

CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI
MAREA CAMERĂ

HOTĂRÂREA
din 5 iunie 2015
În Cauza Lambert și alții împotriva Franței
(Cererea nr. 46043/14)
Strasbourg

Această versiune a fost rectificată la 25 iunie 2015 în conformitate cu art. 81 din Regulamentul Curții.

Hotărârea este definitivă. Aceasta poate suferi modificări de formă.

În Cauza Lambert și alții împotriva Franței,

Curtea Europeană a Drepturilor Omului, reunită în Marea Cameră compusă din Dean Spielmann, președinte, Guido Raimondi, Mark Villiger, Isabelle Berro, Khanlar Hajiyev, Ján Šikuta, George Nicolaou, Nona Tsotsoria, Vincent A. De Gaetano, Angelika Nußberger, Linos-Alexandre Sicilianos, Erik Møse, André Potocki, Helena Jäderblom, Aleš Pejchal, Valeriu Grițco, Egidijus Kūris, judecători, și Erik Fribergh, grefier,

după ce a deliberat în camera de consiliu la 7 ianuarie și 23 aprilie 2015,
pronunță prezenta hotărâre, adoptată la aceeași dată:

PROCEDURA

1. La originea cauzei se află cererea nr. 46043/14 îndreptată împotriva Republicii Franceze, prin care patru resortisanți ai acestui stat, domnul și doamna Pierre și Viviane Lambert, domnul David Philippon și doamna Anne Tuarze („reclamanții”), au sesizat Curtea la 23 iunie 2014, în temeiul art. 34 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale („Convenția”).

2. Reclamanții au fost reprezentați de J. Paillot, avocat în Strasbourg, și J. Triomphe, avocat în Paris. Guvernul francez („Guvernul”) a fost reprezentat de agentul guvernamental, domnul F. Alabrune, Directorul Direcției Afaceri Juridice din cadrul Ministerului Afacerilor Externe.

3. Reclamanții susțin în special că sistarea definitivă a alimentației și a hidratării artificiale ale lui Vincent Lambert ar fi contrare obligațiilor care îi revin statului în temeiul art. 2 din Convenție, ar constitui rele tratamente reprezentând tortură, în sensul art. 3 din Convenție, precum și o atingere adusă integrității sale fizice, în sensul art. 8 din Convenție.

4. Cererea a fost repartizată Secției a cincea a Curții (art. 52 § 1 din Regulament). La 24 iunie 2014, camera competentă a decis să aplice art. 39 din Regulament, să comunice Guvernului cererea și să o soluționeze cu prioritate.

5. La 4 noiembrie 2014, Secția a cincea reunită într-o cameră compusă din Mark Villiger, președinte, Angelika Nußberger, Boštjan M. Zupanèè, Vincent A. De Gaetano, André Potocki, Helena Jäderblom, Aleš Pejchal, judecători, și Stephen Phillips, grefier de secție, s-a desesizat în favoarea Marii Camere, fără ca vreuna dintre părți să se opună (art. 30 din Convenție și art. 72 din Regulament).

6. Componența Marii Camere a fost stabilită în conformitate cu art. 26 § 4 și § 5 din Convenție și cu art. 24 din Regulament.

7. Atât reclamanții, cât și Guvernul au formulat observații scrise cu privire la admisibilitate și la fondului cauzei.

8. Au fost primite observații și de la Rachel Lambert, François Lambert și Marie-Geneviève Lambert, soția, nepotul și, respectiv, sora-vitregă ai lui Vincent Lambert, Uniunea Națională a Asociațiilor Familiilor Persoanelor cu Traumatisme Craniene și Leziuni Cerebrale (UNAFTC), Asociația Amréso-Bethel, precum și de la Clinica pentru Drepturile Omului din cadrul Institutului Internațional pentru Drepturile Omului, cărora președintele le-a permis să intervină în procedura scrisă în calitate de terți (art. 36 § 2 din Convenție și art. 44 § 3 lit. a) din Regulament). Rachel Lambert, François

Lambert și Marie-Geneviève Lambert au fost, de asemenea, autorizați să intervină și în procedura orală.

9. La 7 ianuarie 2015, a avut loc o ședință publică la Palatul Drepturilor Omului din Strasbourg (art. 59 § 3 din Regulament).

S-au înfățișat:

– pentru Guvern

domnul F. Alabrune, Director al Direcției Afaceri Juridice
din cadrul Ministerului Afacerilor Externe și Dezvoltării Internaționale, *agent*,
doamna E. Jung, redactor la Departamentul pentru Drepturile
Omului din cadrul Ministerului Afacerilor Externe și
Dezvoltării Internaționale,
domnul R. Féral, redactor la Departamentul pentru Drepturile
Omului din cadrul Ministerului Afacerilor Externe și
Dezvoltării Internaționale,
doamna S. Rideau, consilier al Direcției Afaceri Juridice din cadrul Ministerului Afacerilor
Sociale,
Sănătății și Drepturilor Femeilor,
doamna I. Erny, consilier juridic la Direcția
pentru drepturile utilizatorilor, afaceri juridice
și etice a Ministerului Afacerilor Sociale,
Sănătății și Drepturilor Femeilor,
doamna P. Rouault-Chalier, Director adjunct al Direcției Generale Afaceri Juridice
și Contencios a Ministerului Justiției,
doamna M. Lambling, redactor la Biroul pentru drepturile
individuale și dreptul familiei din cadrul Ministerului Justiției *consilieri;*

– pentru

J. Paillot, avocat,
J. Triomphe, avocat, *avocați,*
domnul G. Puppinck,
Prof. X. Ducrocq,
Dr. B. Jeanblanc, *consilieri;*

reclamanți

– pentru Rachel Lambert, parte

L. Pettiti, avocat, *avocat,*
Dr. Oportus,
Dr. Simon, *consilieri;*

terță

intervenientă

– pentru François și Marie-Geneviève Lambert, terți intervenienți

M. Munier-Apaire, avocat în cadrul *Conseil d'État* (Consiliul de Stat) și Curții
de Casație,
B. Lorit, avocat, *avocați.*

Au fost prezenți și reclamanții (cu excepția primului reclamant), precum și Rachel Lambert, François Lambert și Marie-Geneviève Lambert, terți intervenienți.

Curtea a ascultat declarațiile domnului Alabrune și ale avocaților Paillot, Triomphe, Munier-Apaire și Pettiti, precum și răspunsurile domnului Alabrune și ale avocatului Paillot la întrebările adresate de unul dintre judecători.

ÎN FAPT

1) I. Circumstanțele cauzei

10. Reclamanții, toți resortisanți francezi, sunt domnul Pierre Lambert și soția lui, doamna Viviane Lambert, născuți în 1929 și, respectiv, 1945 și cu domiciliul în Reims, domnul David Philippon, născut în 1971 și cu domiciliul în Mourmelon, și doamna Anne Tuarze, născută în 1978 și cu domiciliul în Milizac. Aceștia sunt părinții, un frate vitreg și, respectiv, o soră ai lui Vincent Lambert, născut la 20 septembrie 1976.

11. Victima unui accident rutier care a avut loc la 29 septembrie 2008, Vincent Lambert a suferit un grav traumatism cranian, în urma căruia a devenit tetraplegic și total dependent. Conform expertizei medicale dispuse de *Conseil d'État* (Consiliul de Stat) la 14 februarie 2014, acesta se află într-o stare vegetativă cronică (infra, pct. 40).

12. În perioada septembrie 2008 – martie 2009, acesta a fost spitalizat în secția de reanimare și apoi în secția neurologie din cadrul Spitalului Châlons-en-Champagne. Din martie până în iunie 2009, a fost luat în îngrijire la Centrul de helioterapie din Berck-sur-Mer și ulterior, din 23 iunie 2009, la Spitalul Universitar (CHU) din Reims, în cadrul unității pentru pacienți aflați într-o stare paucirelațională (stare de conștiență minimă) (unitate de asistență medicală de recuperare și reabilitare), unde se află internat în continuare. Această unitate găzduiește opt pacienți în stare vegetativă sau în stare de conștiență minimă. Vincent Lambert beneficiază de hidratare și nutriție artificiale pe cale enterală, și anume prin intermediul unei sonde gastrice.

13. În iulie 2011, acesta a făcut obiectul unei evaluări efectuate de un departament special al Universității din Liège, Coma Science Group, care a concluzionat că acesta era într-o stare neurovegetativă cronică, denumită „conștiență minimă plus”. Conform recomandărilor făcute de Coma Science Group, acesta a beneficiat de ședințe zilnice de kinetoterapie între luna septembrie 2011 și sfârșitul lunii octombrie 2012, care nu au avut rezultate, precum și de 87 de ședințe de ortofonie în perioada martie-septembrie 2012, în vederea stabilirii unui cod de comunicare. Totuși, nu a putut fi stabilit niciun cod. De asemenea, s-au făcut încercări de a-l așeza într-un scaun cu rotile.

a) A. Prima decizie adoptată în temeiul Legii din 22 aprilie 2005

14. Având în vedere că, în 2012, persoanele care aveau grijă de Vincent Lambert au observat semne tot mai evidente pe care le-au interpretat ca fiind un refuz din partea acestuia al îngrijirilor și toaletei oferite, echipa medicală a inițiat, în cursul primelor luni ale anului 2013, procedura colegială prevăzută de Legea din 22 aprilie 2005 privind drepturile pacienților și finalul vieții (infra, pct. 54), implicând-o și pe soția acestuia, Rachel Lambert.

15. În urma acestei proceduri, dr. Kariger, medicul care avea grijă de Vincent Lambert și șeful secției unde acesta era internat, a decis să întrerupă alimentația acestuia și să îi reducă hidratarea. Această decizie a fost pusă în aplicare la 10 aprilie 2013.

b) B. Ordonanță privind măsuri provizorii din 11 mai 2013

16. La 9 mai 2013, reclamantii au sesizat judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii din cadrul Tribunalului administrativ din Châlons-en-Champagne cu o acțiune întemeiată pe articolul L. 521-2 din Codul de procedură administrativă (cerere de protejare a unei libertăți fundamentale - *référé liberté*) vizând obligarea spitalului, sub sancțiunea plății unei penalități, la reluarea alimentației și a hidratării normale ale lui Vincent Lambert și acordarea eventualelor îngrijiri necesare stării acestuia.

17. Prin ordonanța din 11 mai 2013, judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii a admis cererile acestora. Judecătorul a considerat că, în absența unor directive anticipative din partea lui Vincent Lambert și în lipsa unei persoane de încredere, în sensul dispozițiilor relevante din Codul sănătății publice, procedura colegială trebuia să implice familia lui, în pofida faptului că părerile membrilor acesteia erau împărțite în ceea ce privește viitorul său. Judecătorul a subliniat că, deși soția lui Vincent Lambert fusese implicată în această procedură, din cercetările efectuate în cauză reieșea că părinții săi nu fuseseră informați cu privire la punerea în aplicare a procedurii și că decizia de a întrerupe alimentația și de a limita hidratarea, a cărei natură și ale cărei motive nu le erau cunoscute, nu le respecta dorințele.

18. În consecință, judecătorul a apreciat că aceste deficiențe procedurale constituiau o atingere gravă și vădit nelegală, adusă unei libertăți fundamentale, și anume dreptul la respectarea vieții, și a dispus ca respectivul spital să reînceapă alimentația și hidratarea normale ale lui Vincent Lambert și să îi acorde îngrijirile necesare stării sale de sănătate.

c) C. A doua decizie adoptată în temeiul Legii din 22 aprilie 2005

19. În septembrie 2013, a fost inițiată o nouă procedură colegială. Dr. Kariger a consultat șase medici, dintre care trei erau din afara spitalului (un neurolog, un cardiolog și un anestezist specializat în medicină paliativă), aleși de părinții, soția lui Vincent Lambert și, respectiv, de echipa medicală. De asemenea, acesta a luat cunoștință de contribuția scrisă a unui medic responsabil de o secție care includea o unitate de îngrijire specializată din cadrul unui centru de îngrijire.

20. Pe de altă parte, acesta a organizat două consilii de familie, la 27 septembrie și 16 noiembrie 2013, la care au participat soția, părinții și cei opt frați și surori ai lui Vincent Lambert. Rachel Lambert

și șase din cei opt frați și surori s-au pronunțat pentru întreruperea alimentației și a hidratării artificiale ale acestuia, în vreme ce reclamanții s-au pronunțat pentru menținerea lor.

21. La 9 decembrie 2013, dr. Kariger a reunit toți medicii, precum și aproape toți membrii personalului de îngrijire. În urma acestei reuniuni, dr. Kariger și cinci din cei șase medici consultați s-au declarat în favoarea întreruperii tratamentului.

22. Ulterior acestei consultări, dr. Kariger a anunțat, la 11 ianuarie 2014, intenția sa de a întrerupe nutriția și hidratarea artificiale începând cu 13 ianuarie, sub rezerva sesizării tribunalului administrativ. Decizia acestuia, un raport motivat de treisprezece pagini, a cărui sinteză de șapte pagini a fost citită familiei, a constatat în special că situația lui Vincent Lambert era caracterizată de natura ireversibilă a leziunilor sale cerebrale, că tratamentul părea să fie inutil, disproporționat și fără niciun efect în afara de menținerea artificială a vieții și că era cert faptul că Vincent Lambert nu dorea, înainte de accidentul lui, să trăiască în astfel de condiții. Dr. Kariger a concluzionat că prelungirea vieții acestuia, prin continuarea administrării unor tratamente de alimentație și hidratare artificiale, constituia o obstinație lipsită de caracter rezonabil.

d) D. Hotărârea Tribunalului administrativ din 16 ianuarie 2014

23. La 13 ianuarie 2014, reclamanții au sesizat Tribunalul administrativ din Châlons-en-Champagne cu o nouă cerere de măsuri provizorii (privind protejarea unei libertăți fundamentale), întemeiată pe articolul L. 521-2 din Codul de procedură administrativă, cu scopul de a interzice medicului în cauză și spitalului să întrerupă alimentația și hidratarea lui Vincent Lambert și de a dispune transferarea imediată a acestuia într-o unitate de îngrijire specializată din Oberhausbergen, condusă de asociația Amréso-Bethel (a se vedea supra, pct. 8). Rachel Lambert și François Lambert, nepotul lui Vincent Lambert, au intervenit în procedură în calitate de terți.

24. Tribunalul administrativ s-a reunit în ședință plenară la 15 ianuarie 2014, în complet format din nouă judecători. Prin hotărârea din 16 ianuarie 2014, acesta a suspendat executarea deciziei dr. Kariger din 11 ianuarie 2014.

25. Tribunalul a afirmat, în primul rând, că art. 2 din Convenție nu se opunea ca un stat să reglementeze posibilitatea ca o persoană să refuze un tratament care ar putea avea ca efect prelungirea vieții sale, sau ca un medic, care se ocupă de un pacient care nu are starea de sănătate necesară pentru a-și putea exprima voința și cu privire la care acesta apreciază, după ce a pus în aplicare o serie de garanții, că tratamentul care îi este administrat constituie o obstinație lipsită de caracter rezonabil, să întrerupă administrarea acestui tratament, sub supravegherea Consiliului Ordinului Medicilor, a comitetului de etică al spitalului, după caz, precum și a instanței administrative și a instanței penale.

26. În continuare, tribunalul a apreciat că, din dispozițiile relevante ale Codului sănătății publice, astfel cum reies din Legea din 22 aprilie 2005 și cum sunt clarificate în cadrul lucrărilor parlamentare, rezultă că alimentația și hidratarea artificiale pe cale enterală, care, asemenea medicamentelor, fac obiectul monopolului distribuției deținut de farmacii, sunt destinate să aducă un aport de nutrienți specifici pacienților ale căror funcții sunt deficitare și necesită recurgerea la tehnici invazive în vederea administrării acestora, constituie tratamente.

27. Observând că decizia dr. Kariger era întemeiată pe voința pe care și-ar fi exprimat-o Vincent Lambert, de a nu fi menținut în viață într-o stare care implică un grad ridicat de dependență și că acesta nici nu redactase directive anticipative, nici nu desemnase o persoană de încredere, tribunalul a considerat că poziția pe care acesta o exprimase în fața soției sale și a unuia dintre frații săi provenea de la o persoană sănătoasă, care nu se confruntase cu consecințele imediate ale dorinței sale și nu se afla în contextul unei manifestări formale a unei dorințe exprese, indiferent care erau cunoștințele sale profesionale cu privire la pacienții aflați într-o astfel de situație. În plus, tribunalul a apreciat că faptul că Vincent Lambert a avut relații conflictuale cu părinții săi, ale căror valori morale sau angajamente religioase nu le împărtășea, nu permitea să se considere că acesta și-ar fi exprimat o dorință certă de a refuza orice tratament și că nu se putea deduce din manifestările acestuia că se opunea îngrijirilor primite cu o voință univocă în ceea ce privește dorința acestuia de a rămâne sau nu în viață. Tribunalul a concluzionat că dr. Kariger apreciasse în mod eronat dorința lui Vincent Lambert.

28. Pe de altă parte, tribunalul a subliniat că, potrivit raportului întocmit în 2011 de Spitalul Universitar din Liège (a se vedea supra, pct. 13), Vincent Lambert se afla într-o stare pauci-relațională, care implica persistența unei percepții emoționale și existența unor posibile reacții la mediul înconjurător și că, prin urmare, alimentația și hidratarea artificiale nu aveau ca obiect menținerea acestuia în viață în mod artificial. În cele din urmă, instanța a apreciat că, în absența unor constrângeri sau suferințe cauzate de tratament, acesta nu putea fi considerat inutil sau disproporționat. Așadar, acesta a concluzionat că decizia dr. Kariger constituia o atingere gravă și vădit nelegală adusă dreptului la viață al lui Vincent Lambert, a dispus suspendarea executării acesteia și a respins cererea de transferare a acestuia într-o unitate de îngrijire specializată din

Oberhausbergen.

e) E. Decizia *Conseil d'État* din 14 februarie 2014

29. Prin trei cereri din 31 ianuarie 2014, Rachel Lambert, François Lambert și spitalul au formulat apel împotriva acestei hotărâri în fața judecătorului delegat cu luarea măsurilor provizorii din cadrul *Conseil d'État*. Reclamanții au formulat un apel incident, solicitând transferarea imediată a lui Vincent Lambert în unitatea de îngrijire specializată. Uniunea Națională a Asociațiilor Familiilor Persoanelor cu Traumatisme Craniene și Leziuni Cerebrale (UNAFTC, a se vedea supra, pct. 8) a formulat o cerere de intervenție.

30. În ședința din 6 februarie 2014, având ca obiect cererea de măsuri provizorii, președintele secției de contencios („assemblée du contentieux”) din cadrul *Conseil d'État* a decis să trimită cauza spre soluționare, în ședință plenară, unui complet format din șaptesprezece membri.

31. Ședința a avut loc la 13 februarie 2014. În concluziile prezentate în fața *Conseil d'État*, raportorul public a citat în special declarațiile făcute de ministrul Sănătății în fața senatorilor care examinau proiectul de lege Leonetti:

„Deși gestul de a opri un tratament (...) are ca rezultat decesul, intenția din spatele gestului [nu este aceea de a ucide, ci de a reda morții caracterul său natural și de a aduce alinare. Acest lucru este deosebit de important pentru personalul de îngrijire, al cărui rol nu este acela de a provoca decesul unei persoane.”

32. *Conseil d'État* a pronunțat decizia sa la 14 februarie 2014. După conexarea cererilor și admiterea cererii de intervenției a UNAFTC, *Conseil d'État* a precizat în următorii termeni care este rolul judecătorului delegat cu luarea măsurilor provizorii, care trebuie să se pronunțe pe baza articolului L. 521-2 din Codul de procedură administrativă :

„Întrucât, în temeiul [articolului L. 521-2], judecătorul administrativ delegat cu luarea măsurilor provizorii, sesizat cu o cerere în acest sens, justificată de o urgență deosebită, poate dispune toate măsurile necesare apărării unei libertăți fundamentale, căreia i s-a adus o atingere gravă și vădit nelegală de către o autoritate administrativă; întrucât aceste dispoziții legislative îi conferă judecătorului delegat cu luarea măsurilor provizorii, care, în principiu, se pronunță singur și în temeiul art. L. 511-1 din Codul de procedură administrativă, dispunând măsuri care prezintă un caracter provizoriu, competența de a lua, în cel mai scurt timp și ținând seama de criteriile evidente, măsurile de protecție necesare apărării libertăților fundamentale;

Întrucât, cu toate acestea, judecătorului delegat cu luarea măsurilor provizorii îi revine sarcina de a-și exercita competențele într-o manieră particulară, atunci când este sesizat, în temeiul articolului L. 521-2 (...), cu o decizie luată de un medic în temeiul Codului sănătății publice și care conduce la întreruperea sau neadministrarea unui tratament, pe motiv că acesta din urmă s-ar transpune într-o obstinație lipsită de caracter rezonabil și că executarea acestei decizii ar aduce atingere vieții în mod ireversibil; întrucât acesta trebuie, după caz, în complet colegial, să ia măsurile de protecție necesare pentru a împiedica executarea deciziei, atunci când este posibil ca aceasta să nu fie inclusă în ipotezele prevăzute de lege, procedând la concilierea libertăților fundamentale în cauză, și anume dreptul la respectarea vieții și dreptul pacientului de a consimți la efectuarea unui tratament medical și de a nu fi supus unui tratament care ar fi rezultatul unei obstinații lipsite de caracter rezonabil; întrucât, într-o asemenea ipoteză, judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii sau completul colegial care a fost sesizat cu cauza poate, după caz, după suspendarea cu titlu provizoriu a executării măsurii în cauză și înainte de a se pronunța cu privire la cererea cu care a fost sesizat, să dispună realizarea unei expertize medicale și să solicite, în temeiul articolului R. 625-3 din Codul de procedură administrativă, opinia oricărei persoane ale cărei competențe sau cunoștințe sunt de natură să ofere instanței clarificări utile.”

33. *Conseil d'État* a afirmat că, din textul articolelor relevante din Codul sănătății publice (articolele L. 1110-5, L. 1111-4 și R. 4127-37) și din lucrările parlamentare, rezulta că aceste dispoziții aveau o sferă de aplicare generală și că i se aplicau și lui Vincent Lambert la fel ca și tuturor beneficiarilor sistemului de sănătate, făcând următoarele precizări:

„Întrucât din aceste dispoziții rezultă că orice persoană trebuie să primească îngrijirile cele mai adecvate pentru starea sa de sănătate, fără ca actele de prevenire, investigare și îngrijire care sunt practicate să o supună unor riscuri disproporționate în raport cu beneficiile estimate; întrucât aceste acte nu trebuie totuși să fie continuate cu obstinație lipsită de caracter rezonabil și pot fi suspendate sau nerealizate atunci când par inutile sau disproporționate sau singurul lor efect este menținerea artificială a vieții, indiferent dacă persoana bolnavă este la finalul vieții sau nu; întrucât, în cazul în care aceasta nu are starea necesară pentru a-și exprima voința, decizia de a

limita sau de a întrerupe administrarea unui tratament, pe motiv că menținerea acestuia ar constitui o obstinație lipsită de caracter rezonabil, poate, fiind vorba despre o măsură susceptibilă să pună în pericol viața pacientului, să fie adoptată de medic doar cu respectarea procedurii colegiale, prevăzută în Codul de Deontologie Medicală și normele privind consultarea, stabilite în Codul sănătății publice; întrucât medicul are obligația, în cazul în care adoptă o astfel de decizie, să protejeze, în orice caz, demnitatea pacientului și să îi acorde îngrijiri paliative;

Întrucât, pe de altă parte, din dispozițiile articolelor L. 1110-5 și L. 1110-4 din Codul sănătății publice, clarificate în cadrul lucrărilor parlamentare desfășurate înainte de adoptarea Legii din 22 aprilie 2005, rezultă că legiuitorul a intenționat să includă în rândul tratamentelor care pot fi limitate sau întrerupte, pe motiv că reflectă o obstinație lipsită de caracter rezonabil, toate actele care au ca scop să asigure în mod artificial menținerea funcțiilor vitale ale pacientului; întrucât alimentația și hidratarea artificiale sunt incluse în aceste acte și sunt așadar susceptibile să fie întrerupte în cazul în care continuarea lor reflectă o obstinație lipsită de caracter rezonabil.”

34. În continuare, *Conseil d'État* a apreciat că avea obligația de a se asigura, ținând seama de toate circumstanțele cauzei, că fuseseră respectate condițiile stabilite de lege pentru a putea fi adoptată o decizie de oprire definitivă a unui tratament a cărui continuare ar reflecta o obstinație lipsită de caracter rezonabil și că, în acest scop, trebuia să dispună de informații cât mai complete, în special cu privire la starea de sănătate a lui Vincent Lambert. Astfel, a considerat necesar, înainte de a se pronunța asupra cererii, să dispună efectuarea unei expertize medicale de către practicieni cu competențe recunoscute în domeniul neuroștiinței, pentru a se pronunța, în mod independent și colegial, după examinarea pacientului, după cunoașterea echipei medicale și a personalului de îngrijire și după studierea întregului dosar medical, cu privire la starea actuală a lui Vincent Lambert și pentru a furniza *Conseil d'État* toate indicațiile utile în ceea ce privește perspectivele evoluției acestuia.

35. *Conseil d'État* a decis încredințarea expertizei unui colegiu compus din trei medici desemnați de președintele Secției de contencios, la propunerea președintelui Academiei Naționale de Medicină, a președintelui Comitetului Consultativ Național de Etică și a președintelui Consiliului Național al Medicilor, având următoarea sarcină, care trebuia să fie îndeplinită în termen de două luni de la constituirea acestuia:

„- de a descrie starea clinică actuală a domnului Lambert și evoluția acesteia de la bilanțul efectuat în iulie 2011 de către Coma Science Group din cadrul Spitalului Universitar din Liège;

- de a se pronunța asupra caracterului ireversibil al leziunilor cerebrale suferite de domnul Lambert și asupra prognosticului clinic;

- de a stabili dacă acest pacient este în măsură de a comunica, în orice fel, cu anturajul său;

- de a aprecia dacă există semne care permit să se considere, în prezent, că domnul Lambert reacționează la îngrijirile acordate și, în cazul unui răspuns afirmativ, dacă aceste reacții pot fi interpretate ca o respingere a acestor îngrijiri, o suferință, dorința acestuia de a fi întreruptă administrarea tratamentului care îl menține în viață sau, dimpotrivă, ca o mărturie a dorinței sale ca acest tratament să fie prelungit.”

36. Pe de altă parte, *Conseil d'État* a considerat că, având în vedere amploarea și complexitatea problemelor de ordin științific, etic și deontologic, care se puneau cu ocazia examinării cauzei, era necesar ca, în temeiul articolului R. 625-3 din Codul de procedură administrativă, să solicite Academiei Naționale de Medicină, Comitetului Consultativ Național de Etică și Consiliului Național al Medicilor, precum și domnului Jean Leonetti, raportor al Legii din 22 aprilie 2005, să îi prezinte, înainte de sfârșitul lunii aprilie 2014, observații scrise de ordin general, de natură să furnizeze clarificări utile cu privire la aplicarea noțiunilor de obstinație lipsită de caracter rezonabil și de menținere artificială a vieții, în sensul articolului L. 1110-5, citat anterior, în special în ceea ce privește persoanele care se află, asemenea lui Vincent Lambert, într-o stare pauci-relațională.

37. În cele din urmă, *Conseil d'État* a respins cererea reclamanților de transferare a acestuia într-o unitate de îngrijire specializată (supra, pct. 29).

f) F. Expertiza medicală și observațiile generale

i) 1. Expertiza medicală

38. Experții l-au examinat pe Vincent Lambert de nouă ori. Aceștia au analizat întreg dosarul medical, inclusiv raportul întocmit de Coma Science Group din Liège (a se vedea supra, pct. 13), dosarul privind îngrijirile medicale acordate și dosarul administrativ și au avut acces la toate examenele imagistice. De asemenea, au consultat toate documentele aflate la dosarul procedurii

contencioase, utile pentru realizarea expertizei. Pe de altă parte, în perioada 24 martie-23 aprilie 2014, aceștia au avut întâlniri cu toate părțile (familia, echipa medicală și de îngrijire, consilieri medicali și reprezentanții UNAFTC și ai spitalului) și au efectuat o serie de examene asupra lui Vincent Lambert.

39. La 5 mai 2014, experții au trimis părților raportul lor preliminar, în vederea obținerii observațiilor acestora. Raportul final, depus la 25 mai 2014, a oferit următoarele răspunsuri la întrebările adresate de *Conseil d'État*.

(1) a) Cu privire la starea clinică a lui Vincent Lambert și evoluția acesteia

40. Experții au precizat că starea clinică a lui Vincent Lambert corespundea unei stări vegetative, fără niciun semn în favoarea stabilirii existenței unei stări de conștiență minimă. Pe de altă parte, au subliniat că acesta prezenta tulburări de deglutiție și un grav deficit motor al celor patru membre, cu importante retracții tendinoase. Au subliniat că starea sa de conștiență se degradase de la evaluarea realizată în 2011 la Liège.

(2) b) Cu privire la caracterul ireversibil al leziunilor cerebrale și la prognosticul clinic

41. Experții reamintesc faptul că cele două elemente principale care trebuie să fie luate în considerare pentru a aprecia caracterul reversibil sau ireversibil al leziunilor cerebrale sunt, pe de o parte, perioada de timp care a trecut de la accidentul care le-a provocat și, pe de altă parte, însăși natura leziunilor. În speță, aceștia au subliniat că au trecut cinci ani și jumătate de la traumatismul cranian inițial și că examenele imagistice au arătat o atrofiere cerebrală majoră, care dovedește o pierdere neuronală definitivă, o distrugere aproape completă a unor regiuni strategice, precum cele două talamusuri și partea superioară a trunchiului cerebral, precum și o deficiență gravă a căilor cerebrale aferente comunicării. Aceștia au concluzionat că leziunile cerebrale erau ireversibile. Pe de altă parte, au precizat că durata lungă de evoluție, deteriorarea clinică din luna iulie 2011, starea vegetativă actuală, natura distructivă și întinderea leziunilor cerebrale, rezultatele examenelor funcționale, combinate cu gravitatea deficitului motor al celor patru membre, constituiau tot atâtea elemente care indicau un prognostic clinic negativ.

(3) c) Cu privire la capacitatea lui Vincent Lambert de comunicare cu anturajul său

42. Având în vedere examenele efectuate și ținând seama în special de faptul că, în urma protocolului de reeducare ortofonică urmat în 2012, nu s-a reușit stabilirea unui cod de comunicare, experții au concluzionat că Vincent Lambert nu era în măsură să stabilească o comunicare funcțională cu anturajul său.

(4) d) Cu privire la existența unor semne care să permită să se considere că Vincent Lambert reacționează la îngrijirile acordate și cu privire la interpretarea acestora

43. Experții au constatat că Vincent Lambert reacționa la îngrijirile acordate sau la stimulii dureroși, dar au concluzionat că era vorba despre răspunsuri neconștiente. Aceștia au apreciat că nu era posibil ca reacțiile respective să fie interpretate drept o trăire conștientă a unei suferințe ori expresia unei intenții sau a unei dorințe în sensul întreruperii sau prelungirii tratamentului.

ii) 2. Observațiile generale

44. La 22 și 29 aprilie și la 5 mai 2014, *Conseil d'État* a primit observațiile generale ale Consiliului Național al Medicilor, ale domnului Jean Leonetti, raportor al Legii din 22 aprilie 2005, ale Academiei Naționale de Medicină și ale Comitetului Consultativ Național de Etică.

Consiliul Național al Medicilor a precizat în special că prin expresia „[doar] menținerea artificială a vieții” folosită la articolul L. 1110-5 din Codul sănătății publice, legiuitorul se referea la situația persoanelor la care menținerea vieții este asigurată doar prin recurgerea la mijloace și tehnici de substituire a funcțiilor vitale esențiale, dar mai ales la persoanele în privința cărora se constată o alterare profundă și ireversibilă a funcțiilor cognitive și relaționale. Acesta evidențiază importanța noțiunii de temporalitate, subliniind că, în prezența unei stări patologice, devenită cronică, care generează o deteriorare fiziologică a persoanei și o pierdere a facultăților sale cognitive și relaționale, obstinația lipsită de caracter rezonabil ar putea fi considerată ca fiind nerezonabilă în măsura în care nu apare niciun semn de îmbunătățire a stării.

Domnul Leonetti a subliniat că legea se aplica pacienților cu leziuni cerebrale și, prin urmare, afectați de o boală gravă și incurabilă, aflată într-o stare avansată, dar care nu se aflau în mod necesar „la finalul vieții”, ceea ce determinase legiuitorul să denumească legea „drepturile pacienților și finalul vieții” și nu „drepturile pacienților la finalul vieții”. Acesta a precizat criteriile de stabilire a obstinației lipsite de caracter rezonabil, precum și elementele de evaluare a acesteia, și a menționat

că formularea „[tratament] al cărui unic efect este menținerea artificială a vieții”, mai strictă decât cea avută în vedere inițial, și anume tratament „care prelungeste viața în mod artificial”, era mai restrictivă și făcea referire la menținerea artificială a vieții „în sens pur biologic, având o dublă caracteristică, și anume un pacient care prezintă leziuni cerebrale majore și ireversibile și faptul că starea acestuia nu mai prezintă posibilitatea existenței unei conștiințe de sine și a unei vieți relaționale”. A precizat că, potrivit acestei legi, răspunderea pentru decizia de încetare a tratamentului revenea exclusiv medicului și nu se intenționase transferarea acestei răspunderi familiei, pentru a se evita orice sentiment de vinovăție și pentru a fi identificată persoana care a luat decizia.

Academia Națională de Medicină a reamintit interdicția fundamentală ca medicul să cauzeze moartea altei persoane în mod deliberat, care stă la baza relației de încredere dintre pacient și medic. Academia a făcut referire la analiza pe care o realiza de multă vreme, potrivit căreia Legea din 22 aprilie 2005 se aplica nu numai diverselor situații legate de „finalul vieții”, dar și situațiilor care pun problema etică foarte dificilă de „oprire a vieții” unui pacient aflat în stare de „supraviețuire”, în stare de conștiință minimă sau stare vegetativă cronică.

Comitetul Consultativ Național de Etică a realizat o examinare aprofundată a dificultăților ridicate de noțiunile de obstinație lipsită de caracter rezonabil, tratamente și menținere artificială a vieții, a reamintit datele medicale referitoare la starea pauci-relațională sau starea de conștiință minimă și a expus întrebările etice legate de astfel de situații. Acesta a recomandat în special organizarea unei dezbateri pentru ca procesul de deliberare colectivă să aibă ca rezultat un veritabil proces decizional colectiv și ca, în cazul în care nu se ajunge la un consens, să se poată recurge la o posibilitate de mediere.

g) G. Decizia *Conseil d'État* din 24 iunie 2014

45. Ședința a avut loc la 20 iunie 2014, în fața *Conseil d'État*. În concluziile sale, raportorul public a subliniat în special următoarele:

„(...) legiuitorul nu a intenționat să le impună persoanelor care [au] vocația de a oferi îngrijiri să elimine diferențele care există între a lăsa moartea să își urmeze cursul, atunci când nimic nu poate împiedica acest lucru, și provocarea directă a morții, prin administrarea unui produs letal. Prin întreruperea unui tratament, un medic nu ucide, ci decide să se retragă atunci când nu mai este nimic de făcut.”

Conseil d'État a pronunțat decizia sa la 24 iunie 2014. După ce a admis intervenția în calitate de terț intervenient a lui Marie-Geneviève Lambert, sora-vitregă a lui Vincent Lambert, și a reamintit dispozițiile din dreptul intern aplicabile, astfel cum au fost comentate și clarificate în observațiile generale primite, *Conseil d'État* a examinat succesiv argumentele reclamantilor, întemeiate pe Convenție și pe dreptul intern.

46. În ceea ce privește primul aspect, *Conseil d'État* a reiterat faptul că, atunci când judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii a fost sesizat în temeiul articolului L. 521-2 din Codul de procedură administrativă (cerere de protejare a unei libertăți fundamentale), cu o decizie adoptată de un medic în temeiul Codului sănătății publice, care a avut ca rezultat întreruperea sau neînceperea unui tratament, pe motiv că acesta din urmă s-ar transpune într-o obstinație lipsită de caracter rezonabil și că executarea acestei decizii ar aduce atingere vieții în mod ireversibil, acesta are obligația de a examina un motiv întemeiat pe incompatibilitatea dispozițiilor în cauză cu dispozițiile Convenției (supra, pct. 32).

47. În speță, *Conseil d'État* răspunde după cum urmează argumentelor întemeiate pe art. 2 și art. 8 din Convenție:

„Întrucât, pe de o parte, dispozițiile contestate din Codul sănătății publice au definit un cadru juridic prin reafirmarea dreptului oricărei persoane de a primi îngrijirile cele mai adecvate, dreptul de a i se respecta dorința de a refuza orice tratament și dreptul de a nu fi supusă unui tratament medical care ar reflecta o obstinație lipsită de caracter rezonabil; întrucât aceste dispoziții nu îi permit unui medic să adopte, în privința unei persoane care nu este capabilă să își exprime voința, o decizie de limitare sau de sistare definitivă a unui tratament, care îi poate pune viața în pericol, decât cu o dublă și strictă condiție, și anume continuarea acestui tratament să constituie o obstinație lipsită de caracter rezonabil și să fie respectate garanțiile care sunt legate de luarea în considerare a eventualelor dorințe exprimate de pacient, consultarea cel puțin a unui alt medic și a echipei de îngrijire și consultarea persoanei de încredere, a familiei sau a unui apropiat; întrucât o astfel de decizie a medicului este susceptibilă să facă obiectul unei căi de atac în fața unei instanțe, pentru a garanta că au fost îndeplinite condițiile stabilite de lege;

Astfel, întrucât dispozițiile contestate din Codul sănătății publice, în ansamblul lor, având în vedere obiectul lor și condițiile în care trebuie să fie puse în aplicare, nu pot fi considerate incompatibile cu prevederile art. 2 din Convenție (...), și cu cele ale art. 8 (...).”

În plus, *Conseil d'État* a respins capetele de cerere ale reclamantilor întemeiate pe art. 6 și pe art. 7 din Convenție, reținând că rolul încredințat medicului prin dispozițiile Codului sănătății publice nu era incompatibil cu obligația de imparțialitate care decurge din art. 6, citat anterior, și că art. 7, care se aplică condamnărilor, nu putea fi invocat în mod util în speță.

48. În ceea ce privește aplicarea dispozițiilor relevante din Codul sănătății publice, *Conseil d'État* a declarat următoarele:

„Întrucât, deși alimentația și hidratarea artificiale se numără printre tipurile de tratament care pot fi sistate definitiv în cazul în care continuarea lor ar reflecta o obstinație lipsită de caracter rezonabil, simpla circumstanță că o persoană se află într-o stare ireversibilă de inconștientă sau, cu atât mai mult, de pierdere a autonomiei, care o face dependentă de un astfel de mod de hrănire și hidratare, nu constituie, în sine, o situație în care continuarea tratamentului ar părea nejustificată pe motivul obstinației lipsite de caracter rezonabil;

Întrucât, pentru a aprecia dacă sunt îndeplinite condițiile necesare sistării definitive a alimentației și a hidratării artificiale în privința unui pacient care a suferit leziuni cerebrale grave, indiferent de originea acestora, care se află într-o stare vegetativă sau de conștientă minimă, care îl fac incapabil să își exprime voința și a cărui menținere în viață depinde de acest mod de hrănire și hidratare, medicul responsabil trebuie să se bazeze pe o serie de elemente, medicale sau de altă natură, a căror importanță individuală să nu poată fi prestabilită și care depinde de situația specială a fiecărui pacient, care să îl ajute să înțeleagă fiecare situație în parte; întrucât, în afară de aspectele medicale, care trebuie să acopere o perioadă suficient de lungă, să fie analizate în mod colegial și să privească în special starea pacientului, evoluția stării sale de la momentul producerii accidentului sau al apariției bolii, suferința acestuia și prognosticul clinic, medicul trebuie să acorde o importanță deosebită voinței pe care o poate avea pacientul, după caz, exprimată în prealabil, indiferent de forma și sensul acesteia; întrucât, în această privință, în cazul în care nu se cunoaște această voință, nu se poate presupune că aceasta constă în refuzul pacientului de a fi menținut în viață în condițiile respective; întrucât medicul trebuie să ia în considerare, de asemenea, opiniile persoanei de încredere, în cazul în care aceasta a fost numită de pacient, ale membrilor familiei sale sau, în absența acestora, ale unui apropiat al pacientului, încercând să ajungă la un consens; întrucât acesta trebuie, în cadrul examinării situației proprii pacientului său, să fie ghidat, înainte de toate, de preocuparea pentru binele cel mai înalt al acestuia (...)

49. În continuare, *Conseil d'État* a precizat că avea obligația să se asigure, ținând seama de toate circumstanțele cauzei și de elementele prezentate în cadrul procedurii contradictorii din fața sa, în special de raportul de expertiză medicală, că decizia luată de dr. Kariger la 11 ianuarie 2014 respectase condițiile stabilite de lege, pentru a putea fi luată o decizie de oprire definitivă a unui tratament a cărui continuare ar constitui o obstinație lipsită de caracter rezonabil.

50. În acest sens, *Conseil d'État* a hotărât următoarele:

„Întrucât, în primul rând, din cercetarea efectuată rezultă că procedura colegială desfășurată de dr. Kariger (...), înainte de luarea deciziei din 11 ianuarie 2014, s-a derulat în conformitate cu prevederile articolului R. 4127-37 din Codul sănătății publice și a presupus consultarea a șase medici, cu toate că dispozițiile acestui articol impun obținerea opiniei unui medic și, după caz, a unui al doilea medic; întrucât dr. Kariger nu avea obligația legală de a asigura participarea la ședința din 9 decembrie 2013 a unui al doilea medic, desemnat de părinții domnului Lambert, care deja desemnaseră primul medic; întrucât din cercetarea efectuată nu reiese că unii membri ai personalului de îngrijire ar fi fost excluși în mod deliberat din această reuniune; întrucât dr. Kariger avea dreptul de a discuta cu domnul François Lambert, nepotul pacientului; întrucât faptul că dr. Kariger s-a opus unei cereri de recuzare și transferării domnului Lambert într-o altă instituție și faptul că acesta și-a exprimat opinia în mod public nu constituie, ținând seama de ansamblul circumstanțelor speței, o neîndeplinire a obligațiilor pe care le presupune principiul imparțialității, pe care acesta l-a respectat; întrucât, astfel, contrar celor susținute în fața Tribunalului Administrativ din Châlons-en-Champagne, procedura prealabilă adoptării deciziei din 11 ianuarie 2014 nu a fost viciată de nicio neregulă;

Întrucât, în al doilea rând, reiese, pe de o parte, din concluziile experților că «starea clinică actuală a domnului Lambert corespunde unei stări vegetative», cu «tulburări de deglutiție, un grav deficit motor al celor patru membre, câteva semne de disfuncție a trunchiului cerebral» și «menținerea autonomiei respiratorii»; întrucât rezultatele examenelor de imagistică cerebrală structurală și funcțională, efectuate în perioada 7-11 aprilie 2014 (...) sunt compatibile cu o astfel de stare vegetativă și că evoluția clinică, marcată de dispariția fluctuațiilor stării de conștientă a domnului Lambert, care fuseseră constatate cu ocazia bilanțului efectuat în luna iulie 2011 de Coma Science Group din cadrul Spitalului Universitar din Liège, precum și de nereușita

tentativelor terapeutice active, propuse în cursul acestui bilanț, sugerează «o degradare a stării de conștiință de la această dată»;

Întrucât, pe de altă parte, din concluziile raportului de expertiză reiese că explorările cerebrale efectuate au pus în evidență leziuni cerebrale grave și extinse, care se traduc în special printr-o «afectare gravă a structurii și a metabolismului regiunilor subcorticale, cruciale pentru funcționarea cognitivă» și o «dezorganizare structurală majoră a căilor de comunicare dintre regiunile cerebrale implicate în starea de conștiință»; întrucât gravitatea atrofiei cerebrale și a leziunilor identificate conduc, alături de perioada de cinci ani și jumătate care a trecut de la producerea accidentului inițial, la aprecierea că leziunile cerebrale sunt ireversibile;

Întrucât, în plus, experții au concluzionat că «durata lungă de evoluție, degradarea clinică din 2011, starea vegetativă actuală, natura distructivă și întinderea leziunilor cerebrale, rezultatele examenelor funcționale, precum și gravitatea deficitului motor al celor patru membre» constituiau elemente care indicau un «prognostic clinic negativ».

Întrucât, în cele din urmă, deși experții au subliniat faptul că domnul Lambert poate reacționa la îngrijirile care îi sunt acordate și la anumiți stimuli, aceștia au precizat că respectivele reacții au caracteristici care sugerează că este vorba despre răspunsuri non-conștiente și au apreciat că nu este posibil ca aceste reacții comportamentale să fie interpretate ca fiind dovada unei «trăiri conștiente a unei suferințe» ori manifestarea unei intenții sau a unei dorințe privind sistarea definitivă sau continuarea tratamentului care îl menține în viață;

Întrucât aceste concluzii, la care experții au ajuns în mod unanim, în urma unei analize efectuate în mod colegial și care a inclus examinarea pacientului de nouă ori, investigații cerebrale aprofundate, întâlniri cu echipa medicală și personalul de îngrijire care se ocupa de acesta, precum și analiza întregului dosar, confirmă concluziile dr. Kariger referitoare la caracterul ireversibil al leziunilor și la prognosticul clinic privind starea domnului Lambert; întrucât schimbările care au avut loc în cadrul procedurii contradictorii din fața *Conseil d'État*, ulterior depunerii raportului de expertiză, nu sunt de natură să infirme concluziile experților; întrucât, deși din raportul de expertiză reiese, astfel cum s-a menționat deja, că reacțiile domnului Lambert la îngrijirile acordate nu pot fi interpretate și, astfel, nu pot fi considerate ca manifestarea unei dorințe privind sistarea definitivă a tratamentului, dr. Kariger indicase, în decizia contestată, că aceste comportamente generau interpretări variate, care trebuiau să fie examinate cu multă precauție, și că acestea nu au constituit un motiv pentru decizia acestuia;

Întrucât, în al treilea rând, din dispozițiile Codului sănătății publice rezultă că se poate ține seama de dorințele unui pacient exprimate sub altă formă decât cea a unor directive formulate anticipat; întrucât din cercetarea efectuată, în special din declarațiile doamnei Rachel Lambert, rezultă că ea însăși și soțul ei, ambii de profesie infirmieri, vorbiseră adesea despre experiențele lor profesionale alături de pacienți aflați la reanimare sau de persoane cu polihandicap și că, în cadrul acestor discuții, domnul Lambert își exprimase, clar și în repetate rânduri, dorința de a nu fi menținut artificial în viață, în cazul în care s-ar afla într-o stare de dependență majoră; întrucât conținutul acestor afirmații, date și raportate cu exactitate de doamna Rachel Lambert, a fost confirmat de unul din frații domnului Lambert; întrucât, deși aceste afirmații nu au fost făcute în prezența părinților domnului Lambert, aceștia din urmă nu pretind că fiul lor nu ar fi putut să le facă sau că acesta le-ar fi împărtășit dorințe contrare; întrucât mai mulți frați și mai multe surori ale domnului Lambert au precizat că aceste afirmații corespundeau personalității, experienței anterioare și opiniilor personale ale fratelui lor; întrucât, astfel, nu se poate considera că dr. Kariger, care a precizat, în motivarea deciziei contestate, certitudinea lui referitoare la faptul că domnul Lambert nu voia, înainte de producerea accidentului, să trăiască în asemenea condiții, a procedat la o interpretare inexactă a dorințelor exprimate de pacient înainte de accidentul său;

Întrucât, în al patrulea rând, în temeiul dispozițiilor Codului sănătății publice, medicul responsabil are obligația ca, înainte să adopte orice decizie de sistarea definitivă a tratamentului, să afle opinia familiei pacientului; întrucât dr. Kariger și-a îndeplinit această obligație, prin consultarea soției domnului Lambert, pe părinții, frații și surorile acestuia, în cadrul celor două reuniuni menționate anterior; întrucât, deși părinții domnului Lambert, precum și unii din frații și surorile acestuia, și-au exprimat opinia împotriva întreruperii tratamentului, soția domnului Lambert și ceilalți frați și celelalte surori ale acestuia au declarat că sunt de acord cu sistarea definitivă a tratamentului respectiv; întrucât dr. Kariger a ținut seama de aceste opinii diferite; întrucât, în circumstanțele cauzei, acesta a putut aprecia că faptul că membrii familiei nu aveau o opinie unanimă în ceea ce privește sensul deciziei nu era de natură să îl împiedice să ia decizia în cauză;

Întrucât din ansamblul considerentelor anterioare rezultă că se poate aprecia că, în cazul

domnului Vincent Lambert și ținând seama de procedura contradictorie desfășurată de *Conseil d'État*, au fost îndeplinite diversele condiții impuse de lege pentru a putea fi luată, de către medicul responsabil cu îngrijirea pacientului, o decizie de oprire definitivă a unui tratament al cărui unic efect este menținerea artificială a vieții și a cărui continuare ar reflecta, astfel, o obstinație lipsită de caracter rezonabil; întrucât decizia din 11 ianuarie 2014 a dr. Karinger, de a întrerupe alimentația și hidratarea artificiale ale domnului Vincent Lambert, nu poate așadar să fie considerată nelegală.”

51. În consecință, *Conseil d'État*, infirmând hotărârea tribunalului administrativ, a respins cererile reclamantilor.

2) II. Dreptul și practica interne relevante

a) A. Codul sănătății publice

52. În temeiul articolului L. 1110-1 din Codul sănătății publice (denumit în continuare „Codul”), dreptul fundamental la protejarea sănătății trebuie să fie pus în aplicare prin toate mijloacele disponibile, în beneficiul fiecărei persoane. Articolul L. 1110-2 din Cod prevede că persoana bolnavă are dreptul la respectarea demnității sale și articolul L. 1110-9 garantează tuturor persoanelor a căror stare implică dreptul de a avea acces la îngrijiri paliative, definite la articolul L. 1110-10 ca fiind îngrijiri active și permanente, care au ca scop alinarea durerii și a suferinței fizice, protejarea demnității persoanei bolnave și susținerea celor apropiați acesteia.

53. Legea din 22 aprilie 2005 privind drepturile pacienților și finalul vieții, așa-numita Lege Leonetti, denumită astfel după numele raportorului său, domnul Jean Leonetti (a se vedea supra, pct. 44) a modificat o serie de articole din Cod. Această lege a fost adoptată în urma lucrărilor unei misiuni parlamentare de informare, condusă de domnul Leonetti, al cărei scop era înțelegerea tuturor problemelor pe care le ridică finalul vieții și luarea în considerare a unor eventuale modificări legislative sau de reglementare. În cadrul lucrărilor misiunii de informare, au fost audiate numeroase persoane; raportul aferent acesteia a fost întocmit la 30 iunie 2004. Legea a fost votată în unanimitate de Adunarea Națională din 30 noiembrie 2004 și în Senat la 12 aprilie 2005.

Legea nu autorizează nici eutanasia, nici suicidul asistat. Aceasta îi permite medicului să întrerupă tratamentul administrat doar în cazul în care continuarea acestuia reflectă o obstinație lipsită de caracter rezonabil (altfel spus, constituie un exces terapeutic) și în conformitate cu o procedură reglementată.

Articolele relevante ale Codului, formulate conform legii, prevăd următoarele:

Articolul L. 1110-5

„Orice persoană are, având în vedere starea sa de sănătate și urgența intervențiilor pe care aceasta le necesită, dreptul de a primi cele mai adecvate îngrijiri și de a beneficia de terapii a căror eficiență este recunoscută și care garantează cel mai înalt grad de securitate sanitară, în lumina unor cunoștințe medicale dovedite. Actele de prevenție, de investigare sau de îngrijire nu trebuie, din punctul de vedere al cunoștințelor medicale, să o supună unor riscuri disproporționate în raport cu beneficiile estimate.

Aceste acte nu trebuie să fie continuate cu o obstinație lipsită de caracter rezonabil. Atunci când acestea par inutile, disproporționate sau par să nu aibă alt efect decât menținerea artificială a vieții, acestea pot să fie suspendate sau să nu fie administrate. În acest caz, medicul protejează demnitatea persoanei muribunde și asigură calitatea vieții acesteia, acordându-i îngrijirile prevăzute la articolul L. 1110-10 (...)

Orice persoană are dreptul de a primi îngrijiri menite să îi aline durerea. Aceasta trebuie, în orice caz, să fie prevenită, evaluată, luată în considerare și tratată.

Profesioniștii în domeniul sănătății pun în aplicare toate mijloacele de care dispun pentru a-i asigura fiecărei persoane o viață demnă până la moarte (...)

Articolul L. 1111-4

„Orice persoană ia decizii privind propria ei sănătate, împreună cu profesionistul în domeniul sănătății și ținând seama de informațiile și prognosticurile furnizate de acesta.

Medicul trebuie să respecte dorința persoanei, după ce a informat-o cu privire la consecințele alegerilor sale (...)

Niciun act medical și niciun tratament nu poate fi practicat fără consimțământul exprimat liber și în cunoștință de cauză al persoanei respective, consimțământ care poate fi retras în orice moment.

Atunci când persoana în cauză nu are capacitatea de a-și exprima voința, nu se poate realiza nicio intervenție sau investigație, cu excepția urgențelor sau a imposibilității, fără consultarea persoanei de încredere, prevăzută la articolul L. 1111-6, a familiei sau, în lipsa acesteia, a unui apropiat al persoanei în cauză.

Atunci când persoana în cauză nu are capacitatea de a-și exprima voința, limitarea sau sistarea definitivă a unui tratament susceptibil să îi pună acesteia viața în pericol nu se poate realiza fără îndeplinirea procedurii colegiale, definită în Codul de deontologie medicală, și fără consultarea persoanei de încredere, prevăzută la articolul L. 1111-6, a familiei sau, în lipsa acesteia, a unui apropiat al persoanei în cauză și, după caz, a directivelor anticipative ale acesteia. Decizia motivată de limitare sau sistare definitivă a tratamentului este inclusă în dosarul medical (...)"

Articolul L. 1111-6

„Orice persoană majoră poate desemna o persoană de încredere, care poate fi o rudă, un apropiat sau medicul curant, și care va fi consultată în cazul în care această persoană nu va fi capabilă să își exprime voința și să primească informațiile necesare în acest scop. Desemnarea acestei persoane se face în scris. Este revocabilă în orice moment. În cazul în care bolnavul dorește acest lucru, persoana de încredere îl asistă în demersurile sale și îl însoțește la consultațiile medicale, pentru a-l ajuta în luarea deciziilor.

La orice spitalizare într-o instituție medicală, bolnavului i se propune să numească o persoană de încredere, în condițiile prevăzute în paragraful anterior. Această numire este valabilă pe durata spitalizării, cu excepția cazului în care bolnavul nu dispune altfel (...)"

Articolul L. 1111-11

„Orice persoană majoră poate întocmi directive anticipative pentru cazul în care, la un moment dat, se va afla în imposibilitatea de a-și exprima dorințele. Aceste directive anticipative precizează dorințele persoanei în cauză referitoare la finalul vieții sale, în ceea ce privește limitarea sau sistare definitivă a tratamentului. Acestea sunt revocabile în orice moment.

Cu condiția ca acestea să fi fost întocmite cu mai puțin de trei ani înainte de instalarea stării de inconștiență a persoanei respective, medicul ține seama de acestea pentru orice decizie de investigare, intervenție sau tratament care o privește (...)"

54. Procedura colegială, prevăzută la paragraful al cincilea de la articolul L. 1111-4 din cod, este menționată la articolul R. 4127-37 din cod, care face parte din Codul de deontologie medicală, și prevede următoarele:

„I. În orice situație, medicul trebuie să depună eforturi pentru a alina suferința bolnavului, prin mijloacele adecvate stării acestuia, și să îl sprijine din punct de vedere psihic. Acesta trebuie să se abțină de la orice obstinație lipsită de caracter rezonabil în ceea ce privește investigațiile sau terapiile și poate renunța la începerea sau continuarea tratamentelor care par inutile, disproporționate sau al căror unic scop sau efect este menținerea artificială a vieții.

II. În cazurile prevăzute în paragraful al cincilea de la articolul L. 1111-4 și în primul paragraf de la articolul R. 1111-13, decizia de limitare sau de sistare definitivă a tratamentelor acordate nu poate fi adoptată fără organizarea în prealabil a unei proceduri colegiale. Medicul poate să aplice procedura colegială din proprie inițiativă. Acesta este obligat să procedeze astfel, având în vedere directivele anticipative ale pacientului, prezentate de unul din deținătorii acestora, menționați la articolul R. 1111-19, sau la cererea persoanei de încredere, a familiei sau, în lipsa acesteia, a unui apropiat al pacientului. Deținătorii directivelor anticipative elaborate de pacient, persoana de încredere, familia sau, după caz, unul din apropiații acestuia sunt informați cu privire la decizia de organizare a procedurii colegiale, de îndată ce aceasta a fost luată.

Decizia de limitare sau de sistare definitivă a tratamentului este luată de medicul care are în îngrijire pacientul, după ce s-a consultat cu echipa care acordă îngrijirile, dacă aceasta există, și după obținerea avizului motivat din partea a cel puțin unui medic, solicitat în calitate de consultant. Nu trebuie să existe nicio legătură de natură ierarhică între medicul care are în îngrijire pacientul și consultant. Avizul motivat al unui al doilea consultant este solicitat de acești medici în cazul în care unul dintre aceștia îl consideră util.

Decizia de limitare sau de sistare definitivă a tratamentului ține seama de dorințele pe care

pacientul le-ar fi exprimat anterior, în special prin directivele anticipative, dacă acesta a formulat astfel de directive, opinia persoanei de încredere, care ar fi fost numită de acesta, precum și opinia familiei sau, în lipsa acesteia, a unui apropiat al pacientului (...)

Decizia de limitare sau de sistare definitivă a tratamentului este motivată. Opiniile obținute, natura și semnificația consultărilor care au avut loc în cadrul echipei de îngrijire, precum și motivele deciziei, sunt incluse în dosarul pacientului. Persoana de încredere, dacă aceasta a fost desemnată, familia sau, în lipsa acesteia, unul din apropiații pacientului sunt informați cu privire la natura și motivele deciziei de limitare sau de sistare definitivă a tratamentului.

III. Atunci când o limitare sau o sistare definitivă a tratamentului a fost decisă în temeiul articolului L. 1110-5 și al articolului L. 1111-4 sau al articolului L. 1111-13, în condițiile prevăzute la punctele I și II din prezentul articol, medicul, chiar dacă suferința pacientului nu poate fi evaluată din cauza stării sale cerebrale, administrează tratamente, în special analgezice și sedative, care permit asistarea persoanei în cauză în conformitate cu principiile și în condițiile enunțate la articolul R. 4127-38. De asemenea, acesta se asigură că anturajul pacientului este informat cu privire la situație și acesta primește sprijinul necesar.”

55. Articolul R. 4127-38 din cod prevede următoarele:

„Medicul trebuie să asiste până în ultimul moment persoana aflată pe moarte, să asigure calitatea unei vieți care se încheie, prin îngrijiri și măsuri adecvate, să păstreze demnitatea bolnavului și să consoleze anturajul acestuia.

Nu are dreptul de a provoca moartea în mod deliberat.”

b) B. Propunerea legislativă din 21 ianuarie 2015

56. Doi deputați (domnii Leonetti și Claeys) au depus, la 21 ianuarie 2015, în cadrul Adunării naționale, o propunere legislativă, care conținea în special următoarele modificări ale legii din 22 aprilie 2005:

- articolul 2 din propunerea legislativă precizează că hrănirea și hidratarea artificiale constituie un tratament;

- directivele anticipative vor fi obligatorii pentru medic și nu vor mai avea o limită a validității (în prezent, validitatea lor este de trei ani), elaborarea acestora va fi reglementată și acestea vor fi mai accesibile. În lipsa unor directive anticipative, se precizează rolul persoanei de încredere (aceasta exprimă dorința pacientului și mărturia sa prevalează asupra oricărei alte mărturii);

- propunerea legislativă recunoaște în mod expres că orice persoană are „dreptul de a refuza sau de a nu se supune oricărui tratament”, fără ca medicul să insiste cu privire la continuarea tratamentului respectiv (formularea anterioară); acesta din urmă trebuie totuși să asigure în continuare asistență bolnavului, în special îngrijiri paliative;

- este recunoscut dreptul de a nu suferi (medicul trebuie să administreze toate tratamentele analgezice și sedative necesare pentru a răspunde suferinței în fază avansată sau terminală, chiar dacă acestea pot avea ca efect scurtarea duratei vieții),

- de asemenea, este recunoscut dreptul la o sedare profundă și continuă, până la deces, în cazul bolnavilor aflați în fază terminală; sedarea și sistarea definitivă a tratamentului (inclusiv hidratarea și hrănirea artificiale) sunt asociate în mod obligatoriu. În cazul în care pacientul nu are capacitatea de a-și exprima voința, propunerea legislativă prevede că, sub rezerva luării în considerare a dorinței pacientului și în conformitate cu o procedură colegială, medicul are obligația de a suspenda sau de a nu începe administrarea tratamentelor „al căror unic efect este menținerea artificială a vieții” (în formularea actuală, medicul *poate* să le suspende). Dacă sunt îndeplinite aceste condiții, pacientul are dreptul la o sedare profundă și continuă, până la deces.

Propunerea legislativă a fost adoptată la 17 martie 2015 de către Adunarea Națională și este în curs de examinare la Senat.

c) C. Codul de procedură administrativă

57. Articolul L. 521-2 din Codul de procedură administrativă, referitor la cererea de protejare a unei libertăți fundamentale, este redactat astfel:

„Sesizat cu o cerere în acest sens, justificată de o situație de urgență, judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii poate dispune toate măsurile necesare apărării unei libertăți fundamentale, căreia i s-a adus o atingere gravă și vădit nelegală de către o persoană juridică de drept public sau un organism de drept privat, responsabil(ă) cu gestionarea unui serviciu public. Judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii se pronunță în termen de patruzeci și opt de

ore.”

58. Articolul R. 625-3 din același cod prevede următoarele:

„Completul de judecată sesizat cu cauza poate invita orice persoană, ale cărei competențe sau cunoștințe ar fi de natură să aducă clarificări utile privind soluționarea unui litigiu, să prezinte observații de ordin general cu privire la aspectele pe care acesta le stabilește.

Avizul este consemnat în scris. Acesta este comunicat părților (...)”

3) III. Textele Consiliului Europei

a) A. Convenția de la Oviedo privind drepturile omului și biomedicina

59. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei (denumită și „Convenția de la Oviedo privind drepturile omului și biomedicina”) a fost adoptată în 1997, a intrat în vigoare la 1 decembrie 1999 și a fost ratificată de douăzeci și nouă de state membre ale Consiliului Europei. Dispozițiile relevante ale acesteia se citesc astfel:

Articolul 1 – Scopul și obiectul

„Părțile la această convenție protejează demnitatea și identitatea ființei umane și garantează oricărei persoane, fără discriminare, respectul integrității sale și al celorlalte drepturi și libertăți fundamentale față de aplicațiile biologiei și medicinei (...)”

Articolul 5 – Regula generală

„O intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză.

Această persoană primește în prealabil informații adecvate în privința scopului și naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și riscurilor.

Persoana vizată poate în orice moment să își retragă în mod liber consimțământul.”

Articolul 6 – Protecția persoanelor lipsite de capacitatea de a consimți

„1. Sub rezerva articolelor 17 și 20, o intervenție nu se poate efectua asupra unei persoane care nu are capacitatea de a consimți, decât spre beneficiul său direct.

(...)

3. Atunci când, conform legii, un major nu are, datorită unui handicap mintal, unei boli sau dintr-un motiv similar, capacitatea de a consimți la o intervenție, aceasta nu se poate efectua fără autorizația reprezentantului său, a unei autorități sau a unei persoane ori instanțe desemnate prin lege.

Persoana vizată trebuie în măsura posibilului să fie asociată procedurii de autorizare.

4. Reprezentantul, autoritatea, persoana sau instanța menționată la paragrafele 2 și 3 primește, în aceleași condiții, informațiile prevăzute la articolul 5.

5. Autorizația prevăzută în paragrafele 2 și 3 poate fi în orice moment retrasă în interesul persoanei vizate.”

Articolul 9 – Dorințe exprimate anterior

„Vor fi luate în considerare dorințele exprimate anterior cu privire la o intervenție medicală de către un pacient care în momentul intervenției nu este într-o stare care să îi permită să își exprime voința.”

b) B. Ghidul pentru procesul decizional privind tratamentul medical în situațiile de la finalul vieții

60. Acest ghid a fost elaborat de Comitetul de Bioetică al Consiliului Europei, în cadrul activității sale privind drepturile pacienților, cu scopul de a facilita punerea în aplicare a principiilor stabilite de Convenția de la Oviedo.

Acest ghid are ca scop să propună repere pentru punerea în aplicare a procesului decizional

privind tratamentul medical în situațiile de la finalul vieții, gruparea unor referințe normative și etice, cât și a unor elemente care țin de buna practică medicală, care sunt utile personalului medical care se ocupă de punerea în aplicare a procesului decizional, și să contribuie, prin clarificările pe care le aduce, la discuția generală referitoare la acest subiect.

61. Ghidul citează drept cadru juridic și etic al procesului decizional principiul autonomiei (consimțământul liber, informat și prealabil al pacientului), principiul binefacerii, principiul *non nocere* și principiul echității (accesul echitabil la îngrijiri de sănătate). Ghidul precizează că medicul nu trebuie să furnizeze un tratament inutil sau disproporționat, ținând seama de riscurile și constrângerile pe care le implică; acesta trebuie să îi furnizeze pacientului tratamente proporționate și adaptate situației acestuia. În plus, acesta are obligația de a avea grijă de pacient, de a-i ușura suferința și de a-l sprijini.

Tratamentele includ intervențiile al căror scop este de a îmbunătăți starea unui pacient, acționând asupra cauzelor bolii, dar și pe cele care nu vizează etiologia bolii, ci simptomele acesteia, sau care răspund unei insuficiențe funcționale.

La rubrica intitulată „Probleme dezbătute”, ghidul prevede următoarele: „**Problema limitării, întreruperii sau neînstituirii hidratării și nutriției artificiale**

Hrana și băutura oferite pacienților care încă pot să se alimenteze și să se hidrateze singuri sunt considerate aporturi externe care răspund nevoilor fiziologice, ce trebuie să fie satisfăcute întotdeauna. Ele sunt elemente esențiale ale îngrijirii, care trebuie să fie furnizate dacă pacientul nu le refuză.

Nutriția și hidratarea artificiale sunt furnizate unui pacient pe baza unei indicații medicale și implică alegeri privind proceduri și dispozitive medicale (perfuzare, tuburi de hrănire). Nutriția și hidratarea artificiale sunt considerate în unele țări forme de tratament care pot, așadar, să fie limitate sau întrerupte în circumstanțele și în concordanță cu garanțiile prevăzute pentru limitarea sau întreruperea tratamentului (refuzul tratamentului exprimat de pacient, refuzarea încăpățănării nerezonabile sau a tratamentului disproporționat evaluat de către echipa medicală și acceptat în cadrul unei proceduri colective). Elementele care trebuie să fie luate în considerație sunt dorințele pacientului și caracterul adecvat al tratamentului pentru situația în cauză.

În alte țări, totuși, se consideră că nutriția și hidratarea artificiale nu constituie tratament care poate fi limitat sau întrerupt, ci o formă de îngrijire adresată nevoilor de bază ale individului, care nu poate fi întreruptă, cu excepția situației în care pacientul, afat în faza terminală a unei situații de la finalul vieții, și-a exprimat dorința în acest sens.

Întrebarea privind natura adecvată din punct de vedere medical a nutriției și hidratării artificiale în faza terminală este ea însăși un subiect de dezbateri. Unii consideră că instituirea sau continuarea hidratării și nutriției artificiale sunt necesare pentru confortul unui pacient aflat la finalul vieții. Alții, pe baza rezultatelor cercetărilor în domeniul îngrijirii paliative, pun sub semnul întrebării beneficiul hidratării și nutriției artificiale furnizate unui pacient în fază terminală.”

62. Ghidul privește procesul decizional referitor la tratamentul medical administrat în situații de la finalul vieții (fie că este vorba despre punerea în aplicare, modificarea, adaptarea, limitarea sau sistarea definitivă a acestuia). Acesta nu privește nici chestiunea eutanasierii, nici pe cea a sinuciderii asistate, autorizate de unele legislații naționale.

63. Chiar dacă procesul decizional implică și alți actori, ghidul subliniază că subiectul și actorul principal este pacientul. În cazul în care acesta din urmă nu poate sau nu mai poate participa la luarea deciziei, atunci aceasta este luată de un terț, conform metodelor prevăzute de legislația națională în vigoare, dar pacientul este totuși implicat în procesul decizional prin intermediul dorințelor pe care acesta le-a putut exprima anterior. Ghidul enumeră diversele modalități de exprimare a acestora: este posibil ca acestea să fi fost dezvăluite verbal unui membru al familiei sau unei persoane apropiate, ori unei persoane de încredere, desemnată ca atare; acestea pot fi exprimate formal, sub forma unor directive anticipative sau a unui testament biologic, ori a unui mandat încredințat unui terț, uneori numit mandat de protecție viitoare.

64. Printre actorii care participă la procesul decizional se numără, după caz, reprezentantul legal sau mandatarul, membrii familiei și persoanele apropiate, precum și personalul de îngrijire. Ghidul subliniază că rolul medicului este esențial, chiar preponderent, datorită capacității acestuia de a evalua situația pacientului său din punct de vedere medical. În cazul în care pacientul nu este sau nu mai este în măsură să își exprime dorințele, medicul este cel care, în cadrul procesului decizional colectiv, care a implicat toate cadrele medicale în cauză, va lua decizia clinică, ghidat de interesul superior al pacientului, după ce a luat cunoștință de toate elementele contextului (consultarea familiei, apropiaților, persoanei de încredere, etc.) și a luat în considerare dorințele exprimate anterior, atunci când acestea există. În unele sisteme, decizia este adoptată de un terț, dar, în toate cazurile, medicul

este garantul bunei desfășurări a procesului decizional.

65. Ghidul reiterează faptul că pacientul se află întotdeauna în centrul procesului decizional, care capătă o dimensiune colectivă atunci când pacientul nu mai poate sau nu mai vrea să participe direct la acesta. Ghidul distinge trei mari etape ale procesului decizional: individuală (fiecare actor își construiește argumentația pe baza informațiilor obținute), colectivă (diverșii actori fac schimb de informații și le supun unei dezbateri) și finală (adoptarea deciziei propriu-zise).

66. Ghidul precizează că, uneori, în cazul în care există divergențe de opinie semnificative sau problema ridicată este deosebit de complexă sau foarte specifică, este necesar să se prevadă consultarea unei terțe părți, pentru a contribui la dezbateri, pentru a depăși o problemă sau pentru soluționarea unui conflict. De exemplu, consultarea unui comitet de etică clinică se poate dovedi oportună. La finalul deliberării colective, trebuie să se ajungă la un acord și să se stabilească o concluzie, care ulterior trebuie validată, formalizată și formulată în scris.

67. Dacă medicul este cel care ia decizia, aceasta trebuie să se bazeze pe concluziile deliberării colective și să fie comunicată, după caz, pacientului, persoanei de încredere și/sau anturajului pacientului, echipei de îngrijire și terților interesați care au participat la proces. În plus, decizia trebuie să fie formalizată (sub forma unui înscris în care sunt prezentate motivele) și păstrată într-un loc stabilit.

68. Ghidul include, ca problemă care face obiectul unei dezbateri, recurgerea la sedarea profundă în faza terminală, care poate să aibă ca efect scurtarea duratei de viață rămase. În cele din urmă, ghidul propune o evaluare a procesului decizional, după ce a fost pus în aplicare.

c) C. Recomandarea Comitetului de Miniștri

69. În Recomandarea CM/Rec(2009)11 privind principiile referitoare la procurile permanente și directivele anticipative pentru situațiile de incapacitate, Comitetul de Miniștri a recomandat statelor membre să încurajeze aceste practici și a definit o serie de principii, pentru a le sprijini în reglementarea acestora.

d) D. Textele Adunării Parlamentare

70. În Recomandarea 1418 (1999) privind protecția drepturilor omului și a demnității bolnavilor incurabili și a muribunzilor, Adunarea recomandă Comitetului de Miniștri să încurajeze statele membre să respecte și să protejeze în toate privințele demnitatea bolnavilor incurabili și a muribunzilor, în special dreptul acestora la autodeterminare, prin adoptarea măsurilor necesare:

- pentru a asigura respectarea instrucțiunilor sau a declarației formale (testamentul biologic) prin care aceștia refuză anumite tratamente medicale, date sau întocmite în avans, atunci când aceștia nu mai sunt capabili să își exprime dorințele,

- pentru ca, fără a aduce atingere răspunderii terapeutice finale a medicului, dorințele pe care aceștia le-au exprimat în ceea ce privește un anumit tip de tratament să fie luate în considerare, în măsura în care acesta nu aduce atingere demnității lor umane.

71. Rezoluția 1859 (2012) a Adunării, intitulată „Protejarea drepturilor omului și a demnității persoanei prin luarea în considerare a dorințelor exprimate anterior de pacienți”, reamintește principiul autonomiei personale și principiul consimțământului, incluse în Convenția de la Oviedo (supra, pct. 59), din care rezultă în special faptul că nimeni nu poate fi obligat să se supună unui tratament medical împotriva voinței sale. Rezoluția stabilește orientările care trebuie să fie respectate de parlamentele naționale în ceea ce privește directivele anticipative, testamentele biologice și procurile permanente.

4) IV. Dreptul comparat

a) A. Legislația și practica în vigoare în statele membre ale Consiliului Europei

72. Potrivit informațiilor referitoare la 39 din cele 47 de state membre ale Consiliului Europei, de care dispune Curtea, în practică nu există un consens în ceea ce privește autorizarea sistării definitive a unui tratament al cărui unic scop este prelungirea artificială a vieții. În majoritatea statelor, sistarea definitivă este posibilă în anumite condiții. Legislația altor state o interzice sau nu include prevederi cu privire la acest aspect.

73. În ceea ce privește statele care o autorizează, această posibilitate este prevăzută fie de legislație, fie de instrumente fără caracter obligatoriu, cel mai adesea de codurile deontologice ale profesiilor medicale. În Italia, în lipsa unui cadru juridic, sistarea definitivă a tratamentului a fost

recunoscută prin jurisprudență.

74. Deși normele care reglementează sistarea definitivă a tratamentului variază de la un stat la altul, există un consens în ceea ce privește rolul primordial pe care îl are dorința pacientului în luarea deciziei. Având în vedere că principiul consimțământului cu privire la îngrijirile medicale constituie unul din aspectele dreptului la respectarea vieții private, statele au instituit diverse proceduri pentru a asigura exprimarea consimțământului sau pentru a verifica existența acestuia.

75. Toate legislațiile care autorizează sistarea definitivă a tratamentului prevăd posibilitatea ca pacientul să formuleze directive anticipative. În cazul în care astfel de directive nu există, decizia aparține unei terțe persoane: medicul curant, apropiatul pacientului, reprezentantul său legal, sau chiar judecătorul. În toate cazurile, intervenția persoanelor apropiate pacientului este posibilă, fără însă ca legislațiile să prevadă o diferențiere între rude în cazul unui dezacord. Totuși, unele state au instituit o ierarhie a persoanelor apropiate pacientului și prevăd că alegerea soțului/soției prevalează asupra alegerilor celorlalte persoane.

76. Sistarea definitivă a tratamentului este supusă și altor condiții în afară de obținerea consimțământului pacientului. Astfel, după caz, este necesar ca pacientul să fie muribund sau să sufere de o afecțiune care are consecințe medicale grave și ireversibile, ca tratamentul să nu mai fie în interesul superior al pacientului, acesta să fie inutil și sistarea definitivă a acestuia să fie precedată de o etapă de observare suficient de lungă și de o reexaminare a stării de sănătate a pacientului.

b) B. Observațiile Clinicii pentru Drepturile Omului

77. Clinica pentru Drepturile Omului, terț intervenient (a se vedea supra, pct. 8), prezintă o situație a legislațiilor și a practicilor naționale referitoare la problema eutanasierii active și pasive și a sinuciderii asistate, în state de pe continentul european și cel american.

78. Studiul ajunge la concluzia că, la ora actuală, nu există niciun consens în rândul statelor membre ale Consiliului Europei și nici în rândul statelor terțe, pentru a autoriza sau nu sinuciderea asistată sau eutanasierea.

79. În schimb, există un consens în ceea ce privește reglementarea strictă a modalităților de eutanasiere pasivă, în statele care o autorizează. În această privință, legislația fiecărui stat prevede criterii pentru stabilirea momentului potrivit pentru realizarea eutanasiei, având în vedere starea pacientului, și pentru a asigura obținerea consimțământului acestuia cu privire la punerea în aplicare a acestei măsuri. Totuși, aceste criterii variază considerabil de la un stat la altul.

ÎN DREPT

5) I. Cu privire la calitatea procesuală de acțiune în numele și pe seama lui Vincent Lambert

80. Reclamanții consideră că sistarea definitivă a alimentației și a hidratării artificiale ale lui Vincent Lambert ar contraveni obligațiilor care îi revin statului în temeiul art. 2 din Convenție. Reclamanții consideră că privarea acestuia de hrană și de hidratare ar echivala cu aplicarea unor rele tratamente, care constituie tortură în sensul art. 3 din Convenție, susținând, în plus, că privarea acestuia de kinetoterapie începând din octombrie 2012, precum și de reeducarea deglutiției, echivalează cu un tratament inuman și degradant, interzis de această dispoziție. În cele din urmă, consideră că sistarea definitivă a alimentației și a hidratării ar constitui, de asemenea, o atingere adusă integrității fizice a lui Vincent Lambert, în sensul art. 8 din Convenție.

81. Art. 2, 3 și 8 din Convenție se citesc după cum urmează:

Art. 2

„Dreptul la viață al oricărei persoane este protejat prin lege. Moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenționat [...]”

Art. 3

„Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.”

Art. 8

„1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.

2. Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acest amestec este prevăzut de lege și dacă constituie o măsură care, într-o societate democratică, este necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protejarea sănătății sau a moralei, ori protejarea drepturilor și libertăților altora.”

a) A. Cu privire la calitatea procesuală a reclamanților de a acționa în numele și pe seama lui Vincent Lambert

i) 1. Argumentele părților

(1) a) Guvernul

82. Guvernul a observat că reclamanții nu au arătat că voiau să acționeze în numele lui Vincent Lambert și a considerat ca fiind lipsită de obiect problema sesizării Curții, în numele acestuia, de către reclamanți.

(2) b) Reclamanții

83. Reclamanții au susținut că orice persoană trebuie să poată beneficia de garanțiile prevăzute de Convenție, indiferent de handicapul său, inclusiv în cazul în care nu are un reprezentant. Ei au subliniat că, în niciun moment, nu a fost contestată în fața instanțelor interne lipsa calității procesuale sau a interesului de a acționa, în măsura în care dreptul francez recunoaște familiei unui pacient, al cărui tratament se dorește a fi sistat definitiv, dreptul pentru a lua poziție cu privire la măsura în cauză, ceea ce le conferă în mod necesar calitatea procesuală de a acționa nu doar în nume propriu, ci și în numele pacientului.

84. Citând criteriile stabilite de Curte în hotărârea pronunțată în cauza *Koch împotriva Germaniei* (nr. 497/09, pct. 43 și urm., 19 iulie 2012), reclamanții au apreciat că acestea erau îndeplinite în speță, și anume interesul general pe care îl prezintă cauza, precum și legăturile familiale strânse și interesul lor personal pentru cauză. Aceștia au subliniat că au sesizat instanțele naționale și, ulterior, Curtea pentru a invoca drepturile fundamentale pe care le are Vincent Lambert în temeiul art. 2 și art. 3, pe care el însuși nu le poate invoca și care nu pot fi invocate nici de soția lui, deoarece aceasta a acceptat decizia medicală contestată.

(3) c) Persoane particulare - terți intervenienți

85. Rachel Lambert, soția lui Vincent Lambert, consideră că reclamanții nu aveau calitatea procesuală de a acționa în numele lui Vincent Lambert. Aceasta a subliniat că Curtea a fost dispusă să recunoască calitatea procesuală de a acționa a unei rude, fie atunci când plângerile au ridicat o chestiune de interes general care avea legătură cu „respectarea drepturilor omului”, iar persoana respectivă, în calitate de moștenitor, avea un interes legitim în continuarea procedurii, fie în temeiul efectului direct asupra propriilor drepturi. Cu toate acestea, în cauza *Sanles Sanles împotriva Spaniei* [(dec.), nr. 48335/99, CEDO 2000-XI], Curtea a considerat că drepturile invocate de reclamantă în temeiul art. 2, art. 3, art. 5 și art. 8 din Convenție au intrat în categoria drepturilor netransmisibile și a concluzionat că reclamanta, care era cumnata și moștenitoarea legitimă a persoanei decedate, nu putea pretinde că este victima unei încălcări, în numele cumnatului său decedat.

86. În ceea ce privește reprezentarea, aceasta a reamintit că era esențial ca reprezentantul să demonstreze că a primit instrucțiuni precise și explicite din partea pretinsei victime; or, acest lucru nu este valabil în cazul reclamanților, care nu au primit nicio instrucțiune precisă și explicită din partea lui Vincent Lambert, în vreme ce ancheta realizată de *Conseil d'État* a evidențiat că soțul acesteia i-a comunicat dorințele sale și i-a făcut confidențe, care sunt coroborate de declarațiile făcute în fața instanțelor naționale.

87. François Lambert și Marie-Geneviève Lambert, nepotul și sora-vitregă ai lui Vincent Lambert, au considerat că reclamanții nu aveau calitatea procesuală de a acționa în numele acestuia. Ei au susținut, în primul rând, că încălcările art. 2, art. 3 și art. 8 din Convenție, pretinse de reclamanți, priveau drepturi netransmisibile, pe care nu le puteau invoca în numele lor propriu, în al doilea rând, că aceștia nu aveau calitatea de reprezentanți legali ai lui Vincent Lambert, acesta fiind major, născut în 1976, și, în al treilea rând, că acțiunea lor contravine libertății de conștiință a acestuia din urmă, dreptului său la propria viață și aduce atingere vieții sale private. François Lambert și Marie-Geneviève Lambert au reamintit că, deși Curtea a putut admite, cu titlu excepțional, că părinții pot acționa în locul și în numele unei victime, pentru a invoca o încălcare a art. 3 din Convenție, acest lucru este valabil numai în ipoteza dispariției sau a decesului victimei, și în cazul unor circumstanțe deosebite, condiții care nu sunt îndeplinite în speță, cererea devenind astfel inadmisibilă. Aceștia au

susținut că au existat ocazii pentru ca această inadmisibilitate să fie confirmată de Curte, în cauze referitoare la finalul vieții, similare prezentei cauze [*Sanles Sanles*, decizie citată anterior, și *Ada Rossi și alții împotriva Italiei* (dec.), nr. 55185/08, 16 decembrie 2008].

88. În cele din urmă, aceștia au apreciat că, în fapt, reclamantii nu pot să conteste „în mod legitim” decizia *Conseil d’État*, având în vedere că poziția pe care o apără este opusă convingerilor lui Vincent Lambert și că medicii și judecătorii au ținut seama de dorințele acestuia din urmă, comunicate soției sale, cu care avea o legătură foarte strânsă, și exprimate în cunoștință de cauză, ținând seama de experiența lui profesională de infirmier.

ii) 2. Motivarea Curții

(1) a) Recapitularea principiilor

89. Curtea a reamintit recent, în cauzele *Nencheva și alții împotriva Bulgariei* (nr. 48609/06, 18 iunie 2013) și *Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu împotriva României* [(MC), nr. 47848/08, CEDO 2014], următoarele principii.

Pentru a se prevala de art. 34 din Convenție, un reclamant trebuie să poată pretinde că este victima unei încălcări a Convenției; potrivit jurisprudenței constante a Curții, noțiunea de „victimă” trebuie să fie interpretată în mod autonom și independent de noțiunile interne, precum cele privind interesul sau calitatea procesuală. Persoana în cauză trebuie să poată demonstra că a „suferit în mod direct efectele” măsurii în litigiu (*Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu*, citată anterior, pct. 96, și jurisprudența citată).

90. Există o excepție de la acest principiu, în cazul în care încălcarea sau încălcările Convenției invocată(e) sunt strâns legate de dispariții sau decese petrecute în circumstanțe cu privire la care se pretinde că angajează răspunderea statului. În fapt, în astfel de cazuri, Curtea recunoaște rudelor apropiate ale victimei calitatea procesuală de a depune o cerere (*Nencheva și alții*, citată anterior, pct. 89, *Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu*, citată anterior, pct. 98-99, și jurisprudența citată).

91. Pe de altă parte, dacă cererea nu este introdusă chiar de victimă, art. 45 § 3 din Regulament impune prezentarea unei împuterniciri scrise, semnată în mod corespunzător. Este esențial ca reprezentantul să demonstreze că a primit instrucțiuni precise și explicite din partea presupusei victime, în numele căreia dorește să acționeze în fața Curții [*Post împotriva Țărilor de Jos* (dec.), nr. 21727/08, 20 ianuarie 2009, *Nencheva și alții*, citată anterior, pct. 83, și *Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu*, citată anterior, pct. 102]. Cu toate acestea, organele Convenției au apreciat că anumite considerații speciale ar putea fi justificate în cazul pretinselor victime ale încălcărilor art. 2, art. 3 și art. 8 din Convenție, cauzate de autoritățile naționale. Astfel, cererile formulate de persoane particulare în numele victimei sau al victimelor au fost declarate admisibile, chiar dacă nu a fost prezentat niciun tip de împuternicire valabilă (*Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu*, citată anterior, pct. 103).

92. S-a acordat o atenție deosebită unor factori de vulnerabilitate, precum vârsta, sexul sau handicapul, care pot împiedica unele victime să sesizeze Curtea cu cauza lor, în plus ținându-se cont în mod corespunzător de legăturile dintre victimă și persoana care formulează cererea (*ibidem*).

93. Astfel, în cauza *S.P., D.P. și A.T. împotriva Regatului Unit* (nr. 23715/94, decizia Comisiei din 20 mai 1996), care privea în special art. 8 din Convenție, Comisia a admis cererea introdusă de un *solicitor* (avocat) în numele copiilor pe care i-a reprezentat în procedura internă, în care fusese desemnat de tutorele *ad litem*, după ce a subliniat în special că mama copiilor nu era interesată de aceștia, că autoritățile locale erau

criticate în cerere și că nu exista niciun conflict de interese între *solicitor* și copii.

În cauza *Ylhan împotriva Turciei* [(MC)], nr. 22277/93, pct. 54-55, CEDO 2000-VII), în care victima directă, Abdüllatif Ylhan, suferea de sechele grave, ca urmare a relexor tratamentelor aplicate de forțele de securitate, Curtea a apreciat că cererea întemeiată pe art. 2 și pe art. 3 din Convenție a fost introdusă în mod valabil de fratele acestuia, în măsura în care din faptele prezentate rezulta că Abdüllatif Ylhan fusese de acord cu inițierea cererii, în care nu exista un conflict de interese între el și fratele acestuia, care fusese foarte afectat de incident și în care acesta se afla într-o situație deosebit de vulnerabilă, din cauza sechelelor de care suferea.

În cauza *Y.F. împotriva Turciei* (nr. 24209/94, pct. 31, CEDO 2003-IX), în care un soț se plângea, invocând art. 8 din Convenție, că soția acestuia fusese forțată să se supună unui examen ginecologic ulterior reținerii acesteia, Curtea a considerat că reclamantul, în calitate de rudă apropiată a victimei, avea posibilitatea de a invoca un capăt de cerere privind pretinsele încălcări ale Convenției, formulate de soția lui, având în vedere în special situația vulnerabilă în care se afla aceasta în circumstanțele specifice ale speței.

94. Pe de altă parte, tot în contextul art. 8 din Convenție, Curtea a admis în mai multe rânduri că părinții care nu au drepturi părintești pot sesiza Curtea în numele copiilor lor minori [a se vedea în

special *Scozzari și Giunta împotriva Italiei* (MC), nr. 39221/98 și 41963/98, pct. 138-139, CEDO 2000-VIII, *Șneersone și Campanella împotriva Italiei*, nr. 14737/09, pct. 61, 12 iulie 2011, *Diamante și Pelliccioni împotriva San Marino*, nr. 32250/08, pct. 146-147, 27 septembrie 2011, *A.K. și L. împotriva Croației*, nr. 37956/11, pct. 48-50, 8 ianuarie 2013 și *Raw și alții împotriva Franței*, nr. 10131/11, pct. 51-52, 7 martie 2013]. Criteriul esențial reținut de Curte în aceste cauze a fost riscul ca anumite interese ale minorilor să nu fie aduse în atenția sa și aceștia să fie privați de o protecție efectivă a drepturilor pe care le au în temeiul Convenției.

95. În cele din urmă, Curtea a adoptat recent o abordare similară în cauza *Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu*, citată anterior, care privea un tânăr de origine romă, cu un handicap grav și seropozitiv, care a decedat la spital, înainte de introducerea cererii, neavând rude apropiate cunoscute și fără ca statul să îi fi desemnat un reprezentant. Având în vedere circumstanțele excepționale ale cauzei și gravitatea acuzațiilor formulate, Curtea a recunoscut Centrului de Resurse Juridice calitatea de a-l reprezenta pe Valentin Câmpeanu, subliniind că a concluziona în mod diferit ar împiedica posibilitatea ca aceste acuzații grave de încălcare a Convenției să fie examinate la nivel internațional (pct. 112).

(2) b) Aplicarea în prezenta cauză

96. Reclamantii au susținut, în numele lui Vincent, că au fost încălcate art. 2, art. 3 și art. 8 din Convenție (a se vedea supra, pct. 80).

97. Curtea apreciază în primul rând că jurisprudența referitoare la cererile introduse în numele persoanelor decedate nu este aplicabilă în speță, deoarece Vincent Lambert nu a decedat, ci se află într-o stare considerată de experții în domeniul medical drept o stare vegetativă (supra, pct. 40). Așadar, Curții îi revine obligația de a stabili dacă în speță este vorba despre o situație cu privire la care aceasta a hotărât că putea fi introdusă o cerere în numele și pe seama unei persoane vulnerabile, fără ca aceasta din urmă să fi formulat o imputernicire valabilă sau să fi dat instrucțiuni persoanei care susținea că acționează în numele acesteia (a se vedea supra, pct. 93-95).

98. Aceasta subliniază că niciuna din cauzele în care a admis în mod excepțional că o persoană poate să acționeze în numele alteia nu este similară prezentei cauze. Trebuie să se facă distincție între aceasta și cauza *Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu*, citată anterior, în măsura în care victima directă era decedată și nu exista nicio persoană care să o reprezinte. Or, în speță, deși victima nu este capabilă să se exprime, mai multe rude apropiate doreau să se exprime în locul său, susținând totodată puncte de vedere diametral opuse. Pe de o parte, reclamantii susțin în principal dreptul la viață, protejat la art. 2, al cărui „caracter sacru” a fost reamintit de Curte în cauza *Pretty împotriva Regatului Unit* (nr. 2346/02, pct. 65, CEDO 2002-III), pe de altă parte, terții intervenienți, persoane particulare, (Rachel Lambert, François Lambert și Marie-Geneviève Lambert) invocă dreptul la respectarea vieții private și în special dreptul fiecărei persoane, inclus în noțiunea de autonomie personală (*Pretty*, citată anterior, pct. 61), de a decide maniera și momentul în care trebuie să se încheie viața sa (*Pretty*, pct. 67, *Haas împotriva Elveției*, nr. 31322/07, pct. 51, CEDO 2011, și *Koch*, citată anterior, pct. 52).

99. În ceea ce îi privește, reclamantii propun Curții să aplice criteriile enunțate în hotărârea pronunțată în cauza *Koch*, citată anterior (pct. 44), pe care aceștia consideră că le îndeplinesc, și anume existența unor legături de familie strânse, existența unui interes personal sau juridic satisfăcător din partea acestora cu privire la rezultatul procedurii și exprimarea anterioară a interesului lor pentru cauză.

100. Totuși, Curtea reamintește că, în cauza *Koch*, citată anterior, reclamantul susținea că suferințele soției sale și circumstanțele finale ale decesului acesteia l-au afectat atât de mult încât au adus atingere *propriilor drepturi*, în temeiul art. 8 din Convenție (pct. 43). Așadar, Curtea trebuia să se pronunțe cu privire la acest aspect și, în acest context, a apreciat că era necesar să se țină seama și de criteriile dezvoltate în jurisprudența sa, care permiteau unei rude sau unui moștenitor să introducă în fața sa o acțiune în numele persoanei decedate (pct. 44).

101. Or, Curtea consideră că aceste criterii nu sunt aplicabile în speță, deoarece Vincent Lambert nu a decedat, iar reclamantii doresc să invoce capete de cerere *în numele acestuia*.

102. În urma examinării jurisprudenței referitoare la cazurile în care organele Convenției au admis că o terță persoană poate, în circumstanțe excepționale, să acționeze în numele și pe seama unei persoane vulnerabile (supra, pct. 93-95), rezultă următoarele două criterii principale: riscul ca drepturile victimei directe să fie lipsite de protecția efectivă și absența unui conflict de interese între victimă și reclamant.

103. Aplicând aceste criterii în prezenta cauză, Curtea nu identifică, în primul rând, niciun risc ca drepturile lui Vincent Lambert să fie lipsite de o protecție efectivă. În fapt, potrivit jurisprudenței sale constante (a se vedea supra, pct. 90, și infra, pct. 115), reclamantii, în calitate de rude apropiate ale lui Vincent Lambert, pot să invoce în fața sa, în nume propriu, dreptul la viață, protejat prin art. 2.

104. În cadrul aplicării celui de-al doilea criteriu, în continuare, Curtea trebuie să stabilească dacă

reclamanții și Vincent Lambert au interese comune. În acest sens, subliniază că unul dintre aspectele primordiale ale procedurii interne a constat tocmai în stabilirea dorințelor acestuia din urmă. În fapt, decizia dr. Kariger din 11 ianuarie 2014 era întemeiată pe certitudinea că acesta nu dorea, înainte să sufere accidentul, să trăiască în astfel de condiții (supra, pct. 22). În decizia sa din 24 iunie 2014, *Conseil d'État* a apreciat, ținând seama de mărturiile soției și ale unui frate al lui Vincent Lambert, precum și de declarațiile altor câțiva frați și surori ai acestuia, că, pe baza acestui motiv, „nu se putea considera că dr. Kariger [...] a procedat la o interpretare inexactă a dorințelor exprimate de pacient înainte de accidentul său” (supra, pct. 50). În aceste condiții, Curtea nu consideră stabilit faptul că există o convergență de interese între ceea ce afirmă reclamanții și ceea ce și-ar fi dorit Vincent Lambert.

105. Curtea concluzionează că reclamanții nu au calitatea procesuală pentru a formula, în numele și pe seama lui Vincent Lambert, plângerile întemeiate pe art. 2, art. 3 și art. 8 din Convenție, invocate de aceștia.

106. Rezultă că aceste capete de cerere sunt incompatibile *ratione personae* cu dispozițiile Convenției, în sensul art. 35 § 3 lit. a), și trebuie să fie respinse în temeiul art. 35 § 4.

b) B. Cu privire la calitatea procesuală a lui Rachel Lambert de a acționa în numele și pe seama lui Vincent Lambert

i) 1. Argumentele părților

107. Prin scrisoarea avocatului său din 9 iulie 2014, Rachel Lambert a formulat cererea de a-l reprezenta pe soțul ei, Vincent Lambert, în calitate de terț intervenient în procedură. În sprijinul cererii sale, aceasta a comunicat hotărârea din 17 decembrie 2008 a Instanței de tutelă din Châlons-en-Champagne („juge des tutelles de Châlons-en-Champagne”), prin care fusese autorizată să își reprezinte soțul în temeiul unei împuterniciri care rezultă din regimul matrimonial, precum și două declarații, cea a unei surori și cea a unui frate vitreg de-ai lui Vincent Lambert. Potrivit acestor declarații, Vincent nu ar fi dorit ca părinții săi, de care se îndepărtase din punct de vedere moral și fizic, să ia decizii în ceea ce îl privește, ci mai degrabă soția lui, care ar fi persoana de încredere a acestuia. Aceasta a prezentat, de asemenea, declarația soacrei sale, care relatează că a însoțit-o în luna iulie 2012 la consultația unui profesor de medicină de la Spitalul Universitar din Liège, în prezența primilor doi reclamanți, consultație în cadrul căreia ea și Rachel Lambert ar fi menționat dorințele lui Vincent Lambert de a nu trăi cu un handicap, dacă s-ar afla în această situație, și în cadrul căreia cea de-a doua reclamantă ar fi afirmat că, dacă s-ar pune problema unei eutanasierii, aceasta ar lăsa decizia respectivă în seama lui Rachel Lambert. În observațiile sale, Rachel Lambert susține că, deoarece soțul ei i-a încredințat dorințele sale, confirmate de declarațiile pe care le-a prezentat, ea este singura care are calitatea procesuală de a acționa în numele lui Vincent Lambert și de a-l reprezenta.

108. Guvernul nu s-a pronunțat cu privire la acest aspect.

109. Reclamanții susțin că hotărârea instanței de tutelă, prezentată de Rachel Lambert, nu reprezintă o procură generală de reprezentare a soțului ei, ci doar o procură de reprezentare în domeniul patrimonial. Așadar, aceasta nu poate susține că este singura persoană care poate să îl reprezinte pe soțul ei în fața Curții. Pe de altă parte, reclamanții susțin că declarațiile prezentate de ea nu au nicio valoare juridică și contestă conținutul declarației soacrei sale. Aceștia subliniază că Vincent Lambert nu a numit nicio persoană de încredere și concluzionează că, având în vedere stadiul actual al dreptului francez și în lipsa instituirii tutelei sau curatelei, Vincent Lambert nu este reprezentat de nimeni în cadrul procedurilor care îl privesc personal.

ii) 2. Motivarea Curții

110. Curtea subliniază că nicio dispoziție din Convenție nu autorizează un terț intervenient să reprezinte o altă persoană în fața acesteia. Pe de altă parte, în temeiul 44 § 3 lit. a) din Regulament, un terț intervenient este orice persoană interesată, „alta decât reclamantul”. »

111. În aceste condiții, Curtea nu poate decât să respingă cererea lui Rachel Lambert.

c) C. Concluzie

112. Curtea a concluzionat că reclamanții nu aveau calitatea procesuală de a invoca, în numele și pe seama lui Vincent Lambert, încălcarea art. 2, art. 3 și art. 8 din Convenție (a se vedea supra, pct. 105-106) și a respins, de asemenea, cererea formulată de Rachel Lambert de reprezentare a soțului ei în calitate de terț intervenient (a se vedea supra, pct. 110-111).

Cu toate acestea, Curtea subliniază că, în pofida constatărilor pe care tocmai le-a făcut cu privire la admisibilitate, va examina în continuare toate problemele de fond ridicate de prezenta cauză, din perspectiva art. 2 din Convenție, având în vedere că acestea au fost invocate de reclamanți în nume

propriu.

6) II. Cu privire la pretinsa încălcare a art. 2 din Convenție

113. Reclamanții consideră că sistarea definitivă a alimentației și a hidratării artificiale ale lui Vincent Lambert ar contraveni obligațiilor care îi revin statului în temeiul art. 2 din Convenție. Aceștia invocă absența clarității și a preciziei Legii din 22 aprilie 2005 și contestă procedura care a avut ca rezultat decizia medicului din 11 ianuarie 2014.

114. Guvernul contestă acest argument.

a) A. Cu privire la admisibilitate

115. Curtea reamintește jurisprudența sa potrivit căreia rudele apropiate ale unei persoane, despre al cărei deces se susține că angajează răspunderea statului, pot să pretindă că sunt victimele unei încălcări a art. 2 din Convenție (a se vedea supra, pct. 90). Chiar dacă, în prezent, Vincent Lambert este în viață, este cert că, dacă hidratarea și alimentația artificiale ale acestuia ar fi sistate definitiv, decesul său ar surveni în scurt timp. Prin urmare, chiar dacă este vorba despre o încălcare potențială sau viitoare [*Taura și alți 18 împotriva Franței*, nr. 28204/95, decizia Comisiei din 4 decembrie 1995, Decizii și rapoarte (DR) 83-A, p. 131], Curtea consideră că reclamanții, în calitatea lor de rude apropiate ale lui Vincent Lambert, pot să invoce art. 2, citat anterior.

116. Curtea constată că acest capăt de cerere nu este în mod vădit nefundat, în sensul art. 35 § 3 lit. a) din Convenție. Pe de altă parte, Curtea subliniază că acesta nu prezintă niciun alt motiv de inadmisibilitate. Prin urmare, este necesar să fie declarat admisibil.

b) B. Cu privire la fond

i) 1. Cu privire la norma aplicabilă

117. Curtea reamintește că art. 2 prima teză, care se numără printre articolele esențiale ale Convenției, în sensul că acesta consacră una dintre valorile fundamentale ale societăților democratice care formează Consiliul Europei (*McCann și alții împotriva Regatului Unit*, 27 septembrie 1995, pct. 146-147, seria A nr. 324), impune statului nu numai obligația de a nu provoca „intenționat” moartea unei persoane (obligații negative), ci și de a lua măsurile necesare pentru a proteja viața persoanelor aflate sub jurisdicția sa (obligații pozitive) (*L.C.B. împotriva Regatului Unit*, 9 iunie 1998, pct. 36, *Culegere de hotărâri și decizii* 1998-III).

118. Curtea va analiza succesiv aceste două aspecte și va examina, în primul rând, dacă în prezenta cauză se află în joc obligațiile negative ale statului, în temeiul art. 2, citat anterior.

119. Deși reclamanții recunosc că sistarea definitivă a alimentației și a hidratării poate fi legitimă în cazul unei obstinații lipsite de caracter rezonabil și deși afirmă că recunosc distincția legitimă între, pe de o parte, eutanasiere și sinuciderea asistată și, pe de altă parte, abținerea terapeutică, ce constă în sistarea definitivă sau neînceperea unui tratament care a devenit lipsit de caracter rezonabil, aceștia au susținut în mai multe rânduri, în observațiile lor, că, nefiind îndeplinite, în opinia lor, aceste condiții, în speță este vorba despre provocarea intenționată a morții și fac referire la noțiunea de „eutanasiere”.

120. Guvernul subliniază că scopul deciziei medicale nu este să pună capăt vieții, ci să înceteze administrarea unui tratament pe care pacientul îl refuză sau, dacă acesta nu își poate exprima dorința, pe care medicul îl consideră ca fiind o obstinație lipsită de caracter rezonabil, ținând seama de elemente medicale și de altă natură. Acesta citează afirmațiile făcute de raportorul public în fața *Conseil d'État*. În concluziile sale din 20 iunie 2014, acesta a subliniat că, prin întreruperea unui tratament, medicul nu provoacă moartea, ci hotărăște să se retragă atunci când nu mai este nimic de făcut (supra, pct. 45).

121. Curtea observă că Legea din 22 aprilie 2005 nu autorizează nici eutanasierea, nici sinuciderea asistată. Aceasta îi permite medicului să întrerupă un tratament doar în cazul în care continuarea acestuia reflectă o obstinație lipsită de caracter rezonabil și în conformitate cu o procedură reglementată. În observațiile prezentate *Conseil d'État*, Academia Națională de Medicină a reamintit interdicția fundamentală ca medicul să cauzeze în mod deliberat moartea altei persoane, interdicție care stă la baza relației de încredere dintre pacient și medic. Această interdicție figurează la articolul R. 4127-38 din Codul de Sănătate Publică, care prevede că medicul nu are dreptul de a provoca în mod deliberat moartea (supra, pct. 55).

122. În ședința din 14 februarie 2014, raportorul public în fața *Conseil d'État* a citat declarațiile făcute de ministrul Sănătății în fața senatorilor care examinau proiectul de lege Leonetti:

„Deși gestul de a opri un tratament (...) are ca rezultat decesul, intenția din spatele gestului [nu

este aceea de a ucide, ci de a reda morții caracterul său natural și de a aduce alinare. Acest lucru este deosebit de important pentru personalul de îngrijire, al cărui rol nu este acela de a provoca decesul unei persoane.”

123. În Cauza *Glass împotriva Regatului Unit* [(dec.), nr. 61827/00, 18 martie 2003], reclamantii se plâneau, invocând art. 2 din Convenție, de administrarea de diamorfină fiului lor, fără consimțământul acestora, de către medicii spitalului în care acesta era îngrijit, cu riscul de a-i provoca decesul. Curtea a subliniat că medicii nu aveau intenția deliberată de a ucide copilul și nici de a-i grăbi decesul și a examinat capetele de cerere formulate de părinți din perspectiva obligațiilor pozitive ale autorităților [a se vedea și *Powell împotriva Regatului Unit* (dec.), nr. 45305/99, CEDO 2000-V].

124. Curtea observă că atât reclamantii, cât și Guvernul fac distincție între moartea provocată în mod deliberat și abținerea terapeutică (a se vedea supra, pct. 119-120) și subliniază importanța acestei distincții. În contextul legislației franceze, care interzice provocarea deliberată a morții și permite numai în anumite circumstanțe precise sistarea definitivă sau neînceperea tratamentelor care mențin în mod artificial viața, Curtea apreciază că prezenta cauză nu implică obligațiile negative care îi revin statului în temeiul art. 2, citat anterior, și va examina capetele de cerere formulate de reclamantii doar din perspectiva obligațiilor pozitive ale statului.

ii) 2. Cu privire la respectarea de către stat a obligațiilor sale pozitive

(1) a) Argumentele părților și ale terților intervenienți

i) Reclamantii

125. Reclamantii consideră în primul rând că Legea din 22 aprilie 2005 nu se aplică în cazul lui Vincent Lambert, care, potrivit acestora, nu este nici bolnav și nici nu se află la finalul vieții, ci are un handicap grav. Aceștia denunță caracterul „neclar” al legii în ceea ce privește următoarele aspecte: noțiunea de obstinație lipsită de caracter rezonabil (și în special criteriul referitor la tratamentul „al cărui unic efect este menținerea artificială a vieții”, pe care îl consideră total neclar) și calificarea hidratării și a alimentației artificiale drept tratamente și nu îngrijiri. Aceștia apreciază că alimentația enterală de care beneficiază Vincent Lambert nu este un tratament ce poate fi întrerupt și că situația lui medicală nu constituie o obstinație lipsită de caracter rezonabil.

126. Aceștia consideră că procedura care a condus la decizia medicului din 11 ianuarie 2014 nu este conformă cu obligațiile statului, care decurg din art. 2 din Convenție. Susțin că nu există o colegialitate efectivă a procedurii, care privește doar obținerea unor avize pur consultative, medicul adoptând decizia singur. Ei consideră că ar fi posibilă instituirea altor sisteme, care ar permite și altor medici sau membrilor familiei, în absența unei persoane de încredere, să participe la adoptarea deciziei. În cele din urmă, aceștia susțin că legea ar trebui să țină seama de ipoteza unui dezacord între membrii familiei și să prevadă cel puțin o mediere.

ii) Guvernul

127. Guvernul susține că Legea din 22 aprilie 2005 conciliază dreptul la respectarea vieții și dreptul pacientului de a consimți la un tratament sau de a-l refuza. Definiția conceptului de obstinație lipsită de caracter rezonabil se bazează pe principiul etic al binefacerii și pe principiul etic *non nocere*, reamintite în „Ghidul pentru procesul decizional privind tratamentul medical în situațiile de la finalul vieții” al Consiliului European, în funcție de care specialiștii din domeniul medical pot să administreze doar tratamente corespunzătoare și trebuie să fie ghidați doar de bunăstarea pacientului, care trebuie să fie evaluată global. În această privință, se iau în considerare elemente medicale, dar și de altă natură, în special voința pacientului. Acesta reamintește că, în cadrul dezbaterilor parlamentare cu privire la legea în cauză, a fost respins un amendament care viza excluderea hidratării și a alimentației artificiale din sfera tratamentelor și subliniază că tratamentele includ, de asemenea, metodele și intervențiile care răspund unor insuficiențe funcționale ale pacientului și care presupun punerea în aplicare a unor tehnici medicale invazive.

128. Guvernul subliniază că legea franceză prevede o serie de garanții procedurale: luarea în considerare a voinței pacientului, a opiniei unei persoane de încredere, a familiei sau a apropiaților pacientului, punerea în aplicare a unei proceduri colegiale, la care participă familia și apropiații pacientului. În cele din urmă, acesta precizează că decizia medicului este supusă controlului judecătoresc.

iii) Terții intervenienți

(i) á) Rachel Lambert

129. Rachel Lambert apreciază că decizia medicului este susținută de Legea din 22 aprilie 2005

prin numeroase garanții și conciliază dreptul oricărei persoane de a primi îngrijirile cele mai adecvate și dreptul unei persoane de a nu fi supusă unui tratament care ar constitui o obstinație lipsită de caracter rezonabil. Aceasta subliniază că legiuitorul nu a intenționat să limiteze recunoașterea voinței pacientului exprimată anterior, în cazul în care acesta a desemnat o persoană de încredere sau a formulat directive anticipative; atunci când aceste lucruri nu sunt valabile, este solicitată opinia familiei, în primul rând cu scopul de a afla care ar fi dorința acesteia.

130. Făcând referire la procedura colegială pusă în aplicare în speță, aceasta susține că dr. Kariger a consultat șase medici (dintre care trei din afara spitalului), a convocat o reuniune cu aproape întreg personalul de îngrijire și cu toți medicii și a organizat două consilii de familie și că decizia acestuia este motivată in extenso și reprezintă o dovadă a seriozității demersului său.

(ii) â) François Lambert și Marie-Geneviève Lambert

131. François Lambert și Marie-Geneviève Lambert consideră că decizia medicului a fost adoptată în conformitate cu Legea din 22 aprilie 2005, citată anterior, ale cărei dispoziții le reamintesc. Aceștia subliniază că datele expertizei medicale dispuse de *Conseil d'État* au caracterizat corect noțiunea de tratamente care au ca scop exclusiv menținerea artificială a vieții, precizând că incapacitatea lui Vincent Lambert de a se hrăni și a se hidrata singur, fără asistența medicală a unei hidratări și alimentații enterale, este cea care i-ar cauza decesul.

(iii) **132.** Aceștia susțin că procesul decizional din prezenta speță a fost deosebit de lung, meticulos și a respectat drepturile fiecărei persoane, punctele de vedere medicale și paramedicale, precum și cele ale membrilor familiei, care au fost invitați să ia parte la acesta (în special reclamanții, care au beneficiat, pe tot parcursul procesului, de asistența unui medic ales de aceștia) și au fost pe deplin informați în fiecare etapă. În opinia lor, decizia finală a fost adoptată în conformitate cu procesul legal și convențional, enunțat în „Ghidul pentru procesul decizional privind tratamentul medical în situațiile de la finalul vieții” al Consiliului Europei.

(iv) γ) UNAFTC [Uniunea Națională a Asociațiilor Familiilor Persoanelor cu Traumatisme Craniene și Leziuni Cerebrale („Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés”)]

133. UNAFTC reflectă preocupările familiilor și instituțiilor pe care le reprezintă și susține următoarele opinii: pacienții în stare vegetativă cronică și cei în stare pauci-relațională nu se află la finalul vieții și nu sunt menținuți în viață în mod artificial; atunci când nu s-a stabilit prognosticul vital, alimentația și hidratarea artificiale nu trebuie să fie considerate drept tratamente care pot fi sistate definitiv. UNAFTC consideră că voința unui pacient nu poate fi reconstituită pornind de la afirmații verbale relatate de o parte a membrilor familiei și că viața trebuie să prevaleze asupra îndoielilor. În orice caz, în absența unor directive anticipative și a unei persoane de încredere, o decizie de sistare definitivă a tratamentului nu poate fi adoptată în lipsa unui consens familial.

(v) δ) Amréso-Bethel

134. Asociația Amréso-Bethel, care gestionează o unitate de îngrijire medicală, care găzduiește pacienți în stare de conștiență minimă sau în stare vegetativă cronică, expune modul în care sunt luați în îngrijire acești pacienți.

(vi) ε) Clinica pentru Drepturile Omului

135. Având în vedere diversitatea concepțiilor din întreaga lume referitoare la finalul vieții și diferențele privind condițiile în care poate fi practicată eutanasierea pasivă, Clinica pentru Drepturile Omului consideră că statele ar trebui să beneficieze de o marjă de apreciere pentru a păstra un echilibru între autonomia personală a pacientului și protejarea vieții sale.

(2) b) Motivarea Curții

i) Considerente de ordin general

(i) α) Cu privire la stadiul jurisprudenței

136. Curtea nu s-a pronunțat niciodată cu privire la problema care face obiectul prezentei cereri, dar a trebuit să soluționeze o serie de cauze care priveau probleme similare.

137. În primul grup de cauze, reclamanții sau rudele lor au invocat dreptul de a muri, în temeiul mai multor articole din Convenție.

În cauza *Sanles Sanles*, citată anterior, reclamanta invoca, în temeiul art. 2, art. 3, art. 5, art. 6, art.

8, art. 9 și art. 14 din Convenție, dreptul la o moarte demnă, în numele cumnatului ei, tetraplegic, care dorea să își pună capăt zilelor cu asistența unor terți și care a decedat înainte de introducerea cererii. Curtea a respins cererea ca fiind incompatibilă *ratione personae* cu dispozițiile Convenției.

În cauza *Pretty*, citată anterior, reclamanta suferea de o boală neurodegenerativă incurabilă, în fază terminală, și se plângea, invocând art. 2, art. 3, art. 8, art. 9 și art. 14 din Convenție, că soțul ei nu o putea ajuta să se sinucidă fără să facă obiectul urmăririi penale din partea autorităților britanice. Curtea a concluzionat că nu au fost încălcate aceste articole.

Cauzele *Haas* și *Koch*, citate anterior, priveau sinuciderea asistată și reclamanții invocau art. 8 din Convenție. În cauza *Haas*, în care reclamantul, care suferea de mult timp de o gravă tulburare afectivă bipolară, dorea să își pună capăt zilelor și se plângea că nu putea să își procure, fără rețetă medicală, substanța letală necesară în acest scop, Curtea a concluzionat că nu a fost încălcat art. 8 citat anterior. În cauza *Koch*, reclamantul pretindea că refuzul autorizării soției sale (paralizată și sub ventilație artificială) să își procure o doză letală de medicamente, care să îi permită să își pună capăt zilelor, a adus atingere dreptului acesteia, precum și propriul lui drept, la respectarea vieții lor private și de familie. De asemenea, acesta se plângea de refuzul instanțelor naționale de a examina fondul cererilor sale, iar Curtea a constatat încălcarea art. 8 doar în această privință.

138. În al doilea grup de cauze, reclamanții contestau administrarea sau sistarea definitivă a unui tratament.

În cauza *Glass*, citată anterior, reclamanții se plângeau de administrarea de diamorfină copilului lor bolnav, fără consimțământul acestora, de către medicii spitalului, precum și de mențiunea „a nu resuscita”, care figura în dosarul acestuia. În decizia sa din 18 martie 2003, citată anterior, Curtea a declarat vădit nefondată cererea lor întemeiată pe art. 2 din Convenție și, în hotărârea sa din 9 martie 2004, a constatat încălcarea art. 8 din Convenție.

În cauza *Burke împotriva Regatului Unit* [(dec.), nr. 19807/06, 11 iulie 2006], reclamantul suferea de o boală neurodegenerativă incurabilă și îi era teamă că directivele aplicabile în Regatul Unit nu pot determina, la momentul necesar, sistarea definitivă a hidratării și a alimentației sale artificiale. Curtea a declarat inadmisibilă cererea întemeiată pe art. 2, art. 3 și art. 8 din Convenție, fiind în mod vădit neîntemeiată.

În cele din urmă, în decizia *Ada Rossi și alții*, citată anterior, Curtea a declarat incompatibilă *ratione personae* cererea formulată de persoanele fizice și asociațiile care se plângeau, în temeiul art. 2 și art. 3 din Convenție, de efectele negative pe care le putea avea, în privința acestora, executarea unei hotărâri a Curții de Casație din Italia, care autoriza sistarea definitivă a hidratării și alimentației artificiale a unei tinere aflate în stare vegetativă.¹

139. Curtea reamintește că, în niciuna din aceste cauze, nu a concluzionat în sensul încălcării Convenției, cu excepția încălcărilor art. 8, constatate în hotărârile pronunțate în cauzele *Glass* și *Koch*, citate anterior.²

(ii) b) Cu privire la context

140. Articolul 2 impune statului obligația de a lua măsurile necesare pentru a proteja viața persoanelor aflate sub jurisdicția sa (*L.C.B.*, citată anterior, pct. 36, și decizia *Powell*, citată anterior); în domeniul sănătății publice, aceste obligații pozitive implică instituirea de către stat a unui cadru de reglementare care să le impună spitalelor, publice sau private, adoptarea de măsuri adecvate, care să asigure protejarea vieții bolnavilor [*Calvelli și Ciglio împotriva Italiei* (MC), nr. 32967/96, pct. 49, CEDO 2002-I, decizia *Glass*, citată anterior, *Vo împotriva Franței* (MC), nr. 53924/00, pct. 89, CEDO 2004-VIII și *Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu*, citată anterior, pct. 130).

141. Curtea subliniază că, în prezenta cauză, nu a fost sesizată cu problema eutanasierii, ci în ceea ce privește sistarea definitivă a tratamentelor care mențin în mod artificial viața (supra, pct. 124).

142. În hotărârea *Haas*, citată anterior (pct. 54), Curtea a reamintit că este necesară interpretarea Convenției ca un tot unitar [a se vedea, *mutatis mutandis*, *Verein gegen Tierfabriken Schweiz (VgT) împotriva Elveției* (nr. 2) (MC), nr. 32772/02, pct. 83, CEDO 2009]. În această cauză, Curtea a apreciat că, în cadrul examinării unei eventuale încălcări a art. 8, era necesar să se facă referire la art. 2 din Convenție (*ibidem*). Curtea consideră că este valabilă și situația inversă: într-o cauză precum cea în speță, trebuie să se facă referire, în cadrul examinării unei eventuale încălcări a art. 2, la art. 8 din Convenție și la dreptul la respectarea vieții private, precum și la noțiunea de autonomie personală, pe care acesta o include. În hotărârea *Pretty* (pct. 67), Curtea a declarat că nu poate „exclue că faptul că legea împiedică reclamanta să își exercite alegerea de a evita ceea ce, în opinia sa, ar constitui un final al vieții nedemn și traumatizant, reprezintă o atingere adusă dreptului persoanei în cauză la respectarea vieții sale private, în sensul art. 8 § 1 din Convenție”. În hotărârea *Haas*, citată anterior (§ 51), aceasta a afirmat că dreptul unei persoane de a decide în ce fel și în ce moment trebuie să se încheie viața sa reprezintă unul din aspectele dreptului la respectarea vieții sale private.

Curtea face trimitere în special la pct. 63 și la pct. 65 din hotărârea *Pretty*, în care s-a exprimat

după cum urmează:

„În domeniul medical, refuzul de a accepta un anumit tratament ar putea, inevitabil, să conducă la un rezultat fatal, dar impunerea unui tratament medical fără consimțământul pacientului, în cazul în care acesta este adult și în deplinătatea facultăților mintale, ar echivala cu o atingere adusă integrității fizice a persoanei în cauză, care poate să pună în discuție drepturile protejate la art. 8 § 1 din Convenție. Astfel cum s-a admis în jurisprudența internă, o persoană își poate revendica dreptul de a-și exercita alegerea de a muri, refuzând să fie de acord cu un tratament care ar putea avea ca efect prelungirea vieții sale.”

„Demnitatea și libertatea unei persoane reprezintă însăși esența Convenției. Fără a nega, în niciun fel, principiul caracterului sacru al vieții, protejat de Convenție, Curtea consideră că noțiunea de calitate a vieții capătă sens din perspectiva art. 8. Într-o perioadă în care asistăm la o creștere a complexității medicinei și a speranței de viață, numeroase persoane se tem să nu fie obligate să rămână în viață până la o vârstă foarte înaintată sau într-o stare avansată de degradare fizică sau mentală, în contrast cu percepția fermă pe care acestea o au despre ele însele și despre identitatea lor personală.”

143. Curtea va ține seama de aceste considerente la examinarea respectării de către stat a obligațiilor sale pozitive care decurg din art. 2. Aceasta reamintește, de asemenea, că, atunci când a fost sesizată cu problema administrării sau a încetării administrării unor tratamente medicale, în cauzele *Glass* și *Burke*, citate anterior, a luat în considerare următoarele elemente:

- existența, în dreptul și practica interne, a unui cadru legislativ conform cu cerințele art. 2 (decizia *Glass*, citată anterior);
- luarea în considerare a dorințelor exprimate anterior de reclamant și de apropiații acestuia, precum și a opiniei membrilor personalului medical (decizia *Burke*, citată anterior);
- posibilitatea introducerii unei căi de atac, în cazul în care există îndoieli cu privire la adoptarea celei mai adecvate decizii în interesul pacientului (*ibidem*).

Curtea va lua în considerare aceste elemente pentru examinarea prezentei cauze. De asemenea, va ține seama de criteriile impuse de „Ghidul pentru procesul decizional privind tratamentul medical în situațiile de la finalul vieții” al Consiliului Europei (supra, pct. 60-68).

(iii) γ) *Cu privire la marja de apreciere*

144. Curtea reamintește că art. 2 se numără printre articolele primordiale ale Convenției, de la care nu este permisă nicio derogare, în timp de pace, în temeiul art. 15 și că aceasta interpretează strict excepțiile pe care le definește [a se vedea în special *Giuliani și Gaggio împotriva Italiei* (MC), nr. 23458/02, pct. 174-177, CEDO 2011 (extrase)]. Cu toate acestea, în contextul obligațiilor pozitive ale statului, atunci când este sesizată cu probleme științifice, juridice și etice complexe, care privesc în special începutul sau finalul vieții, și în absența unui consens între statele membre, Curtea a recunoscut acestora din urmă o amplă marjă de apreciere.

În primul rând, Curtea reamintește că, atunci când a examinat, din perspectiva art. 2 din Convenție, punctul de pornire al dreptului la viață în cauza *Vo*, citată anterior (care privea achitarea de acuzația de ucidere din culpă a unui medic răspunzător pentru moartea *in utero* a copilului reclamantei), a concluzionat că aspectul respectiv intra în sfera marjei de apreciere care trebuie să fie recunoscută statelor în acest domeniu. A ținut cont de inexistența unei soluții comune în rândul statelor contractante și a unui consens european cu privire la definiția științifică și juridică a începutului vieții (pct. 82).

Curtea a reiterat această abordare, în special în cauza *Evans împotriva Regatului Unit* [(MC), nr. 6339/05, pct. 54-56, CEDO 2007-I, privind faptul că dreptul intern autorizează retragerea de către fostul partener al reclamantei a consimțământului său cu privire la conservarea și utilizarea embrionilor pe care i-au creat împreună] și în cauza *A, B și C împotriva Irlandei* [(MC), nr. 25579/05, pct. 237, CEDO 2010, în care reclamantii contestau în principal, în temeiul art. 8 din Convenție, interdicția avortului în Irlanda, pentru motive de sănătate sau bunăstare].

145. În ceea ce privește chestiunea sinuciderii asistate, Curtea a subliniat, în contextul art. 8 din Convenție, că nu exista un consens în rândul statelor membre ale Consiliului Europei în privința dreptului unei persoane de a decide în ce fel și în ce moment trebuie să se încheie viața sa și a concluzionat că marja de apreciere a statelor în acest domeniu era „considerabilă” (*Haas*, citată anterior, pct. 55, și *Koch*, citată anterior, pct. 70).

146. Pe de altă parte, Curtea a enunțat, într-o manieră generală, în cauza *Ciechońska împotriva Poloniei* (nr. 19776/04, pct. 65, 14 iunie 2011), care privea responsabilitatea autorităților în ceea ce privește moartea accidentală a soțului reclamantei, că alegerea de către stat a mijloacelor de asumare a obligațiilor sale pozitive care decurg din art. 2, citat anterior, ține, în principiu, de marja acestuia de apreciere.

147. Curtea constată că nu există un consens în rândul statelor membre ale Consiliului Europei în

ceea ce privește autorizarea sistării definitive a unui tratament care menține în mod artificial viața, chiar dacă majoritatea statelor par să o autorizeze. Deși modalitățile de reglementare a sistării definitive a tratamentului variază de la un stat la altul, totuși există un consens în ceea ce privește rolul primordial pe care îl are voința pacientului în cadrul procesului decizional, indiferent de modalitatea de exprimare a acesteia (supra, pct. 74-75).

148. În consecință, Curtea consideră că, în acest domeniu care privește finalul vieții, precum și în cel care privește începutul vieții, este necesar să se acorde statelor o marjă de apreciere nu doar în ceea ce privește posibilitatea de a încuviința sau nu sistarea definitivă a unui tratament care menține în mod artificial viața și modalitățile sale de punere în aplicare, dar și în ceea ce privește maniera de asigurare a unui echilibru între protecția dreptului la viață a unui pacient și protejarea dreptului la respectarea vieții sale private și a autonomiei sale personale (a se vedea *mutatis mutandis* A, B și C, citată anterior, pct. 237). Totuși, această marjă de apreciere nu este nelimitată (*ibidem*, pct. 238), Curtea rezervându-și dreptul de a controla respectarea de către stat a obligațiilor sale care decurg din art. 2.

ii) Aplicarea în prezenta cauză

149. Reclamanții invocă absența clarității și a preciziei Legii din 22 aprilie 2005 și contestă procedura care a avut ca rezultat decizia medicului din 11 ianuarie 2014. În opinia lor, aceste deficiențe ar rezulta dintr-o neîndeplinire de către autoritățile naționale a obligațiilor lor de protecție, care le sunt impuse la art. 2 din Convenție.

(iv) α) Cadrul legislativ

150. Reclamanții se plâng de lipsa de precizie și de claritate a legii, aceștia considerând că legea nu se aplică în cazul lui Vincent Lambert, care nici nu este bolnav, nici nu se află la finalul vieții. De asemenea, ei apreciază că noțiunile de obstinație lipsită de caracter rezonabil și de tratament care poate fi sistat definitiv nu sunt definite suficient de precis în lege.

151. Curtea face trimitere la cadrul legislativ stabilit de Codul de Sănătate Publică (denumit în continuare „codul”), astfel cum a fost modificat prin Legea din 22 aprilie 2005 (a se vedea supra, pct. 52-54). Aceasta reamintește, pe de altă parte, că interpretarea este inerentă exercitării funcției jurisdicționale [a se vedea, între altele, *Nejdet Şahin și Perihan Şahin împotriva Turciei* (MC), nr. 13279/05, 20 octombrie 2011]. Curtea observă că, înainte de deciziile pronunțate în prezenta cauză, nu fusese niciodată necesar ca instanțele franceze să interpreteze dispozițiile Legii din 22 aprilie 2005, deși acestea erau în vigoare de nouă ani. În speță, *Conseil d'État* i s-a cerut să precizeze sfera de aplicare a legii și să definească noțiunile de „tratamente” și de „obstinație lipsită de caracter rezonabil” (a se vedea infra).

- Sfera de aplicare a legii

152. În decizia sa din 14 februarie 2014, *Conseil d'État* s-a pronunțat astfel cu privire la sfera de aplicare a legii: acesta a hotărât că, din formularea articolelor aplicabile, precum și din lucrările parlamentare anterioare adoptării legii, rezulta că aceste dispoziții aveau un caracter general și că erau aplicabile tuturor beneficiarilor sistemului de sănătate, indiferent dacă pacientul este sau nu la finalul vieții (supra, pct. 33).

153. Curtea observă că, în observațiile prezentate *Conseil d'État*, domnul Jean Leonetti, raportor pentru Legea din 22 aprilie 2005, a precizat, în calitate de *amicus curiae*, că legea se aplica pacienților cu leziuni cerebrale și, prin urmare, afectați de o boală gravă și incurabilă, aflată într-o stare avansată, dar care nu se aflau în mod necesar „la finalul vieții”, ceea ce determinase legiuitorul să denumească legea „drepturile pacienților și finalul vieții” și nu „drepturile pacienților la finalul vieții” (a se vedea, în același sens, observațiile Academiei Naționale de Medicină, supra, pct. 44).

- Noțiunea de „tratamente”

154. În decizia sa din 14 februarie 2014, *Conseil d'État* a interpretat noțiunea de tratamente care pot fi sistate definitiv sau limitate. În lumina dispozițiilor articolelor L. 1110-5 și 1111-4, citate anterior, și a lucrărilor parlamentare, acesta a considerat că legiuitorul intenționase să includă în respectivele tratamente toate actele care aveau ca scop asigurarea în mod artificial a menținerii funcțiilor vitale ale pacientului și că alimentația și hidratarea artificiale făceau parte din aceste acte. Observațiile prezentate *Conseil d'État* cu titlu de *amicus curiae*, converg în această privință.

155. Curtea subliniază că „Ghidul pentru procesul decizional privind tratamentul medical în situațiile de la finalul vieții” al Consiliului Europei abordează aceste aspecte: ghidul precizează că tratamentele includ atât intervențiile al căror scop este de a îmbunătăți starea de sănătate a unui pacient, acționând asupra cauzelor bolii, dar și pe cele care nu vizează etiologia bolii, ci simptomele acesteia, sau care

răspund unei insuficiențe funcționale. Ghidul subliniază că alimentația și hidratarea artificiale sunt furnizate unui pacient pe baza unei indicații medicale și presupun alegerea unei proceduri și a unui dispozitiv medical (perfuzie, sondă pentru nutriția enterală). Ghidul observă că există diverse abordări în fiecare țară: unele țări consideră că acestea constituie tratamente care pot fi limitate sau întrerupte în condițiile și în conformitate cu garanțiile prevăzute de dreptul intern; astfel, problemele ridicate de acestea sunt dorința pacientului și caracterul adecvat al tratamentului în situația în cauză. În alte țări, se consideră că acestea constituie îngrijiri care răspund unor nevoi esențiale ale persoanei care le primește, care pot fi întrerupte numai în cazul în care pacientul, aflat în fază terminală, la finalul vieții, și-a exprimat dorința în acest sens (supra, pct. 61).

- Noțiunea de obstinație lipsită de caracter rezonabil

156. În temeiul articolului L. 1110-5 din cod, un tratament constituie o obstinație lipsită de caracter rezonabil în cazul în care acesta este inutil, disproportionat sau nu are „alt efect decât menținerea artificială a vieții” (supra, pct. 53). În prezenta cauză a fost aplicat acest ultim criteriu, pe care reclamantul îl consideră imprecis.

157. În observațiile sale prezentate *Conseil d'État*, în calitate de *amicus curiae*, domnul Leonetti a precizat că această formulare, mai strictă decât cea avută în vedere inițial, și anume tratament „care prelungește în mod artificial viața”, era mai restrictivă și făcea referire la menținerea artificială a vieții „în sens pur biologic”, având o dublă caracteristică, și anume un pacient care prezintă leziuni cerebrale majore și ireversibile și faptul că starea acestuia nu mai prezintă posibilitatea existenței unei conștiințe de sine și a unei vieți relaționale” (supra, pct. 44). În același sens, Consiliul Național al Medicilor a evidențiat importanța noțiunii de temporalitate, reținând că, în prezenta unei stări patologice, devenite cronică, care generează o deteriorare fiziologică a persoanei și o pierdere a facultăților sale cognitive și relaționale, obstinația ar putea fi considerată ca fiind lipsită de caracter rezonabil în măsura în care nu apare niciun semn de îmbunătățire a stării (*ibidem*).

158. În decizia sa din 24 iunie 2014, *Conseil d'État* a detaliat elementele pe care medicul trebuie să le ia în considerare pentru a aprecia dacă sunt îndeplinite condițiile pentru obstinația lipsită de caracter rezonabil, precizând totodată că este necesar să fie înțeleasă fiecare situație în parte: elementele medicale (cu privire la care a precizat că trebuie să acopere o perioadă suficient de lungă, să fie analizate în mod colegial și să privească în special starea pacientului, evoluția stării acestuia, suferința și prognosticul clinic) și elementele de altă natură, și anume voința pacientului, indiferent de modalitatea de exprimare a acesteia, căreia medicul trebuie să îi acorde o importanță deosebită, precum și opinia persoanei de încredere, a familiei sau a apropiaților acestuia.

159. Curtea subliniază că *Conseil d'État* a enunțat două garanții importante în această decizie: în primul rând, acest a afirmat că „simplul fapt că o persoană se află într-o stare ireversibilă de inconștiență sau, cu atât mai mult, de pierdere a autonomiei, care o face dependentă de un astfel de mod de hrănire și hidratare, nu poate caracteriza, în sine, o situație în care continuarea tratamentului ar părea nejustificată, pe motivul unui refuz al obstinației lipsite de caracter rezonabil”. Pe de altă parte, acesta a subliniat că, în cazul în care nu se cunoaște voința pacientului, nu se poate presupune că aceasta constă în refuzul de a fi menținut în viață (supra, pct. 48).

160. Având în vedere această analiză, Curtea nu poate să fie de acord cu argumentația reclamantilor. Aceasta consideră că dispozițiile Legii din 22 aprilie 2005, astfel cum sunt interpretate de *Conseil d'État*, constituie un cadru legislativ suficient de clar, în sensul art. 2 din Convenție, pentru a reglementa precis decizia medicului într-o situație precum cea din prezenta speță. Prin urmare, Curtea a concluzionat că statul a instituit un cadru legislativ adecvat pentru a asigura protecția vieții pacienților (a se vedea supra, pct. 140).

(v) b) Procesul decizional

161. Reclamantul contestă procesul decizional, considerând că acesta ar fi trebuit să fie cu adevărat colegial sau, cel puțin, să prevadă o mediere în cazul unui dezacord.

162. Curtea subliniază, în primul rând, că nici art. 2, nici jurisprudența sa nu pot fi interpretate ca impunând obligații în ceea ce privește procedura ce trebuie urmată pentru a se ajunge la un eventual acord. Aceasta reamintește că, în cauza *Burke*, citată anterior, a apreciat că procedura constând în stabilirea dorințelor pacientului și consultarea apropiaților acestuia, precum și a altor membri ai personalului medical, este conformă art. 2 (supra, pct. 143).

163. Curtea observă că, deși procedura din dreptul francez se numește „colegială” și deși aceasta implică mai multe etape de consultare (a echipei de îngrijire, cel puțin a unui medic, a persoanei de încredere, a familiei sau a persoanelor apropiate), adoptarea deciziei revine exclusiv medicului care se ocupă de pacient. Voința pacientului trebuie să fie luată în considerare. Decizia efectivă trebuie să fie motivată și inclusă în dosarul pacientului.

164. În observațiile sale în calitate de *amicus curiae*, domnul Jean Leonetti a reamintit că, potrivit acestei legi, răspunderea pentru decizia de sistare definitivă a tratamentului revine exclusiv medicului

și nu se intenționase transferarea acestei răspunderi asupra familiei, pentru a se evita orice sentiment de vinovăție și pentru a fi identificată persoana care a luat decizia.

165. Din elementele de drept comparat de care dispune Curtea rezultă că, în statele care permit sistarea definitivă a tratamentelor și în absența unor directive anticipative formulate de pacient, există o mare diversitate de modalități în ceea ce privește luarea deciziei finale de sistare definitivă a tratamentelor: aceasta poate fi luată de către medic (cel mai adesea), de către medic împreună cu familia, de către familie sau reprezentantul legal sau de către instanțe (supra, pct. 75).

166. Curtea observă că procedura colegială din prezenta cauză a durat din septembrie 2013 până în ianuarie 2014 și că, în toate etapele, punerea sa în aplicare a depășit condițiile impuse de lege: deși procedura prevede consultarea unui medic diferit și eventual a unui al doilea medic, dr. Kariger a consultat șase medici, dintre care unul desemnat de reclamant; acesta a reunit aproape întreaga echipă de îngrijire și a convocat două consilii de familie, la care au participat soția, părinții și opt frați și surori ale lui Vincent Lambert. În urma acestor reuniuni, soția lui Vincent Lambert și șase din frații și surorile acestuia s-au declarat în favoarea sistării definitive a tratamentului, soluție în favoarea căreia au fost și cinci din cei șase medici consultați, în vreme ce reclamantii s-au opus. Medicul a discutat, de asemenea, cu François Lambert, nepotul lui Vincent Lambert. Decizia acestuia, cu o întindere de treisprezece pagini (a cărei versiune prescurtată, de șapte pagini, a fost citită familiei) este motivată în mod corespunzător. *Conseil d'État* a concluzionat, în decizia sa din 24 iunie 2014, că aceasta nu a fost viciată de nicio neregularitate (supra, pct. 50).

167. *Conseil d'État* a apreciat că medicul își îndeplinise obligația de consultare a familiei și că acesta a putut lua decizia în mod legal, având în vedere absența unei opinii unanime a acesteia din urmă. Curtea subliniază că, în stadiul său actual, dreptul francez prevede consultarea familiei (și nu participarea acesteia la luarea deciziei), dar nu organizează nicio mediere în cazul unui dezacord între membrii acesteia. Acesta nu precizează nici ordinea în care trebuie să fie luate în considerare opiniile membrilor familiei, spre deosebire de ceea ce se prevede în câteva alte state.

168. Curtea evidențiază absența unui consens în materie (a se vedea supra, pct. 165) și consideră că organizarea procesului decizional, inclusiv desemnarea persoanei care ia decizia finală de sistare definitivă a tratamentelor și modalitățile de luare a deciziei, intră în sfera marjei de apreciere a statului. Aceasta constată că, în speță, procedura s-a desfășurat pe parcursul unei perioade îndelungate și într-o manieră meticuloasă, depășind condițiile impuse de lege, și apreciază că, deși reclamantii se află în dezacord cu privire la rezultatul acesteia, procedura a respectat cerințele care decurg din art. 2 din Convenție (supra, pct. 143).

(vi) γ) Căile de atac

169. În cele din urmă, Curtea va examina căile de atac de care au beneficiat reclamantii în prezenta cauză. Aceasta observă că, sesizat pentru prima dată cu o cale de atac împotriva unei decizii de sistare definitivă a unor tratamente, în temeiul Legii din 22 aprilie 2005, *Conseil d'État* a făcut, în deciziile sale din 14 februarie și 24 iunie 2014, precizări importante cu privire la sfera controlului exercitat de judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii într-o cauză precum prezenta.

170. Reclamantii au sesizat tribunalul administrativ cu o cerere de protejare a unei libertăți fundamentale în temeiul art. L. 521-2 din Codul de procedură administrativă, care prevede că judecătorul „sesizat cu o cerere în acest sens, justificată de o urgență deosebită, poate dispune toate măsurile necesare apărării unei libertăți fundamentale, căreia i s-a adus o atingere gravă și vădit nelegală de către o autoritate administrativă”. Atunci când este sesizat cu acest temei, judecătorul delegat cu luarea măsurilor provizorii, în principiu, se pronunță singur, cu celeritate, și poate să dispună măsuri provizorii pe baza unui criteriu evident și manifest (nelegalitate vădită).

171. Curtea subliniază că, astfel cum a fost definit de *Conseil d'État* (supra, pct. 32), rolul judecătorului delegat cu luarea măsurilor provizorii înglobează nu doar puterea de a suspenda aplicarea deciziei medicului, ci și pe cea de a proceda la un control complet al legalității deciziei în cauză (și nu numai aplicarea criteriului nelegalității vădite a acesteia), după caz, în complet colegial, și, dacă este necesar, după dispunerea unei expertize medicale și solicitarea unor avize cu titlu de *amicus curiae*.

172. *Conseil d'État* a precizat, de asemenea, în decizia acestuia din 24 iunie 2014, că, având în vedere rolul deosebit pe care îl avea într-un astfel de caz, judecătorul trebuia să examineze, în afara motivelor întemeiate pe neconformitatea deciziei cu legea – motivele întemeiate pe incompatibilitatea cu Convenția a dispozițiilor legislative aplicate.

173. Potrivit sublinierii făcute de Curte, cauza a fost examinată de *Conseil d'État* în sesiune plenară (secția de contencios, compusă din șaptesprezece membri), ceea ce nu este specific procedurii privind măsurile provizorii. În decizia sa din 14 februarie 2014, acesta a precizat că bilanțul efectuat la Spitalul Universitar din Liège viza o perioadă de doi ani și jumătate și a considerat că era necesar să dispună de informații cât mai complete cu privire la starea de sănătate a lui Vincent

Lambert. Așadar, a dispus realizarea unei expertize medicale de către trei specialiști recunoscuți în domeniul neuroștiinței. În plus, având în vedere amploarea și dificultatea problemelor ridicate de prezenta cauză, acesta a solicitat Academiei Naționale de Medicină, Comitetului Consultativ Național de Etică, Consiliului Național al Medicilor, precum și domnului Jean Leonetti, să îi prezinte, în calitate de *amicus curiae*, observații de ordin general, de natură a clarifica în special noțiunile de obstinație lipsită de caracter rezonabil și de menținere artificială a vieții.

174. Curtea constată că expertiza s-a desfășurat într-o manieră foarte aprofundată: experții l-au examinat pe Vincent Lambert în nouă rânduri, au procedat la o serie de examinări, au luat cunoștință de întreg dosarul medical și au consultat toate documentele aflate la dosarul procedurii administrative, care erau utile expertizei, și, în perioada 24 martie-23 aprilie 2014, au cunoscut toate părțile implicate (familia, echipa medicală și de îngrijire, consilierii medicali și reprezentanții UNAFTC și ai spitalului).

175. În decizia sa din 24 iunie 2014, *Conseil d'État* a examinat, în primul rând, compatibilitatea cu art. 2, art. 8, art. 6 și art. 7 din Convenție a dispozițiilor relevante ale Codului de Sănătate Publică (a se vedea supra, pct. 47) și ulterior conformitatea deciziei adoptate de dr. Kariger cu dispozițiile codului (a se vedea supra, pct. 47-50). Controlul realizat de acesta a privit legalitatea procedurii colegiale și respectarea condițiilor de fond impuse de lege, considerând că acestea erau îndeplinite, în special în lumina concluziilor raportului de expertiză. Acesta a subliniat în special că, din concluziile experților, rezulta că starea clinică a lui Vincent Lambert corespundea unei stări vegetative cronice, că acesta suferise leziuni grave și extinse și că gravitatea acestora, precum și perioada de cinci ani și jumătate care trecuse de la producerea accidentului, conduceau la concluzia potrivit căreia acestea erau ireversibile, cu un „prognostic clinic negativ”. *Conseil d'État* a apreciat că aceste concluzii le confirmau pe cele ale dr. Kariger.

176. În continuare, Curtea observă că, după ce a subliniat „importanța deosebită” pe care medicul trebuie să o acorde voinței persoanei bolnave (supra, pct. 48), *Conseil d'État* a încercat să stabilească ce își dorea Vincent Lambert. Având în vedere că acesta din urmă nici nu formulase directive anticipative și nici nu desemnase o persoană de încredere, *Conseil d'État* a ținut seama de mărturia soției acestuia, Rachel Lambert. Acesta a subliniat că Vincent și soția acestuia, amândoi de profesie infirmieri, având în vedere că interacționau în special cu persoane aflate la reanimare sau cu polihandicap, au vorbit adesea despre experiențele lor profesionale și, cu aceste ocazii, Vincent Lambert și-a exprimat în mai multe rânduri dorința de a nu fi menținut în mod artificial în viață și într-o stare de dependență majoră (supra, pct. 50). *Conseil d'État* a considerat că aceste afirmații – al căror conținut era confirmat de un frate de-al lui Vincent Lambert – erau date și relatate cu precizie de către Rachel Lambert. De asemenea, acesta a ținut cont de faptul că mai mulți alți frați și alte surori au precizat că aceste afirmații corespundeau personalității, experienței anterioare și opiniilor fratelui lor și a subliniat că reclamanții nu susțineau că acesta ar fi făcut afirmații contrare. În cele din urmă, *Conseil d'État* a evidențiat că avusese loc consultarea familiei prevăzută de lege (*ibidem*).

177. Potrivit reclamanților care invocă art. 8 din Convenție, *Conseil d'État* nu ar fi trebuit să țină seama de observațiile verbale ale lui Vincent Lambert, pe care le consideră prea generale.

178. Curtea reamintește în primul rând că pacientul, chiar dacă nu este capabil să își exprime dorința, este cel al cărui consimțământ trebuie să rămână în centrul procesului decizional, fiind subiectul și actorul principal al acestuia. „Ghidul pentru procesul decizional privind tratamentul medical în situațiile de la finalul vieții” al Consiliului Europei propune implicarea acestuia în procesul decizional prin intermediul dorințelor pe care le-a putut exprima anterior și prevede că este posibil ca acestea să fi fost încredințate verbal unui membru al familiei sau unui apropiat (supra, pct. 63).

179. Curtea subliniază, de asemenea, că, potrivit elementelor de drept comparat de care dispune, în anumite țări, în lipsa unor directive anticipative sau a unui „testament biologic”, voința prezumată a pacientului trebuie să fie stabilită prin diverse modalități (declarații ale reprezentantului legal sau ale familiei, alte declarații care reflectă personalitatea acestuia, convingerile pacientului, etc.).

180. În cele din urmă, Curtea reamintește că, în hotărârea *Pretty*, citată anterior (pct. 63), a afirmat dreptul oricărei persoane de a refuza să fie de acord cu un tratament care ar putea avea ca efect prelungirea vieții sale. În aceste condiții, consideră că *Conseil d'État* a putut aprecia că declarațiile care i-au fost prezentate erau suficient de precise pentru a stabili care erau dorințele lui Vincent Lambert în ceea ce privește sistarea definitivă sau continuarea tratamentului său.

(vii)δ) Considerente finale

181. Curtea este pe deplin conștientă de importanța problemelor ridicate de prezenta cauză, care privește chestiuni medicale, juridice și etice deosebit de complexe. În circumstanțele speței, Curtea reamintește că le revine în primul rând autorităților interne obligația să verifice conformitatea deciziei de sistare definitivă a tratamentelor cu dreptul intern și cu Convenția, precum și să stabilească dorințele pacientului, în conformitate cu legislația națională. Rolul Curții a constat în a examina dacă statul și-a respectat obligațiile pozitive care decurg din art. 2 din Convenție.

În cadrul acestei abordări, Curtea a considerat că atât cadrul legislativ prevăzut de dreptul intern,

astfel cum a fost interpretat de *Conseil d'État*, precum și procesul decizional, desfășurat în speță într-o manieră meticuloasă, erau conforme cu cerințele acestui articol. Pe de altă parte, în ceea ce privește căile de atac de care au beneficiat reclamantii, Curtea a ajuns la concluzia că prezenta cauză a făcut obiectul unei examinări aprofundate, în cadrul căreia au putut fi exprimate toate punctele de vedere și au fost analizate cu atenție toate aspectele, atât din perspectiva unei expertize medicale detaliate, cât și a unor observații generale formulate de cele mai înalte autorități medicale și etice.

În consecință, Curtea ajunge la concluzia că autoritățile interne și-au respectat obligațiile pozitive care decurg din art. 2 din Convenție, ținând seama de marja de apreciere de care acestea dispuneau în prezenta cauză.

(viii) ε) *Concluzie*

182. Rezultă că, în cazul în care ar fi pusă în aplicare decizia *Conseil d'État* din 24 iunie 2014, nu ar fi încălcat art. 2 din Convenție.

7) III. **Cu privire la pretinsa încălcare a art. 8 din Convenție**

183. Reclamantii apreciază că sunt potențiale victime ale unei încălcări a dreptului lor la respectarea vieții de familie împreună cu fiul și, respectiv, fratele acestora, în sensul art. 8 din Convenție.

184. Curtea consideră că acest capăt de cerere este inclus în cele invocate de reclamantii în temeiul art. 2 din Convenție. Având în vedere constatarea sa cu privire la acest articol (supra, pct. 182), Curtea consideră că nu este necesar ca acest capăt de cerere să fie examinat separat.

8) IV. **Cu privire la pretinsa încălcare a art. 6 din Convenție**

185. Reclamantii se plâng, de asemenea, de faptul că medicul care a luat decizia din 11 ianuarie 2014 nu ar fi fost imparțial, în măsura în care acesta luase deja aceeași decizie, și consideră că expertiza dispusă de *Conseil d'État* nu s-a realizat în condiții de deplină contradictorialitate.

Aceștia invocă art. 6 § 1 din Convenție, ale cărui dispoziții relevante sunt redactate după cum urmează:

„Orice persoană are dreptul la judecarea în mod echitabil [...] a cauzei sale, de către o instanță independentă și imparțială, instituită de lege, care va hotărî [...] asupra încălcării drepturilor și obligațiilor cu caracter civil [...]”.

186. Chiar în ipoteza în care art. 6 § 1 s-ar aplica în cazul procedurii care a avut ca rezultat decizia medicului din 11 ianuarie 2014, Curtea apreciază că aceste capete de cerere, în măsura în care nu au fost deja abordate din perspectiva art. 2 din Convenție (supra, pct. 150-181), sunt în mod vădit neîntemeiate.

187. Reiese că acest capăt de cerere trebuie să fie respins în temeiul art. 35 § 3 lit. a) și al art. 35 § 4 din Convenție.

PENTRU ACESTE MOTIVE,

CURTEA,

1. declară, în unanimitate, cererea admisibilă în ceea ce privește capătul de cerere formulat de reclamantii în nume propriu în temeiul art. 2 din Convenție;
2. declară, cu douăsprezece voturi la cinci, cererea inadmisibilă pentru celelalte capete de cerere;
3. respinge, în unanimitate, cererea lui Rachel Lambert având ca obiect reprezentarea, în calitate de terț intervenient, a lui Vincent Lambert;
4. hotărăște, cu douăsprezece voturi la cinci, că nu ar fi încălcat art. 2 din Convenție, în cazul în care ar fi pusă în aplicare decizia *Conseil d'État* din 24 iunie 2014;
5. hotărăște, cu douăsprezece voturi la cinci, că nu este necesar să se pronunțe separat cu privire la

capătul de cerere întemeiat pe art. 8 din Convenție;

Redactată în limbile franceză și engleză, apoi pronunțată în ședință publică la Palatul Drepturilor Omului, la 5 iunie 2015, în temeiul art. 77 § 2 și al art. 77 § 3 din Regulamentul Curții.

Erik Fribergh
Grefier

Dean Spielmann
Președinte

În conformitate cu art. 45 § 2 din Convenție și art. 74 § 2 din Regulament, la prezenta hotărâre este anexat un rezumat al opiniei separate a judecătorilor Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano și Grițco.

D.S.
E.F.

OPINIA PARȚIAL SEPARATĂ COMUNĂ A JUDECĂTORILOR HAJIYEV, ŠIKUTA, TSOTSORIA,
DE GAETANO ȘI GRIȚCO

(Traducere)

1. Regretăm că trebuie să ne disociem de opinia majorității, exprimată la punctele 2, 4 și 5 din dispozitivul prezentei hotărâri. După o analiză atentă, considerăm că, având în vedere că s-a spus și s-a scris tot ce se putea în prezenta hotărâre, că s-au stabilit cele mai subtile distincții juridice și că s-a despicat firul în patru, ceea ce s-a propus echivalează, nici mai mult, nici mai puțin, cu a afirma că o persoană cu handicap grav, *care se află în incapacitatea de a-și comunica dorințele în ceea ce privește starea sa actuală*, poate fi, pe baza mai multor afirmații discutabile, privată de două elemente esențiale menținerii în viață, și anume de hrană și apă, și că, în fața acestei realități, Convenția este neputincioasă. Noi apreciem nu numai că această concluzie este înspăimântătoare, dar, mai mult – și regretăm că e nevoie să spunem acest lucru –, ea reprezintă un pas înapoi în ceea ce privește protecția oferită până acum de Convenție și de Curte persoanelor vulnerabile.

2. Pentru a ajunge la concluzia formulată la punctul 112 din hotărâre, majoritatea începe cu trecerea în revistă a cauzelor în care organele Convenției au admis că un terț poate, în circumstanțe excepționale, să acționeze în numele și pe seama unei persoane vulnerabile, chiar dacă aceasta nu și-a exprimat în mod expres dorința de a introduce o cerere. Pe baza acestei jurisprudențe, majoritatea deduce că există două criterii principale care trebuie aplicate în astfel de cauze: riscul ca victima directă să fie lipsită de protecția efectivă a drepturilor sale și absența unui conflict de interese între victimă și reclamant (pct. 102 din hotărâre). Deși subscriem la aceste două criterii ca atare, nu suntem de acord cu modul în care majoritatea le aplică în circumstanțele specifice speței.

În ceea ce privește primul criteriu, este adevărat că reclamantii pot să invoce art. 2 în nume propriu, ceea ce au și făcut. Totuși, având în vedere că Curtea a recunoscut dreptul unei organizații negurvernamentale de a reprezenta o persoană decedată [*Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu împotriva României* (MC), nr. 47848/08, CEDO 2014], considerăm că nu există niciun motiv valabil pentru a nu urma aceeași abordare în ceea ce privește reclamantii în speță. În fapt, în calitate de rude apropiate ale lui Vincent Lambert, părinții acestuia sunt *a fortiori* și mai îndreptățiți să acționeze în numele său în fața Curții.

În ceea ce privește al doilea criteriu, majoritatea, considerând că deciziile interne în litigiu se bazează pe certitudinea că Vincent Lambert nu ar fi dorit să fie menținut în viață în starea în care se află în prezent, apreciază că nu s-a „stabilit faptul că există o convergență de interese între ceea ce afirmă reclamantii și ceea ce și-ar fi dorit Vincent Lambert” (pct. 104 din hotărâre). Or, această afirmație ar fi exactă numai dacă – și în măsura în care – reclamantii ar pretinde că a fost încălcat dreptul lui Vincent Lambert la autonomie personală, în temeiul art. 8 din Convenție, care, potrivit jurisprudenței Curții, include dreptul unei persoane de a decide în ce fel și în ce moment se încheie viața sa (*Haas împotriva Elveției*, nr. 31322/07, pct. 51, CEDO 2011). Cu toate acestea, deși reclamantii invocă într-adevăr art. 8, aceștia o fac într-un context complet diferit: ei încearcă să apere în fața Curții integritatea fizică a lui Vincent Lambert și nu autonomia personală a acestuia. Principalele capete de cerere pe care le invocă în numele lui Vincent Lambert sunt întemeiate pe art. 2 și pe art. 3 din Convenție. Spre deosebire de art. 8, care protejează o gamă foarte largă de acțiuni umane, bazate pe alegeri personale și care merg în diferite direcții, art. 2 și art. 3 din Convenție sunt în mod evident unidirecționale, în sensul că nu implică niciun aspect negativ. Art. 2 protejează dreptul la viață, dar nu și dreptul de a muri (*Pretty împotriva Regatului Unit*, nr. 2346/02, pct. 39-40, CEDO 2002-III). În mod similar, art. 3 garantează dreptul pozitiv de a nu fi supus la rele tratamente, dar nu garantează niciun „drept” de a renunța la acest drept și de a fi, de exemplu, bătut, torturat sau înfometat până la moarte. Mai simplu, art. 2 și art. 3 sunt „căi cu sens unic”. Având în vedere că dreptul de a nu fi înfometat până la moarte era singurul drept pe care Vincent Lambert îl putea revendica în numele lui în mod valabil, în temeiul art. 2 și art. 3, nu înțelegem cum este posibil, din punct de vedere logic, să se concluzioneze o lipsă a „convergenței intereselor” între acesta și reclamantii în speță, sau cum poate să existe cea mai mică îndoială în această privință.

În aceste condiții, suntem convinși că reclamantii aveau într-adevăr calitatea procesuală de acționa în numele și pe seama lui Vincent Lambert și că diversele capete de cerere formulate de aceștia ar fi trebuit să fie declarate compatibile *ratione personae* cu dispozițiile Convenției.

3. Dorim să precizăm, de la bun început, că, dacă ar fi fost vorba despre o cauză în care persoana respectivă (în speță Vincent Lambert) și-ar fi exprimat clar dorința de a i se permite să nu continue să trăiască, având în vedere gravitatea handicapului său fizic și suferința asociată acestuia, sau care, având în vedere situația, ar fi refuzat în mod clar să primească orice hrană și lichide, nu am fi avut

nicio obiecție în privința sistării definitive sau neacordării alimentației și hidratării, în măsura în care legislația internă prevedea acest lucru (și, în orice caz, sub rezerva dreptului membrilor personalului medical de a refuza să participe la această procedură, din motive care țin de conștiință). Nu putem fi de acord cu o astfel de lege, dar, într-un astfel de caz, două drepturi protejate de Convenție se află, ca să ne exprimăm așa, situate în opoziție: pe de o parte, dreptul la viață (cu obligația corespunzătoare a statului de protejare a vieții) – articolul 2 – și, pe de altă parte, dreptul la autonomie personală, protejat de articolul 8. În fața unui astfel de conflict, putem fi de acord că trebuie să se acorde prioritate respectării „demnității și libertății umane” (fapt subliniat în cauza *Pretty împotriva Regatului Unit*, citată anterior, pct. 65). Dar nu aceasta este situația lui Vincent Lambert.

4. Conform elementelor de care dispunem, Vincent Lambert se află într-o stare vegetativă cronică, de conștiință minimă, sau chiar inexistentă. Totuși, acesta nu se află într-o stare de moarte cerebrală – există o disfuncție la un nivel al creierului, dar nu la toate nivelurile. În fapt, acesta poate să respire singur (fără ajutorul unui aparat pentru respirație artificială) și poate să digere hrana (tractul gastrointestinal este intact și funcționează), dar are dificultăți de deglutiție, adică pentru a împinge alimentele solide prin esofag. Mai important, nimic nu dovedește, într-o manieră concludentă sau altfel, că acesta simte durere (care trebuie să se distingă de disconfortul evident ce decurge din faptul că stă în permanență în poziție orizontală în pat sau în scaun cu roțile). Suntem consternați în special de un considerent formulat de reclamantii în fața Curții, în observațiile lor din 16 octombrie 2014 cu privire la admisibilitate și fond (pct. 51-52). Acest considerent, care nu a fost cu adevărat contestat de Guvern, este formulat astfel:

„Curtea trebuie să știe că [Vincent Lambert], la fel ca toate celelalte persoane aflate în stare de conștiință diminuată considerabil, poate totuși să fie ridicat, îmbrăcat, așezat într-un scaun cu roțile și scos din camera sa. Numeroase persoane aflate într-o stare similară celei în care este domnul Lambert sunt adesea găzduite în centre de îngrijire specializate și pot să își petreacă week-end-ul sau vacanțele în familie (...). Și tocmai metoda alimentației enterale este cea care le permite această formă de autonomie.

De altfel, doctorul Kariger și-a dat acordul, în septembrie 2012, pentru ca părinții acestuia să îl poată lua pe Vincent Lambert în vacanță în sudul Fraței. Acest lucru se întâmpla cu șase luni înainte de prima decizie a acestuia de suprimare a alimentației ... și, între timp, starea lui de sănătate nu se schimbaseră!

Din elementele prezentate Curții reiese că alimentația pe cale enterală implică o atingere minimă adusă integrității fizice, nu îi cauzează pacientului nicio durere și, cu puțin antrenament, o astfel de alimentație poate să fie administrată de familia sau de rudele domnului Lambert (și reclamantii și-au propus să facă acest lucru), chiar dacă amestecul de alimente ce urmează să fie administrat trebuie să fie pregătit într-o clinică sau într-un spital. În acest sens, alimentația și hidratarea pe cale enterală (momentan, independent de problema stabilirii dacă este necesar să fie denumite „tratament” sau „îngrijiri”, ori pur și simplu „hrănire”) sunt pe deplin *proporționale* cu situația în care se află Vincent Lambert. În acest context, nu înțelegem, chiar și după ce am ascultat susținerile orale din prezenta cauză, motivul pentru care autoritățile nu au permis transferarea lui Vincent Lambert într-o clinică specializată (centrul de îngrijire Bethel³), unde putea să fie îngrijit (dispensând astfel Spitalul Universitar din Reims de această obligație).

Cu alte cuvinte, Vincent Lambert este *viu* și este îngrijit corespunzător. De asemenea, acesta este hrănit – apa și hrana reprezentând două elemente de bază, esențiale pentru menținerea vieții și strâns legate de demnitatea umană. Această legătură strânsă a fost afirmată de nenumărate ori, în multe documente internaționale⁴. Așadar, adresăm următoarea întrebare: ce anume poate să justifice autorizarea de către un stat a unui medic (doctorul Kariger sau, de când acesta a demisionat și a plecat de la Spitalul Universitar din Reims⁵, a unui alt medic), în cazul de față, nu „decuplarea” lui Vincent Lambert (acesta nefiind conectat la niciun aparat care să îl mențină în viață în mod artificial), *ci mai degrabă să se înceteze sau să se întrerupă administrarea de hrană și lichide, astfel încât acesta să fie efectiv înfometat până la moarte? Care este motivul imperativ, în circumstanțele speței, care împiedică statul să intervină pentru protejarea vieții? Considerente financiare? În speță, nu a fost menționat niciunul. Suferința resimțită de Vincent Lambert? Nimic nu dovedește că acesta suferă. Sau oare pentru că nu mai este util sau important pentru societate și, în realitate, nu mai este o persoană, ci doar o „viață biologică”?*

5. Astfel cum am subliniat deja, nu există indicii clare sau certe referitoare la ceea ce își dorește (sau chiar ce și-ar dori) într-adevăr Vincent Lambert în privința continuării alimentației și a hidratării, în situația în care se află în prezent. Deși înainte de producerea accidentului în urma căruia a ajuns în starea actuală avea profesia de infirmier, acesta nu a formulat niciodată vreo „directivă anticipativă” și

nici nu a desemnat o „persoană de încredere”, în sensul diverselor dispoziții din Codul de Sănătate Publică. În decizia acestuia din 24 iunie 2014, *Conseil d'État* a exacerbat importanța conversațiilor, evident informale, pe care Vincent Lambert le-a purtat cu soția sa (și, se pare, o dată, și cu fratele său, Joseph Lambert) și a ajuns la concluzia că „nu se poate considera că [doctorul Kariger] a procedat la o interpretare inexactă a dorințelor exprimate de pacient înainte de accidentul său”⁶. Or, în cazul unor chestiuni de o asemenea gravitate, este imperios să existe o certitudine absolută. O „interpretare” a *posteriori* a ceea ce ar fi putut să spună sau să nu spună, în anii precedenți (atunci când erau perfect sănătoase), persoanele în cauză, în cadrul unor conversații informale, expune în mod evident sistemul unor abuzuri grave. Chiar dacă, în spiritul dezbaterii, se pornește de la principiul potrivit căruia Vincent Lambert își exprimase într-adevăr refuzul de a fi menținut într-o stare de dependență majoră, o astfel de declarație nu poate, în opinia noastră, să asigure un grad suficient de certitudine în ceea ce privește dorința sa de a fi privat de hrană și de apă. Astfel cum subliniază reclamantul, la punctele 153-154 din observațiile lor – ceea ce, încă o dată, nu a fost negat sau contrazis de Guvern:

„Dacă domnul Vincent Lambert ar fi avut într-adevăr voința fermă de a nu mai trăi, dacă ar fi „renunțat” din punct de vedere psihologic, dacă ar fi avut într-adevăr dorința profundă de a muri, domnul Vincent Lambert ar fi deja mort, la ora actuală. Nu ar fi supraviețuit 31 de zile fără hrană (în perioada cuprinsă între prima suprimare a alimentației sale, la 10 aprilie 2013, și prima ordonanță pronunțată de Tribunalul administrativ din Châlons-en-Champagne, la 11 mai 2013, prin care s-a dispus reluarea alimentației sale), dacă nu ar fi găsit în el o putere interioară care l-a determinat să lupte pentru a rămâne în viață. Nimeni nu știe ce este această forță a vieții. Poate că, inconștient, este vorba despre faptul că este tată și dorește să își cunoască fiica? Poate este altceva. Dar este incontestabil faptul că, prin acțiunile sale, domnul Vincent Lambert a demonstrat o forță vitală, pe care nu ar fi acceptabil să o ignorăm.

Invers, toate persoanele care au grijă de pacienți aflați într-o stare de conștiență afectată afirmă că o persoană în starea lui, care renunță la viață, moare în zece zile. În cazul de față, acesta a supraviețuit 31 de zile, fără hrană și cu o hidratare redusă la 500 ml pe zi.”

Cu toate acestea, accentul pus pe voința prezumată sau pe intențiile prezumate ale lui Vincent Lambert deturneză dezbaterea de la o altă chestiune importantă, și anume faptul că, în temeiul legislației franceze aplicabile în speță, în cazul unui pacient inconștient, care nu a redactat directive anticipative, voința acestuia și opiniile sau dorințele familiei sale nu fac decât să *completeze* analiza a ceea ce medicul care îl are în grijă percepe ca fiind o realitate medicală. Cu alte cuvinte, dorințele pacientului nu sunt, într-o astfel de situație, *în niciun caz determinante pentru rezultatul final*. Cele trei criterii prevăzute la articolul L. 1110-5 din Codul de Sănătate Publică – adică situațiile în care actele medicale par inutile, disproporționate sau par să aibă ca unic efect menținerea artificială a vieții – sunt singurele criterii pertinente. Astfel cum a subliniat *Conseil d'État*, trebuie să se țină seama de dorințele pe care pacientul le-a putut exprima și să se acorde o importanță deosebită dorinței acestuia (pct. 47 și 48 din hotărâre), dar această dorință nu este niciodată decisivă. Altfel spus, odată ce medicul responsabil a decis, precum în speță, că se aplică al treilea criteriu, zarurile sunt aruncate și procedura colectivă se rezumă, în mare parte, la o simplă formalitate.

6. În niciun caz nu se poate considera că Vincent Lambert se află într-o situație specifică „finalului vieții”. Este regretabil că, în curând, se va afla în această situație, atunci când vor fi sistate sau nu i se vor mai administra hrana și hidratarea. Persoanele aflate într-o situație și mai gravă decât cea a lui Vincent Lambert *nu sunt în fază terminală* (cu condiția să nu sufere, în același timp, de o altă patologie). Alimentația lor – indiferent dacă este considerată a fi un tratament sau îngrijiri – are ca scop menținerea lor în viață și, prin urmare, rămâne o metodă *obișnuită* de menținere a vieții, care trebuie, în principiu, să fie continuată.

7. Problemele care sunt legate de alimentație și de hidratare sunt adesea desemnate utilizând termenul „artificial”, ceea ce determină o confuzie inutilă, așa cum s-a întâmplat în speță. Orice formă de alimentație – fie că este vorba de plasarea unui biberon în gura unui sugar sau de utilizarea unor tacâmuri în sala de mese pentru a aduce hrana la gură – este, într-o anumită măsură, artificială, deoarece ingerarea hranei se face cu ajutorul unui intermediar. Dar, în cazul unui pacient aflat în starea lui Vincent Lambert, adevărata problemă care trebuie să se pună (în contextul noțiunilor de proporționalitate și caracter rezonabil, care decurg din noțiunea de obligație pozitivă care îi revine statului în temeiul articolului 2) este următoarea: hidratarea și alimentația îi oferă pacientului un beneficiu, fără să îi cauzeze o durere sau o suferință nejustificată sau un consum excesiv de resurse? În cazul unui răspuns afirmativ, există o obligație pozitivă de protejare a vieții. Dacă sarcinile depășesc beneficiile, atunci obligația statului poate să înceteze, în cazurile corespunzătoare. În acest context, adăugăm că, în plus, marja de apreciere a unui stat, menționată la punctul 148 din hotărâre, nu este

nelimitată și că, oricât de amplă ar fi, aceasta trebuie să fie apreciată întotdeauna în lumina valorilor care stau la baza Convenției, valoarea vieții fiind valoarea esențială. Curtea a declarat adesea că Convenția trebuie să fie citită ca un întreg (un principiu reamintit la punctul 142 din hotărâre) și interpretată (iar noi adăugăm, aplicată) astfel încât să promoveze coerența internă și armonia între diversele dispoziții și valori pe care le consacră [a se vedea, deși în contexte diferite, *Stec și alții împotriva Regatului Unit* (dec.) (MC), nr. 65731/01 și 65900/01, pct. 48, CEDO 2005-X; și *Austin și alții împotriva Regatului Unit* (MC), nr. 39692/09, 40713/09 și 41008/09, pct. 54, CEDO 2012]. Pentru a evalua această marjă de apreciere în circumstanțele speței și metoda aleasă de autoritățile franceze pentru a „pune în balanță” interesele concurente respective, Curtea ar fi trebuit, așadar, să acorde mai multă importanță valorii vieții. Este necesar, de asemenea, să se aducă aminte că nu este vorba despre o situație în care putem afirma în mod legitim că pot exista unele îndoieli cu privire la existența unei vieți sau a unei „vieți umane” (precum în cauzele care privesc chestiuni legate de fertilitate și care implică embrioni umani, adică legate de problema de a stabili „când începe viața umană”). De asemenea, în speță nu există nicio îndoială că Vincent Lambert trăiește. În opinia noastră, orice persoană care se află în starea lui Vincent Lambert are o demnitate umană fundamentală și trebuie așadar, conform principiilor care decurg din articolul 2, să primească îngrijiri sau tratamente obișnuite și proporționale, ceea ce include aportul de apă și hrană.

8. La fel ca și reclamanții, considerăm că legea în cauză nu este suficient de clară⁷ : referitor la ceea ce constituie un tratament obișnuit și un tratament extraordinar, ceea ce constituie obstinație lipsită de caracter rezonabil și, mai important, ceea ce prelungește (sau menține) viața *in mod artificial*. Într-adevăr, în primul rând instanțelor interne le revine obligația de a interpreta și de a aplica legea, dar noi considerăm că din decizia pronunțată la 24 iunie 2014 de către *Conseil d'État* rezultă clar că acesta a adoptat necondiționat interpretarea domnului Leonetti și, în plus, a abordat în mod superficial chestiunea compatibilității dreptului intern cu art. 2 și art. 8 din Convenție (pct. 47 din hotărâre), acordând importanță doar faptului că „a fost respectată procedura”. Într-adevăr, Curtea nu trebuie să acționeze asemenea unei instanțe de gradul patru de jurisdicție și trebuie să respecte principiul subsidiarității, dar nu într-o asemenea măsură încât să se abțină de la afirmarea valorii vieții și a demnității inerente chiar și persoanelor care se află într-o stare vegetativă, au o formă gravă de paralizie, și care sunt în incapacitatea de a-și comunica dorințele celor din jur.

9. Suntem de acord cu faptul că, din punct de vedere conceptual, trebuie să se facă o distincție legitimă între, pe de o parte, eutanasiere și sinuciderea asistată și, pe de altă parte, abținerea terapeutică. Cu toate acestea, având în vedere modul în care dreptul intern a fost interpretat și aplicat faptelor din speță care au făcut obiectul examinării Curții, nu suntem deloc de acord cu afirmațiile de la punctul 141 din hotărâre. Această cauză este una ce are ca obiect eutanasierea, chiar dacă nu se dorește să se spună lucrurilor pe nume. În principiu, nu este recomandată utilizarea unor adjective sau adverbe puternice în documente judiciare, dar, în speță, este cu siguranță extrem de contradictoriu faptul că guvernul pârât subliniază că dreptul francez interzice eutanasierea și că, prin urmare, eutanasierea nu intră în discuție în prezenta cauză. Nu putem să susținem altceva având în vedere că, în mod evident, criteriile legii Leonetti, astfel cum sunt interpretate de cea mai înaltă instanță administrativă, atunci când acestea se aplică în cazul unei persoane inconștiente și care face obiectul unui „tratament”, care nu este cu adevărat terapeutic, ci un aspect care ține pur și simplu de furnizarea unor îngrijiri, în realitate, au ca rezultat precipitarea unui deces, *care nu ar fi survenit altfel în viitorul apropiat*.

10. Raportorul public în fața *Conseil d'État* (punctele 31 și 122 din hotărâre) ar fi declarat (citând afirmațiile făcute de ministrul Sănătății în fața senatorilor care examinau proiectul de lege Leonetti) că „[d]eși gestul de a opri un tratament (...) are ca rezultat decesul, intenția din spatele gestului [nu este aceea de a ucide: ci de] a reda morții caracterul său natural și de a aduce alinare. Acest lucru este deosebit de important pentru personalul de îngrijire, al cărui rol nu este acela de a provoca decesul unei persoane.” Atât *Conseil d'État*, cât și Curtea, au acordat multă importanță acestei declarații. Nu suntem de acord cu această opinie. În afară de faptul că, astfel cum am afirmat deja, în speță, nimic nu dovedește că domnul Lambert suferă în vreun fel, această declarație ar fi corectă doar în cazul în care s-ar stabili o distincție corespunzătoare între îngrijirile (sau un tratament) obișnuite și îngrijirile (sau un tratament) extraordinare. Hrănirea unei persoane, chiar și pe cale enterală, reprezintă un act de îngrijire și, dacă se sistează furnizarea de apă și hrană sau acestea nu sunt acordate, intervine inevitabil decesul (care nu ar fi survenit altfel într-un viitor apropiat). Este posibil să nu se dorească moartea persoanei în cauză, dar, având intenția de a acționa sau de a nu acționa într-o manieră despre care se știe că, cel mai probabil, va provoca decesul, putem considera că într-adevăr există intenția de a ucide această persoană. Până la urmă, este vorba despre noțiunea de intenție pozitivă *indirectă*, și anume unul din cele două aspecte ale noțiunii de *dol* din dreptul penal.

11. În 2010, pentru a sărbători cea de-a cincizecea aniversare, Curtea a acceptat titlul de *Conștiința Europei*, publicând o lucrare cu același titlu. Presupunând, de dragul dezbaterii, că o instituție, spre deosebire de persoanele care alcătuiesc această instituție, poate să aibă o conștiință, o astfel de conștiință trebuie nu doar să fie bine informată, ci trebuie, în plus, să se fundamenteze pe înalte valori morale sau etice. Aceste valori ar trebui să fie întotdeauna farul călăuzitor, indiferent de „pleava juridică” ce poate să rezulte în cursul procesului de examinare a unei cauze. Nu este suficient să se recunoască, astfel cum s-a procedat la punctul 181 din această hotărâre, că o cauză „privește chestiuni medicale, juridice și etice deosebit de complexe”; ține de însăși esența unei conștiințe, care se bazează pe *recta ratio*, să se permită ca aspectele etice să modeleze și să ghideze raționamentul juridic până la concluzia sa finală. Tocmai acest lucru înseamnă să ai o conștiință. Regretăm că, odată cu această hotărâre, Curtea și-a pierdut dreptul de a purta titlul menționat anterior.