ., (2000), ό.π., σ. 1231, Council of

προσπάθησε το 2004 να ανατρέψει το δικαίωμα των γιατρών της Πολιτείας να βοηθάνε ανθρώπους με ανίατες ασθένειες να αυτοκτονήσουν. Το Αμερικάνικο Δικαστήριο όμως δεν ενέκρινε την αλλαγή του νόμου¹⁸⁴.

Η στάση του προέδρου Bush απέναντι στην ευθανασία δεν είναι και τόσο ξεκάθαρη. Την εποχή που ήταν Κυβερνήτης του Τέξας, παραχώρησε το δικαίωμα στις κλινικές και τους γιατρούς να τερματίζουν την θεραπεία του ασθενή χωρίς καν την έγκριση του ίδιου ή της οικογένειας του. Παρόλα αυτά, δεν κράτησε την ίδια στάση στην πολύκροτη υπόθεση της Terri Schiavo και όταν το δικαστήριο της Φλόριντα ενέκρινε την διακοπή της «τεχνητής υποστήριξης στη ζωή» στην ασθενή, ο Πρόεδρος υποστήριξε ενεργά την αντίθεση του στον τερματισμό της ζωής της. Η Terri ήταν σε κώμα («συνεχή φυτική κατάσταση»- «permanent vegetative state») για 15 χρόνια. Η υπόθεση της δεν δίχασε μόνο την κοινή γνώμη, αλλά και την ίδια της την οικογένεια. Ο άνδρας της, που υποστήριζε ότι η ίδια θα ήθελε να αποσυνδεθεί από τα μηχανήματα που την κράταγαν στη ζωή, ήταν επί 7 χρόνια αντιμέτωπος με τους γονείς της στα δικαστήρια. Οι γονείς απ' την πλευρά τους υποστήριζαν ότι η Terri θα προτιμούσε να ζει σε αυτήν την κατάσταση απ' το να τερματίσει την ζωή της. Το Ομοσπονδιακό και το Ανώτατο δικαστήριο, απέρριψαν τελικά την αίτηση των γονιών της κι έτσι η Terri πέθανε το 2005¹⁸⁵, λίγες μέρες μετά την αποσύνδεση του σωλήνα σίτισής της.

Ο Γιατρός του θανάτου (Dr. Death)

Ο Αμερικανός παθολόγος της πολιτείας Μίσιγκαν, Δρ. Jack Kevorkian, γνωστός ως «Γιατρός του Θανάτου» υπήρξε μια προσωπικότητα ιδιαίτερη που ταρακούνησε

Europe (2004), ό.π., pp. 105-115, Pakes F.,(2005), ό.π., pp. 125-127, Keown J., (2002), ό.π., p. 167-180. Πολλές πληροφορίες, καθώς και άρθρα για την αντιμετώπιση της ευθανασίας στις ΗΠΑ υπάρχουν στο δικτυακό τόπο μιας πλούσιας βάσης δεδομένων: <http://www.euthanasia.com/page6.html>

¹⁸⁴ Πληροφορίες έχουν αντληθεί από την εκπομπή «Εξάντας» του Νίκου Αυγερόπουλου, που προβλήθηκε στις 7 Μαΐου 2007 από το κρατικό κανάλι της NET: <http://exandas.ert.gr/>. Μάλιστα, Οι κυριότερες δικαστικές αποφάσεις στις ΗΠΑ που αφορούν την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία αναφέρονται στο δικτυακό τόπο της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ελλάδας (http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=64&document_id=398) και είναι οι εξής: [In re Quinlan](#) (March 31, 1976), [Cruzan v. Director, M.D.H.](#) (June 25, 1990), [Washington v. Glucksberg](#) (June 26, 1997), [Vacco v. Quill](#) (June 26, 1997), [People v. Kevorkian](#) (November 20, 2001), [Bush v. Schiavo](#) (September 23, 2004), [Gonzales v. Oregon](#) (January 17, 2006).

¹⁸⁵ Βλ. σχετικά άρθρα στην εφημερίδα *Καθημερινή*: Την τελευταία της πνοή άφησε χθες η Σκιάβο, 01/04/2005, Με υπογραφή Μπους αναστέλλεται η ευθανασία για την Τέρι, 22/03/2005. Επίσης, Campo-Flores A., (2005), The Legacy of Terri Schiavo, *Newsweek*, April 4.

την αμερικάνικη κοινωνία. Υπεράσπισε, με τον δικό του, προκλητικό πολλές φορές τρόπο, το δικαίωμα του ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια να πεθάνει. Μάλιστα, ζωγράφισε, φωτογράφησε και βιντεοσκόπησε το θέμα του θανάτου.

Ο ίδιος δήλωσε ότι βοήθησε 130 ασθενείς να πεθάνουν, είχε προχωρήσει μάλιστα και στη δημιουργία «μηχανών ευθανασίας». Μια από αυτές την ονόμασε «Θάνατρον» (Thanatron). Επρόκειτο για ένα μηχάνημα που μπορούσε να μεταφέρει μέσω μιας βελόνας την θανατηφόρα δόση του φαρμάκου στον ασθενή. Μια άλλη από τις εφευρέσεις του, την ονόμασε «Μηχάνημα του Οίκτου» (Mercitron) και επρόκειτο για μια μάσκα αερίου που εξέπεμπε μονοξειδίο του άνθρακα.

Ο Kevorkian, αποφάσισε στις 24 Νοεμβρίου το 1998 να μεταδώσει τηλεοπτικά στην εκπομπή «60 λεπτά» (60 minutes) την ευθανασία του ασθενή του Thomas Youk, που είχε βιντεοσκοπήσει δύο περίπου μήνες πριν. Μετά την τηλεοπτική μαρτυρία ότι ο ίδιος έκανε την θανατηφόρα ένεση στον ασθενή, καταδικάστηκε σε φυλάκιση για δολοφονία.

Ο «Γιατρός του Θανάτου» αποφυλακίστηκε το 2006, διότι έπασχε και ο ίδιος από ανίατη ασθένεια...

Πολιτεία Όρεγκον

Το Όρεγκον είναι η πρώτη πολιτεία που νομιμοποίησε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία με το νόμο «Θάνατος με αξιοπρέπεια» (Oregon Death with Dignity Act.) το 1994, η εφαρμογή του οποίου ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 1997.

Βασική προϋπόθεση είναι να βρίσκεται ο ασθενής στους τελευταίους 6 μήνες της ανίατης αρρώστιας του. Μετέπειτα, ο ασθενής πρέπει να κάνει δύο προφορικές αιτήσεις και μια γραπτή, με χρονική απόσταση 15 ημερών μεταξύ των αιτήσεων, πιστοποιώντας την επιθυμία του να πεθάνει. Πρέπει ο ασθενής να είναι νοητικά ικανός να πάρει αυτήν την απόφαση και να έχει γίνει ιατρική διάγνωση της κατάστασης του από δύο γιατρούς. Σημαντικό στοιχείο της διαδικασίας είναι ότι οι γιατροί στο Όρεγκον μπορούν μόνο έμμεσα να βοηθήσουν έναν ασθενή να πεθάνει σε αντίθεση με την Ολλανδία που μπορεί ακόμα και ο ίδιος ο γιατρός να κάνει την θανατηφόρο ένεση.

Οι ασθενείς που ζητάνε την βοήθεια του γιατρού για να αυτοκτονήσουν πρέπει να είναι μόνιμοι κάτοικοι της πολιτείας του Όρεγκον.

4.2.2. Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία

Η Αυστραλία είναι μια ειδική περίπτωση όσον αφορά το θέμα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας¹⁸⁶. Ενώ το 1995 μια πολιτεία στην Αυστραλία (Northern Territory of Australia) πέρασε έναν νόμο (Rights of the Terminally Ill Act 1995 - ROTTI¹⁸⁷), που επέτρεπε την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ο νόμος ακυρώθηκε τον Μάρτιο του 1997 με την παρέμβαση της Ομοσπονδιακής Βουλής. Στο μεταξύ, 4 άνθρωποι κατάφεραν να βοηθηθούν για να τερματίσουν την ζωή τους νόμιμα. Ο Dr. Philip Nitschke, ήταν ο ειδικευμένος γιατρός και υπεύθυνος για τον τερματισμό της ζωής των 4 ασθενών στο διάστημα αυτό. Το 1997 γίνεται μάλιστα και ο ιδρυτής της αυστραλιανής οργάνωσης υπέρ της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, της Exit International¹⁸⁸. Γνωστός και ως ο «Γιατρός του Θανάτου της Αυστραλίας», ο Nitschke είχε εφεύρει το δικό του μηχάνημα. Ένα φορητό κομπιούτερ που είχε ένα πρόγραμμα θανάτου. Η οθόνη έκανε τρεις ερωτήσεις στον ασθενή για το εάν όντως επιθυμεί να πεθάνει, και ο ασθενής έπρεπε να διαλέξει ανάμεσα στα δύο κουμπιά, «ναι» ή «όχι». Και γινόταν και η τελευταία ερώτηση : Σε 15 λεπτά θα σου δοθεί μια θανατηφόρα ένεση. ΝΑΙ ή ΟΧΙ; Εάν ο ασθενής διάλεγε το «Ναι», γινόταν η ενεργοποίηση της σύριγγας και τερματιζόταν η ζωή του. Ο γιατρός συνέχισε τις έρευνες του για καινούριες μεθόδους υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και έφτιαξε το «COGen machine», που προκαλούσε τον θάνατο με την απελευθέρωση μονοξειδίου του άνθρακα, έχοντας σαν σκοπό να το μεταφέρει στην Αμερική. Τον έπιασαν στο τελωνείο όπου θεώρησαν παράνομη την μεταφορά του (σύμφωνα με τον νόμο Prohibited Export Act), και έτσι δεν έφτασε στο προορισμό του. Το 2004 δημιούργησε το «ήρεμο χάπι» έχοντας σαν στόχο να κάνει σεμινάρια για να μάθει στους ασθενείς πώς να το φτιάχνουν μόνοι τους. Σκοπός του Dr. Philip Nitschke ήταν η δημιουργία ενός μηχανήματος ή χαπιού που θα επέτρεπε στον ασθενή να αυτοκτονήσει χωρίς την παρέμβαση γιατρού, νομιμοποιώντας έμμεσα δηλαδή τη διαδικασία «υποβοηθούμενης αυτοκτονίας» με την μετατροπή της σε καθαρά και μόνο αυτοκτονία.

¹⁸⁶ Αναπλιώτης Α., (2003), ό.π., σσ. 141-142, 54, Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ., (2006), ό.π., σ. 54, Pakes F.,(2005), ό.π., pp. 123-125, Keown J., (2002), ό.π., pp. 153-166. Πληροφορίες και σχετικά άρθρα υπάρχουν επίσης στο δικτυακό τόπο <http://www.euthanasia.com/page7.html>.

¹⁸⁷ Για το κείμενο του νόμου βλ. <http://www.nt.gov.au/>

¹⁸⁸ Ο δικτυακός της τόπος είναι ο εξής: <http://www.exitinternational.net/index.php?page=Home>.

Στη Νέα Ζηλανδία η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται από το νόμο, αν και τα δικαστήρια είναι σχετικά ελαστικά στην επιβολή των ποινών¹⁸⁹. Αντίθετα, σχετικά νόμιμη θεωρείται η παθητική ευθανασία, αφού στη νομοθεσία της χώρας προβλέπεται δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί θεραπεία ή να προσφύγει στις λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» (advance directives), εκφράζοντας έτσι την επιθυμία του για πιθανές μελλοντικές ιατρικές πράξεις που τον αφορούν. Πολλές προσπάθειες γίνονται ωστόσο τα τελευταία χρόνια για τη νομιμοποίηση της εκούσιας ευθανασίας, την αναγνώριση του δικαιώματος του ασθενούς να αποφασίσει ο ίδιος μόνο για το τέλος του με αξιοπρέπεια. Το 2003 μάλιστα είχε κατατεθεί σχετικό νομοσχέδιο στο Κοινοβούλιο (Death with Dignity Bill), το οποίο απορρίφθηκε με διαφορά μόλις 2 ψήφων (60-58)¹⁹⁰.

4.2.3. Καναδάς

Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα του Καναδά «όποιος βοηθήσει, συμβουλέψει, ή ενθαρρύνει κάποιον να αυτοκτονήσει, ανεξάρτητα από την επιτυχία ή αποτυχία της πράξης, μπορεί να καταδικαστεί σε φυλάκιση μέχρι και για 14 χρόνια». Ταυτόχρονα είναι παράνομο να αποφασίσουν οι γιατροί να τερματιστεί η θεραπεία ενός ασθενή καθώς ο ποινικός κώδικας αναφέρει ότι «όλοι έχουν την νομική υποχρέωση να προσφέρουν βοήθεια σε κάποιον που είναι άρρωστος ή για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορεί να συνεχίσει να ζει χωρίς εξωτερική υποστήριξη»¹⁹¹.

Παρόλα αυτά ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει ο ίδιος να σταματήσει την θεραπεία του και να αποφασίσει για το είδος θεραπείας που θα ακολουθήσει. Ένας ασθενής μπορεί να απορρίψει ακόμα και μια θεραπεία η διακοπή της οποίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε θάνατο.

Ο Καναδάς παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Τον Ιούνιο του 2005, η Βουλευτής και νομοθέτης προσπάθησε να περάσει το νομοσχέδιο C-407,

¹⁸⁹ Πληροφορίες για το καθεστώς στη Νέα Ζηλανδία παρατίθενται στο δικτυακό τόπο της Οργάνωσης υπέρ της εκούσιας ευθανασίας, Voluntary Euthanasia Society New Zealand: <http://www.ves.org.nz/index.htm>

¹⁹⁰ Μια σύντομη περιγραφή των προβλέψεων του νόμου παρατίθεται στο δικτυακό τόπο του Κοινοβουλίου της Νέας Ζηλανδίας: http://www.parliament.nz/en-NZ/PB/Debates/Debates/Speeches/4/1/1/47HansS_20030730_00001103-Brown-Peter-Death-with-Dignity-Bill-First.htm.

¹⁹¹ Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σσ. 984-987.

όπου θα επέτρεπε σε οποιοδήποτε να βοηθήσει κάποιον να αυτοκτονήσει χωρίς την παρουσία γιατρού. Το νομοσχέδιο προκάλεσε έντονες αντιδράσεις και δεν συγκέντρωσε την απαιτούμενη υποστήριξη. Παρόλα αυτά η Francine Lalonde, συνέχισε και το 2006 να προσπαθεί για να περάσει ο νόμος C-407.

4.2.4. Ιαπωνία

Η Ιαπωνία νομιμοποίησε την εθελοντική ευθανασία το 1962 (Nagoya High Court Decision of 1962)¹⁹². Ο νόμος αυτός πέρασε μετά την υπόθεση Yamagouchi. Ο γιος έδωσε δηλητηριασμένο γάλα στην μητέρα του για να το δώσει στον πατέρα του που έπασχε από ανίατη ασθένεια. Η υπόθεση υπήρξε σημαντική γιατί όρισε τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες η ευθανασία θα θεωρείται νόμιμη στην Ιαπωνία. Προϋποθέσεις για να θεωρηθεί η διαδικασία νόμιμη, είναι να υποφέρει αβάσταχτα ο ασθενής, να μην υπάρχει καμία ελπίδα βελτίωσης, να έχει γίνει αίτηση από τον ίδιο τον ασθενή, να γίνει η πράξη από γιατρό και η διαδικασία να γίνει με «ηθικά σωστό τρόπο».

Δύο υποθέσεις είναι διάσημες στην Ιαπωνία όπου καταδικάστηκαν δύο γιατροί για την μη τήρηση των προϋποθέσεων για ευθανασία: η υπόθεση του 1995, όπου ένας γιατρός τερμάτισε την ζωή ενός ασθενή στο Νοσοκομείο της Τοκάι (Tokai University Hospital) χωρίς να μπορέσει να αποδειχτεί ότι το είχαν εγκρίνει οι γονείς του, και η υπόθεση της Σετσούκο Σούδα (Setsuko Suda) το 2002 που καταδικάστηκε για τον θάνατο ενός 58χρονου άνδρα.

Παρόλο που είναι νόμιμη η υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην Ιαπωνία, επί της ουσίας δεν χρησιμοποιείται και δεν έχει γίνει ανοιχτή συζήτηση για το θέμα. Σύμφωνα με τον καθηγητή Rihito Kimura το γεγονός αυτό εξηγείται μόνο εάν λάβουμε υπόψη τις κοινωνικές παραμέτρους. Οι ασθενείς θεωρούν ότι είναι εξαρτώμενοι από την κοινωνία και την οικογένεια τους, οπότε μια προσωπική απόφαση για τον θάνατο τους, δεν θα ήταν σύμφωνη με την κουλτούρα τους¹⁹³.

¹⁹² Long Orpett S., (2002), Life is more than a survey: Understanding attitudes towards euthanasia in Japan, *Theoretical Medicine*, vol. 23, pp. 305-319.

¹⁹³ Ο Kimura είναι διαπρεπής καθηγητής Βιοηθικής και μέλος της Ιαπωνικής Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής. Δικτυακός τόπος: <http://www.bioethics.jp/licht.html>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Διαχρονικά, η ευθανασία αποτελεί αναμφίβολα ένα από τα πιο πολυσυζητημένα ηθικά, νομικά, κοινωνικοφιλοσοφικά διλήμματα. Τα ερωτήματα ξεκινούν ήδη από την ετυμολογία της λέξης: Ευ-θανασία σημαίνει «καλός θάνατος» και το επίθετο «καλός» προδιαθέτει εξ αρχής ευνοϊκά απέναντι στην ιδέα. Στην αρχαιότητα, όπως είδαμε, οι Στωικοί και οι Επικούριοι ήταν ανεκτικοί απέναντι στην εκούσια επιδίωξη του θανάτου, όταν η ζωή γινόταν για οποιοδήποτε λόγο αφόρητη. Από την άλλη μεριά ο Ιπποκράτης υπήρξε στον Όρκο του κατηγορηματικός: «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλίην τειήνδε». Αυτή η διάσταση γνώμης συνεχίστηκε στους αιώνες που ακολούθησαν και εξακολουθεί να επικρατεί και στις μέρες μας. Από τη μια μεριά, υπάρχει η αναγνώριση του δικαιώματος του ατόμου να επιλέγει ανάμεσα σε μια ζωή γεμάτη πόνο και τον ειρηνικό θάνατο και από την άλλη, η πεποίθηση ότι η ευθανασία δε διαφέρει ουσιαστικά από το φόνο. Το κοινό είναι έτοιμο να ασπαστεί τη μια ή την άλλη άποψη, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο του παρουσιάζεται κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.

Εκείνο που είναι γεγονός πάντως είναι ότι δεν υπάρχει ισχυρότερη ή διαχρονικότερη απαγόρευση στην ιατρική από τον κανόνα της μη θανάτωσης των ασθενών¹⁹⁴. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια έχουμε γίνει μάρτυρες μιας τάσης να δείχνουμε μεγαλύτερη ευελιξία στο θέμα αυτό, επιτρέποντας σε άτομα που πάσχουν από σοβαρά νοσήματα ή ασθένειες τελικού σταδίου να πεθάνουν και μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμη και να τα βοηθάμε να πεθάνουν. Είδαμε για παράδειγμα ότι σήμερα, η Ολλανδία και το Βέλγιο επιτρέπουν (υπό όρους) την ευθανασία, ενώ στην Ελβετία - κοντά στη Ζυρίχη- λειτουργεί ήδη η γνωστή κλινική «υποβοηθούμενης αυτοκτονίας» «Dignitas». Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτρέπεται και στην πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ. Πλην των παραπάνω εξαιρέσεων όμως, στις περισσότερες έννομες τάξεις δεν υπάρχουν ειδικές ρυθμίσεις για το ζήτημα της ευθανασίας, το οποίο και ρυθμίζεται de lege lata από τις διατάξεις που αφορούν την προστασία της ζωής. Αυτό δείχνει μάλλον ότι οι έννομες τάξεις είναι ακόμη συντηρητικές ως προς

¹⁹⁴ Beauchamp T., (2007), ό.π., σ. 15.

την αντιμετώπιση του θανάτου και την αναμόρφωση των δικαιοϋκων ρυθμίσεων. Οι αναμορφωτικές τάσεις περιορίζονται σε επίπεδο νομοθετικών προτάσεων και διατύπωσης κατευθυντήριων αρχών μη δεσμευτικού χαρακτήρα για τον ιατρό, που όμως βοηθούν την υπαγωγή των μορφών συμπεριφοράς και στάσης του ως προς το θνήσκοντα άρρωστο στις *de lege lata* διατάξεις¹⁹⁵. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσεται και η χώρα μας, όπου η πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή η επίσπευση αυτού, προκειμένου να συντομευθεί η αγωνία ετοιμοθάνατου ή πάσχοντος από ανίατη ασθένεια, φαίνεται πως εξακολουθεί να αποτελεί ταμπού και για το θέμα αποφαινόμενοι κάθε φορά *ad hoc*, με βάση τις ισχύουσες διατάξεις, οι δικαστικές αρχές. Η Γαλλία ακολουθούσε μέχρι πρότινος μια τέτοια πρακτική, όμως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ιδιαίτερη κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση, αλλά και νομοθετική δραστηριότητα αναφορικά με το ζήτημα των πρακτικών ευθανασίας, γεγονός που αποτέλεσε και το κίνητρο ενασχόλησής μας με τη γαλλική έννομη τάξη, σε αντιπαραβολή με την ελληνική, στην παρούσα μελέτη.

Κατά την ανάλυση που προηγήθηκε, καταβλήθηκε λοιπόν προσπάθεια να φωτιστεί όσο το δυνατόν πληρέστερα το νομικό καθεστώς που διέπει την ευθανασία σε Ελλάδα και Γαλλία. Η μελέτη ανέδειξε αρκετές ομοιότητες, αλλά και σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο χώρες. Εκείνο που έχει σημασία τελικά είναι πως οι δύο έννομες τάξεις δεν αναγνωρίζουν ένα δικαίωμα στην ευθανασία, από τη στιγμή που τιμωρούνται ποινικά οι σχετικές πρακτικές. Ελλάδα και Γαλλία, χωρίς να αναφέρουν τον όρο «ευθανασία» στα δικάια τους παρά μόνο σε νόμο για την ευθανασία ζώων, την εξομοιώνουν με ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Η διαφορά έγκειται στο ότι το γαλλικό ποινικό δίκαιο είναι πιο αυστηρό και κατασταλτικό από το ελληνικό, από τη στιγμή που δεν αναγνωρίζει ως ελαφρυντικές περιστάσεις την προηγούμενη συναίνεση, τον οίκτο ή τη συμπόνια. Αντίθετα, στην Ελλάδα υπάρχει η πρωτοποριακή διάταξη του άρθρου 300 του ΠΚ περί ανθρωποκτονίας με συναίνεση, που θεσπίζει ένα ηπιότερο αδίκημα σε σχέση με το κακούργημα της ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως, όταν συντρέχουν τα στοιχεία του οίκτου, της απαίτησης του θύματος και της ανίατης πάθησης. Σε γενικές γραμμές πάντως, οι δύο χώρες απαγορεύουν την ενεργητική θανάτωση ασθενούς σε τελικό στάδιο και την εξομοιώνουν με

¹⁹⁵ Βούλτσος Π., (2006), ό.π., σ. 61.

ανθρωποκτονία, με τις ανάλογες βεβαίως διατάξεις του ΠΚ που παρατέθηκαν στο 2^ο και 3^ο κεφάλαιο.

Από τη μια πλευρά, στην Ελλάδα το νομικό πλαίσιο θεωρείται αρκετά σαφές και επαρκές, η ενεργητική ευθανασία απαγορεύεται και ο σχετικός προβληματισμός δεν είναι έντονος. Οι όποιες συζητήσεις γίνονται μόνο επ' αφορμή περιστατικών ευθανασίας στο εξωτερικό και αυτές λόγω της γνωστοποίησής τους από τα ΜΜΕ. Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι πολύ ισχυροί, οι οικογένειες φροντίζουν τους ασθενείς τους, ομάδες πίεσης υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας δεν έχουν γίνει αισθητές, ο θάνατος παραμένει μάλλον ταμπού και η ελληνική νομολογία είναι, όπως διαπιστώσαμε, αρκετά φτωχή, ίσως γιατί υποθέσεις που σχετίζονται με την ευθανασία «κρύβονται» και δε φτάνουν στα δικαστήρια. Ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας απαγορεύει τη διενέργεια πράξεων με σκοπό την επίσπευση του θανάτου ασθενούς, αλλά είναι και το μόνο νομοθετικό κείμενο που αναφέρεται στην υποχρέωση του γιατρού να προσφέρει παρηγορητική αγωγή και να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του, με σεβασμό στη βούληση και αξιοπρέπεια του ασθενούς. Στη Γαλλία, από την άλλη πλευρά, παρά την αυστηρή ποινική νομοθεσία για περιπτώσεις ευθανασίας, η κοινή γνώμη είναι κινητοποιημένη και τάσσεται σε γενικές γραμμές υπέρ τέτοιων πρακτικών. Οι σχετικές υποθέσεις που έχουν δει το φως της δημοσιότητας και έχουν κριθεί από τα δικαστήρια, τις περισσότερες φορές επιεικώς, είναι αρκετές. Μάλιστα, η περίπτωση της ευθανασίας του νεαρού τετραπληγικού Vincent Humbert, υπήρξε το 2005 μια από τις αφορμές της ψήφισης ενός σημαντικού νόμου για το τέλος της ζωής, ο οποίος καταδικάζει μεν καθαρά τη σκοπούμενη θανάτωση ασθενούς τελικού σταδίου, κατοχυρώνει ωστόσο το δικαίωμα των ασθενών να αρνούνται μια θεραπευτική αγωγή ακόμη κι αν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τη ζωή τους, προάγει και κάνει υποχρεωτική την ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου και στους οικείους τους και καταδικάζει την επιθετική και παράλογη θεραπεία ασθενούς όταν κρίνεται άσκοπη και δεν αναμένεται κάποιο θεραπευτικό όφελος από αυτήν. Με αυτό τον τρόπο προστατεύεται ο ασθενής, αλλά και ο γιατρός, που δε βρίσκεται πλέον μόνος του μπροστά στο θάνατο ενός ανθρώπου.

Δικαίωμα στην ευθανασία, συνεπώς, δεν αναγνωρίζεται στις χώρες που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη και η ενεργητική ευθανασία απαγορεύεται ρητά.

Εκείνο που είναι γεγονός, ωστόσο, είναι η διαρκής πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, η αλλαγή της νοσολογίας του ανθρώπου, της ηθικής κάθε εποχής και κοινωνίας και της αντίληψης για το τέλος της ζωής, καθώς και η δυσκολία του θετικού δικαίου να αντιμετωπίσει τέτοια ζητήματα. Οι Γάλλοι αντιλήφθηκαν τα παραπάνω και προχώρησαν σε νομοθετικές μεταρρυθμίσεις, με όλα τα κενά και τις ατέλειες που μπορούν να έχουν. Στην Ελλάδα, όμως, η αντιμετώπιση της ευθανασίας εμπίπτει δικαϊκά στον Ποινικό Κώδικα, ο οποίος ανάγεται στη δεκαετία του 1950 και αναμφίβολα ένα κείμενο τόσο παλιό δε μπορεί να χειριστεί νέα δεδομένα που δε μπορούσαν να προβλεφθούν κατά τη θεσμοθέτησή του, πόσο μάλλον να αντιμετωπίσει διλήμματα του τέλους της ζωής. Χρειάζεται ίσως επαναπροσδιορισμός και αναθεώρηση της ελληνικής νομοθεσίας που απέχει μέχρι στιγμής από οποιαδήποτε ρύθμιση στο χώρο μεταξύ ζωής και θανάτου. Παραδείγματα και ενδεχόμενες λύσεις μπορούν να αντληθούν από πρακτικές άλλων χωρών, ίσως και της Γαλλίας. Ένα βήμα πρόοδου σημειώθηκε με την ψήφιση του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος και αναφέρεται, κατά τα γαλλικά πρότυπα, στην υποχρέωση του γιατρού να συμπαρίσταται στον ασθενή ως το τέλος της ζωής του με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του, ακόμη κι αν έχουν εξαντληθεί τα θεραπευτικά περιθώρια. Σίγουρα πάντως, χρειάζεται ένας ευρύς, ανοικτός και ειλικρινής κοινωνικός διάλογος για ένα τόσο πολυπαραμετρικό και δυσεπίλυτο ζήτημα, το οποίο δεν πρέπει να αφεθεί μόνο στο χώρο της ηθικής, εκτός δικαϊκών ρυθμίσεων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Όρκος του Ιπποκράτη
2. Διατάξεις του ελληνικού Ποινικού Κώδικα
3. Άρθρο 19 του Ελληνικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας
4. Διατάξεις του γαλλικού Ποινικού Κώδικα
5. Άρθρα 2, 3, 37, 38 του Γαλλικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας
6. Νόμος 2005-370 της 22/4/2005 για τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής
7. Σύσταση 1418 (1999) του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ασθενών τελικού σταδίου και των θνησκόντων

1. ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

1. ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΟΥΜΕΝΟΣ , ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ.

2. ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΞΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΑΥΤΟΥ ΑΔΕΛΦΕΙΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ, ΚΑΙ ΔΙΔΑΞΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ, ΗΝ ΧΡΗΖΩΣΙ ΜΑΝΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΣ.

3. ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ ΚΙΑ ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΞΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΩΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ ΙΗΤΡΙΚΩ ΑΛΛΩ ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ.

4. ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΖΟΜΑΙ ΕΠ'ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ ΕΙΡΞΕΙΝ.

5. ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝ ΔΕ ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ.

6. ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ.

7. ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΩΝΤΑΣ , ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΔΡΑΣΙΝ ΠΡΗΞΙΟΣ ΤΗΣΔΕ.

8. ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ, ΕΣΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΙΩΝ , ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ.

9. Α Δ'ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΗ Η ΙΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ , Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΕΙΗΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ , Α ΜΗ ΧΡΗΠΟΤΕ ΕΓΚΑΛΕΣΘΑΙ ΕΞΩ , ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ.

10. ΟΡΚΟΝ ΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ, ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ, ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΕΟΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

"Ορκίζομαι στον Απόλλωνα τον Ιατρό και στον Ασκληπιό και στην Υγεία και στην πανάκεια και σ' όλους τους Θεούς επικαλούμενος την μαρτυρία τους, να τηρήσω πιστά κατά τη δύναμη και την κρίση μου αυτό τον όρκο και το συμβόλαιό μου αυτό. Να θεωρώ αυτόν που μου δίδαξε αυτή την τέχνη ίσο με τους γονείς μου και να μοιραστώ μαζί μου τα υπάρχοντά μου και τα χρήματά μου αν έχει ανάγκη φροντίδας. Να θεωρώ τους απογόνους του ίσους με τ' αδέρφια μου και να τους διάξω την τέχνη αυτή αν θέλουν να τη μάθουν, χωρίς αμοιβή και συμβόλαιο και να μεταδώσω με παραγγελίες, οδηγίες και συμβουλές όλη την υπόλοιπη γνώση μου και στα παιδιά μου και στα παιδιά εκείνου με δίδαξε και στους άλλους μαθητές που έχουν κάνει γραπτή συμφωνία μαζί μου και σ' αυτούς που έχουν ορκισθεί στον ιατρικό νόμο και σε κανέναν άλλο και να θεραπεύω τους πάσχοντες κατά τη δύναμή μου και την κρίση μου χωρίς ποτέ, εκουσίως, να τους βλάψω ή να τους αδικήσω. Και να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο, ούτε να δώσω ποτέ τέτοια συμβουλή. Ομοίως να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για ν' αποβάλει. Να διατηρήσω δε τη ζωή μου και την τέχνη μου καθαρή και αγνή. Και να μη χειρουργήσω πάσχοντες από λίθους αλλά ν' αφήσω την πράξη αυτή για τους ειδικούς. Και σ' όποια σπίτια κι αν μπω, να μπω για την ωφέλεια των πασχόντων αποφεύγοντας κάθε εκούσια αδικία και βλάβη και κάθε γενετήσια πράξη και με γυναίκες και με άνδρες, ελεύθερους και δούλους. Και ό,τι δω ή ακούσω κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου, ή κι εκτός, για τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει ποτέ να κοινοποιηθεί, να σιωπήσω και να το τηρήσω μυστικό. Αν τον όρκο μου αυτό τηρήσω πιστά και δεν τον αθετήσω, είθε ν' απολαύσω για πάντα την εκτίμηση όλων των ανθρώπων για τη ζωή μου και για την τέχνη μου, αν όμως παραβώ και αθετήσω τον όρκο μου να υποστώ τα αντίθετα από αυτά".

2. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ

Άρθρο 14

Έννοια της αξιόποινης πράξης

1. Έγκλημα είναι πράξη άδικη και καταλογιστή στο δράστη της, η οποία τιμωρείται από το νόμο.
2. Στις διατάξεις των ποινικών νόμων ο όρος <<πράξη>> περιλαμβάνει και τις παραλείψεις.

Άρθρο 15

Έγκλημα που τελείται με παράλειψη

Όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόσκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος.

ΔΕΚΑΤΟ ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΓΚΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Άρθρο 299

Ανθρωποκτονία με πρόθεση

1. Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη.
2. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης.

Άρθρο 300

Ανθρωποκτονία με συναίνεση

Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση.

Άρθρο 301

Συμμετοχή σε αυτοκτονία

Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια σ' αυτή τιμωρείται με φυλάκιση.

Άρθρο 302

Ανθρωποκτονία από αμέλεια

1. Όποιος επιφέρει από αμέλεια το θάνατο άλλου τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών.
2. Αν το θύμα της πράξης, η οποία αναφέρεται στην προηγούμενη παράγραφο είναι οικείος του υπαιτίου, το δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από κάθε ποινή, αν πεισθεί ότι λόγω της ψυχικής οδύνης που υπέστη από τις συνέπειες της πράξης του δε χρειάζεται να υποβληθεί σε ποινή.

3. ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
(Νόμος υπ' αριθμ. 3418 /ΦΕΚ 287/28-11-2005)

Άρθρο 29: Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη κι εάν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτή την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.
2. Ο ιατρός λαμβάνει υπ' όψιν του τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής ακόμη κι αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.
3. Ο ιατρός αναγνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται σε τελειωτικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

4. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ **(CODE PENAL FRANCAIS)**

Article 221-1

Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Article 221-3

Le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que l'assassinat est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

Article 221-4

Le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis :

1^o Sur un mineur de quinze ans ;

2^o Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

3^o Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

4^o Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4^o bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4^o ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;

4^ο ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

5^ο Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;

6^ο A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

7^ο A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

8^ο Par plusieurs personnes agissant en bande organisée.

9^ο Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que le meurtre est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné ; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

Article 221-5

Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement.

L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis dans l'une des circonstances prévues aux articles 221-2, 221-3 et 221-4.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 221-6

Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende.

Article 223-6

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours

Article 223-13

Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.

Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans.

Article 223-14

La propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Article 132-24

Dans les limites fixées par la loi, la juridiction prononce les peines et fixe leur régime en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. Lorsque la juridiction prononce une peine d'amende, elle détermine son montant en tenant compte également des ressources et des charges de l'auteur de l'infraction.

La nature, le quantum et le régime des peines prononcées sont fixés de manière à concilier la protection effective de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de favoriser l'insertion ou la réinsertion du condamné et de prévenir la commission de nouvelles infractions.

5. ΓΑΛΛΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ **(CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE)**

Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique) Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 3 (article R.4127-3 du code de la santé publique) Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine .

Article 37 (article R.4127-37 du code de la santé publique)

I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

« II. - Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

« La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

« Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

« La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

Article 38 (article R.4127-38 du code de la santé publique)

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

6. ΝΟΜΟΣ ΤΗΣ 22/4/2005 ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΚΑΙ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

Après le premier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 2

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, les mots : « un traitement » sont remplacés par les mots : « tout traitement ».

Article 4

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 5

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Article 6

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-10. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 7

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-11 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. »

Article 8

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-12. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non

médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

Article 9

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-13 ainsi rédigé : « Art. L. 1111-13. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical. « Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 10

- I. - Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré une division ainsi rédigée : «Section 2. - Expression de la volonté des malades en fin de vie».
- II. II. - Avant l'article L. 1111-1 du même code, il est inséré une division ainsi rédigée : « Section 1. - Principes généraux ».
- III. III. - Dans la première phrase de l'article L. 1111-9, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section ».

Article 11

Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 12

Après l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6143-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-2-2. - Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services. Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 13

- I. - Après la première phrase de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- II. « Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. »
- III. II. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article 14

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 15

En application du 7° de l'article 51 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, une annexe générale jointe au projet de loi de finances de l'année présente tous les deux ans la politique suivie en matière de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile, dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 22 avril 2005.

Jacques Chirac

Discussion et adoption le 12 avril 2005.

**7. ΣΥΣΤΑΣΗ 1418(1999) ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΝΗΣΚΟΝΤΩΝ**

Recommendation 1418 (1999)

Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying

(Extract from the Official Gazette of the Council of Europe – June 1999)

1. The vocation of the Council of Europe is to protect the dignity of all human beings and the rights which stem therefrom.
2. Medical progress, which now makes it possible to cure many previously incurable or fatal diseases, the improvement of medical techniques and the development of resuscitation techniques, which make it possible to prolong a person's survival, to defer the moment of death. As a result the quality of life of the dying is often neglected, and their loneliness and suffering ignored, as is that of their families and care-givers.
3. In 1976, in its Resolution 613, the Assembly declared that it was "convinced that what dying patients most want is to die in peace and dignity, if possible with the comfort and support of their family and friends", and added in its Recommendation 779 (1976) that "the prolongation of life should not in itself constitute the exclusive aim of medical practice, which must be concerned equally with the relief of suffering".
4. Since then, the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine has formed important principles and paved the way without explicitly referring to the specific requirements of the terminally ill or dying.
5. The obligation to respect and to protect the dignity of a terminally ill or dying person derives from the inviolability of human dignity in all stages of life. This respect and protection find their expression in the provision of an appropriate environment, enabling a human being to die in dignity.
6. This task has to be carried out especially for the benefit of the most vulnerable members of society, a fact demonstrated by the many experiences of suffering in the past and the present. Just as a human being begins his or her life in weakness and dependency, he or she needs protection and support when dying.
7. Fundamental rights deriving from the dignity of the terminally ill or dying person are threatened today by a variety of factors:
 - i. insufficient access to palliative care and good pain management;
 - ii. often lacking treatment of physical suffering and a failure to take into account psychological, social and spiritual needs;

- iii. artificial prolongation of the dying process by either using disproportionate medical measures or by continuing treatment without a patient's consent;
- iv. the lack of continuing education and psychological support for health-care professionals working in palliative medicine;
- v. insufficient care and support for relatives and friends of terminally ill or dying patients, which otherwise could alleviate human suffering in its various dimensions;
- vi. patients' fear of losing their autonomy and becoming a burden to, and totally dependent upon, their relatives or institutions;
- vii. the lack or inadequacy of a social as well as institutional environment in which someone may take leave of his or her relatives and friends peacefully;
- viii. insufficient allocation of funds and resources for the care and support of the terminally ill or dying;
- ix. the social discrimination inherent in weakness, dying and death.

8. The Assembly calls upon member states to provide in domestic law the necessary legal and social protection against these specific dangers and fears which a terminally ill or dying person may be faced with in domestic law, and in particular against:

- i. dying exposed to unbearable symptoms (for example, pain, suffocation, etc.);
- ii. prolongation of the dying process of a terminally ill or dying person against his or her will;
- iii. dying alone and neglected;
- iv. dying under the fear of being a social burden;
- v. limitation of life-sustaining treatment due to economic reasons;
- vi. insufficient provision of funds and resources for adequate supportive care of the terminally ill or dying.

9. The Assembly therefore recommends that the Committee of Ministers encourage the member states of the Council of Europe to respect and protect the dignity of terminally ill or dying persons in all respects:

- a. by recognising and protecting a terminally ill or dying person's right to comprehensive palliative care, while taking the necessary measures:
 - i. to ensure that palliative care is recognised as a legal entitlement of the individual in all member states;
 - ii. to provide equitable access to appropriate palliative care for all terminally ill or dying persons;
 - iii. to ensure that relatives and friends are encouraged to accompany the terminally ill or dying and are professionally supported in their endeavours. If family and/or private networks prove to be either insufficient or overstretched, alternative or supplementary forms of professional medical care are to be provided;
 - iv. to provide for ambulant hospice teams and networks, to ensure that palliative care is available at home, wherever ambulant care for the terminally ill or dying may be feasible;

- v. to ensure co-operation between all those involved in the care of a terminally ill or dying person;
- vi. to ensure the development and implementation of quality standards for the care of the terminally ill or dying;
- vii. to ensure that, unless the patient chooses otherwise, a terminally ill or dying person will receive adequate pain relief and palliative care, even if this treatment as a side-effect may contribute to the shortening of the individual's life;
- viii. to ensure that health professionals are trained and guided to provide medical, nursing and psychological care for any terminally ill or dying person in co-ordinated teamwork, according to the highest standards possible;
- ix. to set up and further develop centres of research, teaching and training in the fields of palliative medicine and care as well as in interdisciplinary thanatology;
- x. to ensure that specialised palliative care units as well as hospices are established at least in larger hospitals, from which palliative medicine and care can evolve as an integral part of any medical treatment;
- xi. to ensure that palliative medicine and care are firmly established in public awareness as an important goal of medicine;
- b. by protecting the terminally ill or dying person's right to self-determination, while taking the necessary measures:
 - i. to give effect to a terminally ill or dying person's right to truthful and comprehensive, yet compassionately delivered information on his or her health condition while respecting an individual's wish not to be informed;
 - ii. to enable any terminally ill or dying person to consult doctors other than his or her usual doctor;
 - iii. to ensure that no terminally ill or dying person is treated against his or her will while ensuring that he or she is neither influenced nor pressured by another person. Furthermore, safeguards are to be envisaged to ensure that their wishes are not formed under economic pressure;
 - iv. to ensure that a currently incapacitated terminally ill or dying person's advance directive or living will refusing specific medical treatments is observed. Furthermore, to ensure that criteria of validity as to the scope of instructions given in advance, as well as the nomination of proxies and the extent of their authority are defined; and to ensure that surrogate decisions by proxies based on advance personal statements of will or assumptions of will are only to be taken if the will of the person concerned has not been expressed directly in the situation or if there is no recognisable will. In this context, there must always be a clear connection to statements that were made by the person in question close in time to the decision-making situation, more precisely at the time when he or she is dying, and in an appropriate situation without exertion of pressure or mental disability. To ensure that surrogate decisions that rely on general value judgements present in society should not be admissible and that, in case of doubt, the decision must always be for life and the prolongation of life;

- v. to ensure that – notwithstanding the physician’s ultimate therapeutic responsibility – the expressed wishes of a terminally ill or dying person with regard to particular forms of treatment are taken into account, provided they do not violate human dignity;
- vi. to ensure that in situations where an advance directive or living will does not exist, the patient’s right to life is not infringed upon. A catalogue of treatments which under no condition may be withheld or withdrawn is to be defined;
- c. by upholding the prohibition against intentionally taking the life of terminally ill or dying persons, while:
 - i. recognising that the right to life, especially with regard to a terminally ill or dying person, is guaranteed by the member states, in accordance with Article 2 of the European Convention on Human Rights which states that "no one shall be deprived of his life intentionally";
 - ii. recognising that a terminally ill or dying person’s wish to die never constitutes any legal claim to die at the hand of another person;
 - iii. recognising that a terminally ill or dying person’s wish to die cannot of itself constitute a legal justification to carry out actions intended to bring about death.

1. Assembly debate on 25 June 1999 (24th Sitting) (see Doc. 8421, report of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mrs Gatterer; and Doc. 8454, opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights, rapporteur: Mr McNamara).

Text adopted by the Assembly on 25 June 1999 (24th Sitting).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α) ΕΛΛΗΝΙΚΗ

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Β.Α., (1995): *Ευθανασία*, Αθήνα, εκδ. Ακρίτας.

ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ Α. Δ., (1996): *Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο: Ιατρική ευθύνη, ιατρική δεοντολογία: Ερμηνεία, νομοθεσία, νομολογία*, Θεσσαλονίκη, εκδ. Δημοπούλου.

ΑΝΑΠΛΙΩΤΗΣ Α., (2003): *Το δικαίωμα στην ευθανασία-αθανασία*, Αθήνα, εκδ. Ζημελ.

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Κ. Ν., (1974): *Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος*, Αθήνα, εκδ. Α. Ν. Σάκκουλας.

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Ν., (2000): *Ποινικό Δίκαιο. Γενικό Μέρος*, Αθήνα, εκδ. Π.Ν. Σάκκουλας.

ΒΕΑΥΣΧΑΜΠ Λ.Τ., (2007): *Ευθανασία. Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας, Αθήνα, εκδόσεις Αρχιπέλαγος.

ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., (2006): *Η ποινική προβληματική της ευθανασίας*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας.

ΔΑΓΤΟΓΛΟΥ Π. Δ., (2005): *Συνταγματικό Δίκαιο. Ατομικά Δικαιώματα Α'*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α. Ν. Σάκκουλας.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ/ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΤΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, (1997): *Ευθανασία=L' euthanasie*, Θεσσαλονίκη, Συζήτηση «στρογγυλής τραπέζης» τη 10^η Δεκεμβρίου 1996.

ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ (Ε.Ι.Ε.), (2000): *Ευθανασία. Η σημαντική του «καλού» θανάτου*, Ειδικές Μορφωτικές εκδηλώσεις «Επιστήμης Κοινωνία», Αθήνα, εκδ. Ε.Ι.Ε.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΝΙΚΑ, λήμμα «Ευθανασία», σ. 97.

ΕΠΙΒΑΤΙΑΝΟΣ Π., (1989): *Ιατρικό Δίκαιο. Δεοντολογία και προβληματική*, Αθήνα, εκδ. University Studio Press.

ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ι., (1999): *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α. Ν. Σάκκουλας.

ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, (2003): *Το πρόβλημα της Ευθανασίας*, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την ευθανασία, 17-18 Μαΐου 2002, Νεάπολη Θεσσαλονίκης, Αθήνα, εκδ. Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος.

- ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ., ΚΟΥΝΟΥΓΕΡΗ-ΜΑΝΩΛΕΔΑΚΗ Ε., ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ-ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ Ε. (διεύθυνση σειράς "Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής"), (2007): Ευθανασία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, εκδ. Σάκκουλας.
- ΚΑΙΣΑΡΗΣ Π., (1999): *Περί της ευθανασίας*, Πάτρα, Αχαϊκές εκδόσεις.
- ΚΑΝΑΤΣΙΟΣ Γ., (1955): *Η κατ' απαίτησιν ανθρωποκτονία*, Αθήνα.
- ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΣ Γ.Κ., (1996): *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*, Θεσσαλονίκη, εκδ. Σάκκουλας.
- ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ Δ. Λ., (1987): *Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο (από ποινική άποψη)*, Αθήνα, Εκδοτική Εστία.
- ΚΑΤΡΟΥΓΚΑΛΟΣ Γ., (1993): *Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α. Ν. Σάκκουλας.
- ΚΟΚΟΛΑΚΗΣ Γ. ΕΜ., (1994): *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α. Ν. Σάκκουλας.
- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Π., (2007): *Ευθανασία*, Εκλαϊκευμένη Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α. Ν. Σάκκουλας.
- ΜΠΕΚΑΣ Γ., (2004): *Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα*, Αθήνα, εκδ. Π. Ν. Σάκκουλας.
- ΝΑΝΑΣ Σ., (2006): *Εγκεφαλικός θάνατος, επιστημονική θεώρηση*, Αθήνα, εκδ. Σταμούλης.
- ΠΕΛΕΓΡΙΝΗΣ Θ., (1985): *Η ανθρώπινη ύπαρξη*, Αθήνα, εκδ. Καρδαμίτσα.
- ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Δ. ΕΥ., (2003): *Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδόσεις Α. Ν. Σάκκουλας.
- ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ-ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ Ε., (2001): *Εγκλήματα κατά της ζωής. Άρθρα ΠΚ 299-307*, Β' έκδοση, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, εκδ. Σάκκουλας.
- ΤΣΑΡΠΑΛΑΣ Α., (1976): *Η ποινική εκτίμηση των θεραπευτικών επεμβάσεων*, Αθήνα, εκδ. Αφοί Σάκκουλα
- ΤΣΙΓΚΡΗΣ Α., (2001): *Πολύκροτες δίκες. Τα εγκλήματα που συγκλόνισαν την Ελλάδα*, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας.
- ΧΡΥΣΟΓΟΝΟΣ Κ., (2006): *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα*, Αθήνα, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη.
- ΧΩΡΑΦΑΣ Ν., (1978): *Ποινικόν Δίκαιον, τομ. Α*, έκδοση 9^η, Αθήνα (επιμ. Κ. Ε. Σταμάτη).

Β) ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

AURENCHE S., (1999): *L'euthanasie, la fin d' un tabou?*, éd. ESF.

CERRUTI F.-R., (1987): *L'euthanasie. Approche médicale et juridique*, éd. Privat.

COUNCIL OF EUROPE, (2003): *Euthanasia, Volume 1-Ethical and Human Aspects*, Council of Europe Publishing.

COUNCIL OF EUROPE, (2004): *Euthanasia, Volume 2-National and European Perspectives*, Council of Europe Publishing.

GONZALVEZ F., (1995): *L'euthanasie en France: Un problème juridique et social*, Problèmes actuels de science criminelle, vol. VII, Presses universitaires d'Aix-Marseille.

PRADEL S., (2006): *Droit Pénal Général*, 16e éd., Cujas.

SICARD D., (2006), *L'alibi éthique*, Paris, ed. Plon.

STEFANI G., LEVASSEUR G., BOULOC B., (2005) *Droit pénal général*, 19ème éd., Collection Précis, Dalloz, Paris.

TENON Y., (1971), *Le massacre des aliénés, des théoriciens Nazis aux praticiens SS*, Paris, Casterman.

Γ) ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ Ι., (2006): «Συναίνεση» υπό προϋποθέσεις, *Το Βήμα*, 01/10/06.

ΔΑΜΙΓΟΣ Δ., ΣΙΑΦΑΚΑ Β., ΠΑΥΛΙΔΗΣ Ν., (2001), Σύγχρονες απόψεις και ερευνητικά δεδομένα για την ευθανασία, *Ιατρική*, τευχ. 75(3), σσ. 201-210.

ΔΡΑΓΩΝΑ-ΜΟΝΑΧΟΥ Μ., (2006): Η πρόκληση της «βιομηχανίας των δικαιωμάτων», *Το Βήμα*, 01/10/06.

ΓΡΑΦΑΚΟΥ Ο., ΣΠΥΡΑΚΗ Χ., ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Κ., (2006): Ευθανασία–Υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Αντιλήψεις, νόμοι και ρυθμίσεις στην Ελλάδα και στον υπόλοιπο κόσμο, *Επιθεώρηση Υγείας*, τευχ. Ιουλίου-Αυγούστου, σσ. 51-54.

ΔΑΜΙΓΟΣ Δ., ΣΙΑΦΑΚΑ Β., ΠΑΥΛΙΔΗΣ Ν., (2001): Σύγχρονες απόψεις και ερευνητικά δεδομένα για την ευθανασία, *Ιατρική*, τευχ. 75(3), σσ. 201-210.

ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ Λ., (1986): Η ευθανασία (από νομική άποψη), *Ποινικά Χρονικά*, τ. ΛΣΤ', σσ. 539-542.

- ΚΑΤΡΑΝΗ-ΚΡΙΑΡΗ Ι., (2002): Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα-Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου, *Ελληνική Δικαιοσύνη*, τευχ. 43, σσ. 1547-1549.
- ΚΑΤΣΑΝΤΩΝΗΣ Α., (1956): Η ανθρωποκτονία εν συναινέσει κατά τον νέον Ποινικόν Κώδικα, *Ποινικά Χρονικά*, τομ. ΣΤ', σ. 225-236.
- ΚΟΥΜΑΝΤΟΣ Γ., (2007): Από τον Ιπποκράτη στις μέρες μας, *Η Καθημερινή*, 18/03/2007.
- ΚΩΝΣΤΑΣ Γ. (2006): Ψάχνουν θανάτους στις βάρδιες του νοσηλευτή, *Τα Νέα*, 23/09/2006.
- ΜΑΝΩΛΕΔΑΚΗΣ Ι., (1994): Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο;, *Υπεράσπιση*, σσ. 523-532.
- ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ Μ., (2000): Η ευθανασία, *Ελληνική Δικαιοσύνη*, τομ. 41^{ος}, τευχ. 5, σσ. 1221-1232.
- ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ., (2000), Ευθανασία δε σημαίνει θανάτωση αλλά να πεθάνει κανείς καλά, *Τα Νέα*, 01/12/2000.
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Γ., ΕΛΑΦΡΟΣ Γ., (2003), Αντέχει η Ευρώπη την ευθανασία;, *Η Καθημερινή*, 05/10/2003.
- ΣΟΥΦΛΕΡΗ Ι., (2006): Είναι δικαίωμα ο θάνατος;, *Το Βήμα*, 01/10/06.
- ΣΥΓΚΛΟΝΙΖΕΙ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ ΓΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, *Καθημερινή*, 23/09/2006.
- ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ Α., (1993), Ιατρική ευθύνη και δεοντολογία, *Υπεράσπιση*, σσ. 507-522.
- ABBING ROSCAM H., (2006): Recent developments in Health Law in the Netherlands, *European Journal of Health Law*, 13: pp. 133-142.
- AFFAIRE D'EUTHANASIE DE SAINT-ASTIER, *Le Monde*, 13/01/2006.
- ALFANDARI E., PEDROT P., (2005), La fin de vie et la loi du 22 avril 2005, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, No 5, pp. 751-765.
- BARNETT R., (2004): Eugenics, *The Lancet*, vol. 363, p. 1742.
- BELGIUM, THE BELGIAN ACT ON EUTHANASIA OF MAY, 28TH 2002 (2003): Μετάφραση υπό την επίβλεψη του καθηγητή Βιοιατρικής Ηθικής Herman Nys, *European Journal of Health Law*, 10: pp. 329-335.
- CAMPO-FLORES A., (2005): The Legacy of Terri Schiavo, *Newsweek*, 04/04/2005.
- CIMAR L., (2006): Repérés juridiques et déontologiques en présence d' un patient inconscient en fin de vie, *Infokara*, Vol. 21, pp. 11-12.

- COELHO J., (2006): La France est-elle sur la voie de la dépénalisation de l'euthanasie?, *Medicine et Droit*, No 77, pp. 61-63.
- CORMIER M., (2002): Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, No 40, Septembre 2002, pp. 6-10.
- DUGUET A.-M., (2001): Euthanasia and Assistance to end of life legislation in France, *European Journal of Health Law*, vol. 8, pp. 109-123.
- DUMAY J.-M., (1996): Le «geste d'amour» d'une mère qui tua sa fille pour la délivrer, *Le Monde*, 02/02/96.
- DUNET-LAROUSSE E., (1998): L'euthanasie: signification et qualification au regard pénal, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, No 2, Avril-Juin, p. 265.
- DUPARC A., (2007): Nouveau suicide assisté d'une Française en Suisse, *Le Monde*, 22/09/2007.
- DURAND DE BOUSINGEN D., (2000): Change in France's law on euthanasia proposed, *The Lancet*, No 355, p. 909.
- EUTHANASIE: VERDICT CLEMENT A PERIGUEUX, *Le Monde*, 17/03/2007.
- EUTHANASIE: LE MEDECIN CONDAMNE, L'INFIRMIERE ACQUITTEE, *Le Figaro*, 15/03/2007.
- FILBET M., (2003): Mise en pratique des programmes de soins palliatifs en France, *European Journal of Health Law*, Vol. 10, pp. 24-25.
- GLASS N., (2000): Vienna Survey finds most Germans in support of assisted euthanasia, *The Lancet*, 355: p. 2057.
- GRUBB A., (2001), Euthanasia in England-A law lacking Compassion?, *European Journal of Health Law*, vol.8, pp. 89-93.
- HEUZE R., (2006): La mort de Welby ouvre le débat sur l'euthanasie, *Le Figaro*, 22/12/06.
- HURST S.A., MAURON A., (2003): Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, *British Medical Journal*, vol. 326, pp. 271-273.
- LAROUSSE-DUNET E., (1998): L'euthanasie: signification et qualification au regard du droit pénal, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, No 2: pp. 265-283, Avril-Juin.
- LEENEN H.J.J., (2001): The development of euthanasia in the Netherlands, *European Journal of Health Law*, vol. 8, pp. 125-133.
- LENA V., (2007): Euthanasie, le faux débat, *Le Monde*, 28/09/2007.

- L'APPEL DES 2.000 MEDECINS ET SOIGNANTS, *Nouvel Observateur*, 08/03/2006.
- L'EUTHANASIE EN PROCES AUX ASSISES DE LA DORDOGNE, *Le Figaro*, 12/03/2007.
- LONG ORPETT S., (2002): Life is more than a survey: Understanding attitudes toward euthanasia in Japan, *Theoretical Medicine*, vol. 23, pp. 305-319.
- MANAOUIL C., GIGNON M., (2006): Mise en œuvre de la loi sur la fin de vie, *Revue General de Droit Médical*, No 20, pp. 267-276.
- MAVROFOROU A., MICHALODIMITRAKIS E., (2001), Euthanasia in Greece, *European Journal of Health Law*, vol. 8, pp. 158-160.
- MASCHINO M., (2006): Des Pays-Bas à l'Espagne, le tournant, *Le Monde Diplomatique*, Novembre, vol. 25.
- MAZZOCATO C., (2001): Demande de suicide médicalement assisté ou d' euthanasie: que peut-elle cacher?, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, vol. 121, pp. 407-411.
- MICHALSEN A., REINHART K., (2006): "Euthanasia": a confusing term, abused under the Nazi regime and misused in present end-of-life debate, *Intensive Care Medicine*, vol. 32, pp. 1304-1310.
- MYSTAKIDOU K., PARPA E., TSILIKA E., KATSOUDA E, VLAHOS L., (2005): The evolution of euthanasia and its perceptions in greek culture and civilization, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 48, No 1, pp. 95-104.
- NYS H., (2006): Recent developments in Health Law in Belgium, *European Journal of Health Law*, vol. 13, pp. 95-99.
- NYS H., (2003): A presentation of the Belgian Act on Euthanasia against the background of Dutch Euthanasia Law, *European Journal of Health Law*, vol. 10, pp. 239-255.
- OST S., (2006): Doctors and nurses of death: A case study of eugenically motivated killing under the Nazi "euthanasia" Programme, *Liverpool Law Review*, vol. 27, pp. 5-30.
- PAILLOT J., (2004): L'euthanasie et le Droit, Note d'analyse critique, Transcription d'une conférence donnée au colloque de bioéthique de Paray-le-Monial le 13 novembre 2004, Centre Français pour la Justice et les Droits fondamentaux.
- PAKES F., (2005): Under siege: The global fate of euthanasia and assisted-suicide legislation, *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, vol. 13/2, pp. 119-135.

PEREIRA A. (1998,1999,2003): L'infirmière accusée d'euthanasie avait assisté à un meurtre par arme à feu dans son service, *Le Monde*, 28/07/1998, Euthanasie: Christine Malèvre s'est vu notifier sa mise en examen pour "assassinats", *Le Monde*, 18/06/1999, Christine Malèvre jugée aux assises pour l'assassinat de sept patients, *Le Monde*, 21/01/2003, Christine Malèvre a été condamnée à 12 ans de réclusion criminelle, *Le Monde*, 17/10/2003.

POULAIN P., (1998): The evolution of palliative care in France, *European Journal of Palliative Care*, vol. 5(1), p. 4.

PRIEUR S., (2002): Les droits des patients dans la loi du 4 mars 2002, *Revue General de Droit Medical*, No 8, p. 119.

SALVAGE P., (1991) : Le consentement en Droit pénal, *Revue des Sciences Criminelles*, pp. 699-710.

UNE AFFAIRE D'EUTHANASIE RENVOYÉE DEVANT LES ASSISES, *Le Monde*, 07/01/2006.

VESTERGAARD J., (2000): Medical Aid in Dying under Danish Law: Mainly Regarding Living Wills and Other Forms of Renouncing Life Prolonging Treatment, *European Journal of Health Law*, vol. 7, pp. 405-425.

WEBER W., (2002): Netherlands legalize euthanasia, *The Lancet*, vol. 357, p. 1189.

Δ) ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ – ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΡΙΒΕΣ

MARAΓΚΑΚΗ Ε., (2001): Η συναίνεση του ασθενούς από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου. Σύγκριση με το γαλλικό ποινικό δίκαιο, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στο ποινικό δίκαιο, Νομική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

BORENNE-MICHAUT J., (2004): La légalisation de l'euthanasie comme réponse au débat sur la fin de vie?, Mémoire présenté dans le cadre du DEA de sciences pénales et sciences criminologiques de l'Université de Droit, d' Economie et des Sciences D' Aix-Marseille

HAUGER S.J.F., (2001): L'euthanasie en France: perspectives législatives, Faculté de Droit, de Gestion et de Science Politique de Strasbourg, Université Robert Schuman.

GIRAULT C., (2002): Le droit face à l'épreuve des pratiques euthanasiques, Faculté de Droit et de Science Politique d' Aix-Marseille, Presses universitaires d' Aix-Marseille.

ROBIN L., (2002): L'euthanasie en Europe, DEA de Droit Pénal et de Politique Criminelle en Europe, Panthéon-Sorbonne Université Paris I.

RYCKEWAERT G., (2001): Le droit face à l'euthanasie, DEA de droit privé, Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales, Université Lille 2.

Ε) ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

www.bioethics.gr/ (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ελλάδας)

tovima.dolnet.gr/front_page.php (Εφημερίδα «Το Βήμα»)

www.enet.gr/online/online (Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία»)

www.kathimerini.gr/ (Εφημερίδα «Καθημερινή»)

<http://exandas.ert.gr/> (Εκπομπή «Εξάντας» του Γιώργου Αυγερόπουλου)

www.coe.int (Council of Europe - Συμβούλιο της Ευρώπης)

www.echr.coe.int/echr/ (Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου)

<http://www.ccne-ethique.fr/> (Comité Consultatif National d' Ethique - Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Γαλλίας)

www.legifrance.gouv.fr/ (Επίσημη δικτυακή πύλη της γαλλικής νομοθεσίας)

www.sante.gouv.fr/ (Γαλλικό Υπουργείο Υγείας)

www.sfap.org (Société Française d' Accompagnement et de Soins Palliatifs - Γαλλική Ένωση Συνοδείας και Παρηγορητικής Φροντίδας)

<http://www.euthanasia.com/index.html> (Πλούσια βάση δεδομένων για την ευθανασία, την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τις διαθήκες ευθανασίας, την ανθρωποκτονία από οίκο)

www.admd.net/ (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité - Ένωση για το δικαίωμα προς έναν αξιοπρεπή θάνατο)

www.exitinternational.net (Exit International Australia)

<http://www.cfjd.org/> (Centre Français pour la Justice et les Droits fondamentaux de la personne humaine – Γαλλικό Κέντρο για τη Δικαιοσύνη και Θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου)

www.lemonde.fr (Εφημερίδα «Le Monde»)

www.lefigaro.fr (Εφημερίδα «Le Figaro»)

<http://tempsreel.nouvelobs.com/> (Περιοδικό «Nouvel Observateur»)

<http://www.dghs.de/> [Deutsches Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) – Γερμανική Ένωση για το Θάνατο με αξιοπρέπεια]

<http://www.ves.org.nz/index.htm> (Voluntary Euthanasia Society New Zealand – Ένωση για την Εκούσια Ευθανασία Νέα Ζηλανδία)

<http://www.bioethics.jp/licht.html> (Ιαπωνική Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής)