



COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME
EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS

MAREA CAMERĂ

CAUZA N. împotriva MARII BRITANII

(Cererea nr. 26565/05)

HOTĂRÂRE

STRASBOURG

27 mai 2008

Această hotărâre este definitivă, dar poate constitui subiectul unei revizuirii editoriale.

© Consiliul Europei/Curtea Europeană a Drepturilor Omului, 2012. Această traducere a fost efectuată cu sprijinul Fondului fiduciar pentru drepturile omului al Consiliului Europei (www.coe.int/humanrightstrustfund). Nu obligă Curtea. Pentru mai multe informații, a se vedea referințele cu privire la drepturile de autor de la sfârșitul prezentului document.

© Council of Europe/European Court of Human Rights, 2012. This translation was commissioned with the support of the Human Rights Trust Fund of the Council of Europe (www.coe.int/humanrightstrustfund). It does not bind the Court. For further information see the full copyright indication at the end of this document.

© Conseil de l'Europe/Cour Européenne des Droits de l'Homme, 2012. La présente traduction a été effectuée avec le soutien du Fonds fiduciaire pour les droits de l'homme du Conseil de l'Europe (www.coe.int/humanrightstrustfund). Elle ne lie pas la Cour. Pour plus de renseignements veuillez lire l'indication de copyright/droits d'auteur à la fin du présent document.

În cauza N. împotriva Marii Britanii,

Curtea Europeană a Drepturilor Omului, întrunită în Marea Cameră constituită din :

Jean-Paul Costa, *președinte*,

Nicolas Bratza,

Peer Lorenzen,

Françoise Tulkens,

Josep Casadevall,

Giovanni Bonello,

Ireneu Cabral Barreto,

Boštjan M. Zupančič,

Rait Maruste,

Snejana Botoucharova,

Javier Borrego Borrego,

Khanlar Hajiyeu,

Ljiljana Mijović,

Dean Spielmann,

Renate Jaeger,

Ján Šikuta,

Mark Villiger, *judecători*,

și Michael O'Boyle, *grefier adjunct*,

După ce a deliberat la 26 septembrie 2007 și la 23 aprilie 2008, în ședințe închise,

Pronunță următoarea hotărâre, adoptată la cea din urmă dată :

PROCEDURA

1. La originea cauzei se află o cerere (nr. 26565/05) îndreptată împotriva Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, prin care un cetățean al Ugandei, dna N. („reclamanta”), a sesizat Curtea la 22 iulie 2005 în temeiul articolului 34 din Convenția pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale („Convenția”). Președintele Marii Camere a acceptat cererea reclamantei de a nu-i dezvălui identitatea (articolul 47 § 3 din Regulamentul Curții),

2. Reclamanta, care a beneficiat de asistență judiciară, a fost reprezentată de dl J. Luqmani, avocat din Londra. Guvernul Marii Britanii („Guvernul”) a fost reprezentat de agentul său, dl J. Grainger, de la Ministerul Afacerilor externe și al Commonwealth.

3. Reclamanta, fiind seropozitivă, a pretins că dacă urma să fie expulzată în Uganda ea nu ar fi putut beneficia de tratamentul medical necesar și că aceasta ar constitui o încălcare a articolelor 3 și 8 din Convenție.

4. Cererea a fost repartizată Secțiunii a Patra a Curții (articolul 52 § 1 din Regulament). La 22 mai 2007 o Cameră a acestei Secțiuni, compusă din judecătorii Casadevall, Bratza, Bonello, Traja, Pavloschi, Mijović și Šikuta, precum și T.L. Early, grefierul Secțiunii, s-a desesizat în favoarea Marii Camere. Niciuna dintre părți nu s-a opus acestei decizii (articolul 30 din Convenție și 72 din Regulament).

5. Componenta Marii Camere a fost stabilită conform articolelor 27 §§ 2 și 3 din Convenție și 24 din Regulament.

6. Atât reclamanta, cât și Guvernul au depus observații scrise cu privire la admisibilitatea și fondul cauzei. În afară de aceasta, au fost recepționate observații din partea Fundației Helsinki pentru Drepturile Omului, care a fost autorizată de Președinte să intervină în procedura scrisă (articolele 36 § 2 din Convenție și 44 § 2 din Regulament).

7. La 26 septembrie 2007 la Palatul Drepturilor Omului de la Strasbourg s-a desfășurat o ședință publică (articolul 59 § 3 din Regulament).

În fața Curții s-au prezentat :

– *din partea Guvernului*

dl J. Grainger,	<i>agent,</i>
dna M. Carss-Frisk, <i>QC</i> ,	<i>consilier,</i>
dl. T. Eicke,	
dna C. Adams,	
dl P. Deller,	
dna L. Stowe,	<i>consilieri ;</i>

– *din partea reclamantei*

dnii D. Pannick, <i>QC</i> ,	
R. Scannell,	<i>consilieri,</i>
J. Luqmani,	<i>avocat.</i>

Curtea a ascultat declarațiile dnei Carss-Frisk și ale dlui Pannick, precum și răspunsurile acestora la întrebările judecătorilor Borrego Borrego și Mijović.

ÎN FAPT

I. CIRCUMSTANȚELE SPEȚEI

8. Reclamanta s-a născut în 1974 în Uganda. În prezent ea locuiește la Londra.

9. Ea a venit în Marea Britanie la 28 martie 1998 sub un nume fals. Fiind grav bolnavă, a fost spitalizată. Ulterior ea a fost diagnosticată cu HIV asociată cu „o imunosupresie gravă și (...) o răspândire a bacilului de tuberculoză”.

10. La 31 martie 1998 avocații reclamantei au înaintat în numele ei o cerere de azil. Ei afirmau că persoana în cauză a fost maltrată și violată de către Mișcarea de Rezistență Națională din Uganda din cauza legăturilor sale cu Armata de Rezistență a Domnului, și că ea își face griji pentru viața și siguranța sa în caz că ar fi expulzată.

11. În august 1998 reclamanta a dezvoltat a doua boală asociată cu SIDA, sarcomul Kaposi. Nivelul limfocitelor CD4 a scăzut la 10 (pe când cel al unei persoane sănătoase depășește 500). După o terapie antiretrovirală și supraveghere medicală permanentă, starea sănătății ei a început să se stabilizeze. Astfel, în 2005, când Camera Lorzilor a examinat cauza acesteia, nivelul CD4 se ridicase la 414.

12. În martie 2001, la cererea avocatului reclamantei, un medic a pregătit un raport de expertiză în care și-a exprimat opinia că, fără continuarea tratamentului regulat antiretroviral pentru îmbunătățirea și menținerea nivelului său de CD4 și fără supravegherea administrării corecte a combinației de medicamente, speranța reclamantei de viață ar fi mai mică de un an, din cauza răspândirii sarcomului Kaposi și a riscului de noi infecții. El a precizat că medicamentele de care reclamanta are nevoie sunt disponibile în Uganda, dar la un preț foarte ridicat și că persoana în cauză le-ar putea procura în orașul său de origine, Masaka, doar în cantități limitate. Autorul raportului de asemenea a subliniat că în Uganda nu este prevăzută nicio finanțare publică pentru testele de sânge, îngrijirile medicale primară, securitatea socială, alimentare sau locuință.

13. La 28 martie 2001 Secretarul de Stat a respins cererea de azil ca fiind lipsită de credibilitate și nefiind convins că reclamanta s-ar fi aflat în vizorul autorităților ugandeze. El de asemenea a respins și plângerea reclamantei în temeiul articolului 3, menționând că tratamentul contra SIDA în Uganda este similar cu cel oferit în oricare altă țară din Africa și că toate medicamentele antiretrovirale de bază erau disponibile în Uganda la prețuri subvenționate masiv.

14. La 10 iulie 2002 un *adjudicator* a examinat cererea de apel a reclamantei. El a respins apelul împotriva refuzului de acordare a azilului, dar a acceptat apelul, în baza hotărârii *D. c. Marii Britanii* (2 mai 1997, *Culegere de hotărâri și decizii* 1997-III), în partea în care se referea la

articolul 3. Potrivit acestuia, cauza cădea sub incidența instrucțiunilor Direcției de azil, care prevăd că o autorizație excepțională de a intra sau a rămâne pe teritoriul Marii Britanii trebuie să se acorde :

„ în cazul în care există dovezi medicale *credibile* care demonstrează că, având în vedere nivelul serviciilor medicale disponibile în țara vizată, expulzarea ar reduce speranța de viață a solicitantului și că l-ar supune unor suferințe fizice și psihice acute, numai în aceste circumstanțe se poate considera că Marea Britanie și-a asumat responsabilitatea pentru tratamentul persoanei în cauză (...)”

15. Secretarul de Stat a formulat un recurs împotriva concluziei cu privire la articolul 3, afirmând că toate medicamentele pentru tratarea SIDA disponibile în cadrul Serviciului național de sănătate din Marea Britanie puteau fi obținute pe plan local și că majoritatea dintre ele pot fi procurate la preț redus datorită proiectelor finanțate de ONU și programelor bilaterale privind SIDA finanțate de donatori. În caz de expulzare, reclamanta nu s-ar confrunta cu „o lipsă totală de tratament medical” și astfel nu ar fi supusă „suferințelor fizice și psihice acute”. La 29 noiembrie 2002 Tribunalul de Apel pentru Imigrație a acceptat recursul. El a formulat următoarea concluzie :

„ În Uganda există tratamente medicale pentru condiția medicală [a reclamantei], deși Tribunalul recunoaște că nivelul serviciilor medicale în Uganda este inferior celui disponibil în Marea Britanie și va rămâne în urmă față de noile medicamente care continuă să apară și care, în mod evident, sunt mai întâi disponibile în țările dezvoltate. Cu toate acestea, Uganda depune eforturi considerabile pentru a face față problemei privind SIDA : acolo există medicamente împotriva SIDA, sunt distribuite (cu o anumită întârziere) medicamente avansate, și numai după ce vor fi cunoscute necesitățile specifice și variate [ale reclamantei], ele vor putea fi evaluate și va fi posibil de decis asupra disponibilității tratamentului necesar. ”

16. La 26 iunie 2003 reclamanta a fost autorizată să sesizeze Curtea de Apel, iar la 16 octombrie 2003 această instanță a respins apelul cu două voturi împotriva la unul ([2003] EWCA Civ 1369). Bazându-se pe hotărârea *D. c. Marii Britanii* (citată mai sus), *Lordul Justice Laws* a enunțat următoarele (la care s-a alăturat *Lordul Justice Dyson*) :

„Diferența între bunăstarea relativă oferită într-un Stat semnatar unei persoane foarte bolnave care locuiește acolo de ceva timp, sau chiar o lungă perioadă de timp, și lipsurile și dificultățile cu care (fără să existe vreo încălcare a dreptului internațional) s-ar confrunta dacă va fi expulzată în țara sa de origine constituie, în opinia mea - chiar dacă această diferență este foarte mare – un temei foarte neînsemnat pentru o obligație legală a Statului de a acorda sau a prelungi dreptul de ședere pe teritoriul său ; o asemenea obligație nefiind susținută de nicio decizie sau politică din partea puterii democratice, executive sau legislative, a Statului. Elaborarea politicii de imigrare (...) ține de responsabilitatea întregului guvern ales. Poate fi ușor de înțeles că limitele unei asemenea responsabilități pot fi modificate prin introducerea unei obligații legale care rezultă din Convenția Europeană a Drepturilor Omului în cazul în care persoana vizată solicită să fie protejată împotriva torturii sau altor tratamente, la care riscă să fie supusă în țara sa de origine, contrar articolului 3, mai ales dacă aceste tratamente i-ar fi aplicate de către autoritățile de Stat. În opinia mea, totuși, o cerere de protecție împotriva dificultăților ce rezultă din lipsa de resurse, chiar dacă această

lipsă este și mai evidentă în contextul unei comparații cu serviciile disponibile în țara gazdă, se referă la ceva absolut diferit.

(...) Aș spune că atunci când plângerea se referă în esență la lipsa de resurse a reclamantului în țara de origine (spre deosebire cu resursele disponibile în țara din care urmează să fie expulzat), aplicarea articolului 3 nu este justificată decât doar în cazul în care aspectul umanitar al acestei cauze este atât de convingător încât autoritățile unui Stat civilizat nu-l pot ignora în mod rezonabil. Recunosc că acesta nu constituie un criteriu legal foarte exact (...), o cauză privind articolul 3 de acest fel trebuie să se întemeieze pe fapte care sunt nu doar excepționale, dar și extreme, extreme în comparație cu acele cauze care în totalitate sau în mare parte (de tipul celei examinate) apelează la compasiune din motive imperioase (...)"

Lordul Justice Carnwath, având o opinie disidentă, a declarat că nu poate afirma că faptele expuse în cauză au fost atât de clare, încât singura concluzie rezonabilă ar fi constatarea inaplicabilității articolului 3. Acesta a precizat că, având în vedere diferența flagrantă între situația reclamantei în Marea Britanie și speranță de viață redusă la care cu siguranță va fi expusă dacă va fi expulzată în Uganda, fără susținere din partea familiei, el ar fi remis cauza la instituția responsabilă de investigarea, mai exact la Tribunalul de Apel pentru Imigrație.

17. Reclamanta a fost autorizată să sesizeze Camera Lorzilor. La 5 mai 2005 înalta jurisdicție a respins, în unanimitate, recursul reclamantei ([2005] UKHL 31).

Lordul Nicholls de Birkenhead a rezumat perspectiva reclamantei după cum urmează:

„(...) În august 1998 [reclamanta] a dezvoltat de a doua maladie asociată cu SIDA, sarcomul Kaposi. În timp ce nivelul CD4 la o persoană sănătoasă depășește 500, al ei a scăzut până la 10.

Datorită medicamentelor moderne administrate și a tratamentelor medicale oferite de un personal medical competent pe parcursul unei perioade îndelungate, inclusiv un tratament prelungit și sistematic de chimioterapie, [reclamanta] se simte acum mai bine. Nivelul său de CD4 a crescut [de la 10] la 414. Starea sănătății sale s-a stabilizat. Medicii care o supraveghează afirmă că dacă va continua să beneficieze de medicamentele și serviciile disponibile în Marea Britanie, starea sănătății sale va fi satisfăcătoare pentru „zeci de ani”. Pe de altă parte, fără aceste medicamente și servicii pronosticul este „îngrozitor” : sănătatea ei se va deteriora, ea va suferi de dureri și va muri într-un an sau doi. Aceasta se va întâmpla din cauză că medicamentele antiretrovirale extrem de active pe care acum le ia nu vindecă boala și nu restabilesc starea de sănătate pe care o avea până la apariția SIDA. Aceste medicamente doar reproduc funcțiile sistemului imunitar slăbit și protejează reclamanta de consecințele deficienței imunitare atât timp cât continuă să le administreze.

Realitatea crudă este că dacă [reclamanta] se va întoarce în Uganda, ea nu este sigură că va putea procura medicamentele necesare. Întoarcerea în această țară, dacă nu va reuși să obțină asistența medicală necesară pentru supravegherea maladiei, va fi similară cu deconectarea unui dispozitiv pentru menținerea funcțiilor vitale.”

Lordul Hope, cu opinia căruia au fost de acord Lordul Nicholls de Birkenhead, Lordul Brown de Eaton-under-Heywood și Lordul Walker de

Gestingthorpe, a reprodus în detalii jurisprudența Curții (a se vedea paragrafele 32-29 de mai jos) și a declarat :

„[...] Curtea de la Strasbourg întotdeauna s-a condus de două principii esențiale. Mai întâi, datorită caracterului său fundamental, garanțiile articolului 3 sunt aplicabile indiferent de comportamentul blamabil al reclamantului [...] Într-al doilea rând, străinii amenințați cu expulzarea nu pot revendica un drept de a rămâne pe teritoriul unui Stat contractant pentru a continua să beneficieze de asistență medicală, socială sau de altă natură asigurată de Statul din care sunt expulzați. Pentru ca să existe o excepție de la această regulă, expulzarea contestată din motive medicale trebuie să se refere la situații excepționale. (...) Întrebarea asupra căreia trebuie să se concentreze instanța este dacă starea actuală a sănătății reclamantei este de așa natură încât, din motive umanitare, ea nu ar trebui să fie expulzată, cu excepția cazului dacă se poate demonstra că serviciile medicale și sociale de care aceasta are într-adevăr nevoie sunt accesibile în țara de destinație. Singurele cauze în care Curtea a hotărât că nu trebuie să se dispună expulzarea sunt *D. c. Marii Britanii* [...] și *B.B. c. Franței* [...]. În deciziile sale, Curtea de la Strasbourg a avut grijă să evite orice extindere suplimentară a categoriei de cauze excepționale, pe care o reprezintă cauza *D. c. Marii Britanii*.

S-ar putea dovedi că după adoptarea hotărârilor *D. c. Marii Britanii* și *B.B. c. Franței*, Curtea nu s-a mai confruntat cu necesitatea de a lua măsuri cu privire la consecințele evoluției tehnicilor medicale. În prezent, infecțiile cu HIV pot fi controlate eficient și nelimitat datorită administrării de medicamente antiretrovirale. Aproape în toate cazurile în care un astfel de tratament este administrat cu succes, se constată că pacienții se află într-o stare bună de sănătate. Dar aproape în toate aceste cazuri, încetarea tratamentului duce într-un timp foarte scurt la reparația tuturor simptomelor pe care pacientul le prezenta inițial și la decesul său în scurt timp. Tratamentul antiretroviral poate fi comparat cu un aparat de menținere a funcțiilor vitale. Deși efectele încetării tratamentului nu sunt imediate, ele sunt mai devreme sau mai târziu fatale. Pare a fi oarecum lipsit de ingenuitate din partea Curții de a se concentra asupra stării sănătății reclamantei care, fiind analizată cu sinceritate, depinde totalmente de tratament, continuarea căruia este într-adevăr în pericol.

Cu toate acestea nu se poate afirma că performanțele științei medicale în acest domeniu sunt ignorate de Curte. Toate cauzele recente, examinate după cauza *S.C.C. c. Suediei* demonstrează acest lucru. Curtea s-ar părea că nu a fost mișcată de aceste cauze, în opinia mea, datorită atașamentului său față de principiul că străinii care urmează a fi expulzați nu pot revendica un drept de a rămâne pe teritoriul unui Stat contractant în scopul de a continua să beneficieze de asistență medicală, socială sau de altă natură asigurată de Statul din care este expulzat. Modalitatea în care acest principiu a fost invocat și apoi aplicat în cauza *Amegnigan c. Olandei* [...] este, în opinia mea, destul de semnificativă. Ceea ce Curtea a declarat în esență, este faptul că tratamentul care riscă să nu fie accesibil reclamantului în Statul de destinație nu trebuie să fie considerat ca o circumstanță excepțională. Lucrurile ar putea fi diferite în situațiile în care s-ar afirma că acest tratament nu este deloc disponibil în această țară și că reclamantul se confruntă cu un risc inevitabil din cauza lipsei totale a unui tratament de acest fel. Dar este puțin probabil acesta să fie cazul în prezenta speță, având în vedere volumul de asistență medicală care în prezent este oferită țărilor din lumea a treia, în special celor din Africa sub-sahariană. Pentru ca circumstanțele să poată fi calificate drept „deosebit de excepționale”, cum le-a desemnat Curtea în cauza *Amegnigan*, ar trebui să se demonstreze că starea sănătății reclamantului a atins un nivel atât de critic încât există motive umanitare imperioase de a nu-l expulza într-

o locație unde nu sunt disponibile servicii medicale și sociale de care acesta are nevoie pentru a preveni suferințe extreme în timp ce moare.

[...] Atât timp cât [reclamanta] va continua tratamentul, starea sănătății sale va fi satisfăcătoare și ea va putea spera să trăiască încă multe zeci de ani. Starea sa actuală nu poate fi considerată critică. Ea îi permite să călătorească și va rămâne stabilă dacă și atât timp cât reclamanta va putea avea acces și beneficia de tratamentul necesar după întoarcerea în Uganda. S-a dovedit că acest tratament este disponibil în țara respectivă, deși la un preț foarte mare. Reclamanta mai are rude acolo, deși ea afirmă că niciuna dintre rudele sale nu va dori și nici nu va putea s-o primească și să aibă grijă de ea. În opinia mea, situația sa este similară cu cea examinată în cauzele *S.C.C. c. Suediei*, *Henao c. Olandei*, *Ndangoya c. Suediei*, și *Amegnigan c. Olandei*, în care Curtea a considerat că nu a fost îndeplinit criteriul de circumstanțe excepționale. În opinia mea, jurisprudența Curții duce în mod inevitabil la concluzia că expulzarea [reclamantei] în Uganda nu ar fi în contradicție cu articolul 3 din Convenție. [...]

Lordul Hope a ajuns la următoarea concluzie :

„[Orice extindere a principiilor stabilite în cauza *D. c. Marii Britanii*] ar avea efectul de a oferi tuturor persoanelor care se află în aceeași situație ca și [reclamanta] un drept de azil în această țară până când nivelul serviciilor medicale disponibile în țara lor de origine pentru tratamentul împotriva HIV/SIDA va fi comparabil cu cel existent în Europa. Acest lucru ar risca să atragă în Marea Britanie un număr mare de persoane deja diagnosticate cu HIV/SIDA care, de asemenea, ar putea spera să rămână aici nelimitat pentru a beneficia de serviciile medicale disponibile în această țară, ceea ce va duce la un angajament considerabil și imposibil de cuantificat de resurse, și este, cel puțin, foarte improbabil că Statele părți la Convenție vor accepta un asemenea lucru. O alternativă mai bună ar fi ca Statele să continue să-și concentreze eforturile asupra acțiunilor care sunt întreprinse în prezent, cu ajutorul companiilor farmaceutice, pentru ca îngrijirile medicale necesare să devină disponibile gratuit și pentru toată lumea în țările din lumea a treia care continuă să fie afectate de acest flagel necruțător cum este HIV/SIDA.”

Baroneasa Hale de Richmond, fiind de acord că acest recurs urmează a fi respins, a trecut în revistă a precedentele din jurisprudența națională și cea de la Strasbourg și a formulat criteriile aplicabile în felul următor :

„[...] dacă maladia reclamantului este la o etapă într-adevăr critică (altfel spus pe moarte) ar fi inuman de a-l lipsi de îngrijirile pe care le primește în prezent și de a-l trimite acasă, unde el va deceda prematur, dacă nu va putea beneficia de îngrijiri speciale care să-i permită să plece din viață cu demnitate. [...] Dar această condiție nu este întrunită în prezenta cauză.”

II. TRATAMENTUL MEDICAL PENTRU HIV ȘI SIDA ÎN MAREA BRITANIE ȘI ÎN UGANDA

18. Din informațiile pe care le-a obținut Curtea, rezultă că infecția cu HIV de obicei se tratează cu medicamente antiretrovirale. În Marea Britanie, la fel ca în majoritatea țărilor dezvoltate, aceste medicamente sunt prescrise în combinație, ceea ce constituie o „terapie antiretrovirală foarte activă” (HAART). Pentru o administrare eficientă a medicamentelor antiretrovirale este necesar ca pacientul să se afle sub supraveghere medicală permanentă,

inclusiv să efectueze analize de sânge, și personalul medical să fie disponibil pentru a ajusta la intervale frecvente dozele și tipurile de medicamente administrate. Un asemenea tratament de obicei se oferă în mod gratuit de către Serviciul național pentru sănătate.

19. În Uganda, au fost făcute încercări de a reduce dependența țării față de medicamentele importate, inclusiv prin producerea medicamentelor generice la nivel local. Cu toate acestea, la fel ca în mai multe țări din Africa sud-sahariană, disponibilitatea medicamentelor antiretrovirale este limitată din cauza insuficienței resurselor financiare și din cauza deficiențelor din infrastructura de asistență medicală necesară pentru administrarea lor eficientă. Ca urmare, potrivit unui studiu realizat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), în Uganda doar aproximativ o jumătate dintre persoanele care necesită un tratament antiretroviral beneficiază de acesta (OMS, „*Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy*” (Progresele privind accesul global la terapia antiretrovirală împotriva HIV), martie 2006, pag. 9, 11 și 72). La capitolul privind Uganda din analiza situației pe țări care a fost realizată în 2007, Programul comun al Națiunilor Unite cu privire la HIV/SIDA (ONUSIDA) și OMS de asemenea au menționat obstacolele majore în prevenirea, tratamentul și îngrijirile privind HIV : investiții publice reduse, acoperire limitată a serviciilor și lipsa unei strategii. La fel există discrepanțe considerabile între zonele urbane și cele rurale în ceea ce privește aprovizionarea cu medicamente (*World Health Organization Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up for Uganda*, decembrie 2005). În plus, progresele înregistrate în materie de acordare a îngrijirilor medicale au fost contrabalansate de numărul tot mai mare de persoane care au nevoie de tratament (ONUSIDA/OMS, „*AIDS Epidemic Update*” (Evoluția epidemiei SIDA), 2006, p. 18), iar dată fiind creșterea rapidă a populației în Uganda, rata stabilă a infectării cu HIV este o dovadă a creșterii numărului persoanelor infectate anual cu HIV (ONUSIDA/OMS, „*AIDS Epidemic Update*”, 2007, p. 17).

ÎN DREPT

I. CU PRIVIRE LA ADMISIBILITATE

20. Reclamanta a susținut că, având în vedere maladia de care suferă și faptul că ea nu poate obține în mod gratuit în Uganda medicamentele antiretrovirale și alte medicamente, asistență socială și îngrijiri medicale necesare, expulzarea sa în această țară ar putea să o expună suferințelor fizice și psihice extreme, urmate de un deces prematur, ceea ce constituie o

încălcare a articolului 3 din Convenție. Guvernul nu a fost de acord cu acest argument.

Articolul 3 prevede :

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

Articolul 8 este formulat după cum urmează :

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

2. Nu este admisă ingerința unei autorități publice în exercitarea acestui drept, decât dacă aceasta este prevăzută de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora. ”

21. Curtea consideră că cererea în întregime ridică problemele de drept suficient de serioase încât determinarea acestora să depindă de o examinare în fond. Deoarece nu a fost stabilit niciun motiv pentru a declara cererea inadmisibilă, Curtea o declară admisibilă. În conformitate cu articolul 29 § 3 din Convenție, Curtea va examina acum fondul plângerilor reclamantei.

II. CU PRIVIRE LA PRETINSA ÎNCĂLCARE A ARTICOLULUI 3 DIN CONVENȚIE

A. Argumentele părților

1. Guvernul

22. Guvernul a susținut că din jurisprudența Curții rezultă clar că în cauzele medicale de tipul celei examinate, articolul 3 se aplică doar în circumstanțe „excepționale”, mai exact „deosebit de excepționale”. Această restricție la aplicarea articolului 3 este corectă în mod principial, deoarece sursa riscului nu se află în Statul de unde este expulzată persoana și riscul reiese din factori care nu pot angaja responsabilitatea autorităților publice din Statul de destinație. Jurisprudența a demonstrat în continuare că nu putem vorbi de „circumstanțe excepționale” decât atunci când maladia reclamantului a ajuns la o stare foarte avansată sau terminală și că eventuala lipsă de îngrijiri medicale și susținere în țara de destinație, inclusiv din partea membrilor de familie, ar avea drept consecință privarea persoanei în cauză de „demnitatea sa umană esențială în măsura în care maladia își continuă în mod inevitabil calea dureroasă și fatală” (*D. c. Marii Britanii*, citată mai sus, raportul Comisiei, p. 807, § 60). Pentru a determina dacă au existat sau nu circumstanțe excepționale, Curtea s-a axat în cauzele precedente în primul rând pe gravitatea stării sănătății reclamantului la momentul când a fost prevăzută măsura de expulzare, și, până în prezent, nu

examinat detaliată situația pentru a ști dacă reclamantul ar fi putut beneficia în mod efectiv de tratamentul și îngrijirile necesare în țara de destinație.

23. Guvernul a susținut că în speță criteriul de „circumstanțe excepționale” nu a fost îndeplinit. Deși a recunoscut că fără medicamente antiretrovirale starea sănătății reclamantei s-ar agrava rapid și că ea va fi afectată de noi maladii și suferințe și că ar putea muri în termen de un an sau doi, Guvernul a afirmat că în prezent maladia s-a stabilizat și tratamentul necesar este disponibil în Uganda, deși la un preț foarte mare. El susține că reclamanta poate călători și dacă la întoarcere în Uganda i se va acorda tratamentul necesar, starea sănătății sale va rămâne stabilă atât timp cât va beneficia de acest tratament. Reclamanta dispunea de o familie în această țară, chiar dacă afirmă că rudele nu vor dori și nici nu vor fi în stare să aibă grijă de ea dacă va fi grav bolnavă. Din aceste motive, prezenta speță diferă de cauza *D. c. Marii Britanii* și se referă la categoria de cauze medicale în care Curtea a respins plângerea întemeiată pe articolul 3 (a se vedea paragrafele 34-39 de mai jos).

24. Progresele realizate în tratamentul infecției cu HIV și SIDA în țările dezvoltate nu au influențat asupra principiului general menționat mai sus, după cum este prevăzut în jurisprudența Curții ce a urmat după hotărârea *D. c. Marii Britanii*; în aceste cauze accentul este plasat mai degrabă pe asigurarea unei morți demne, decât pe prelungirea vieții. Interpretarea Convenției, ca și a oricărui tratat internațional, este condiționată de acordul Statelor contractante. Efectul practic al extinderii aplicării articolului 3 asupra cauzei reclamantei ar fi acordarea acesteia, precum și multor alte persoane afectate de SIDA sau alte maladii fatale, a dreptului de a rămâne într-un Stat contractant și de a continua să beneficieze acolo de tratament medical. Este de neconceput ca Statele contractante să accepte o asemenea prevedere. Convenția a fost elaborată, în primul rând, în scopul de a garanta drepturi civile și politice, dar nu drepturi economice și sociale. Protecția oferită de articolul 3 este absolută și fundamentală, în timp ce prevederile referitoare la serviciile medicale incluse în alte instrumente internaționale, cum ar fi Carta socială europeană și Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, constituie mai degrabă aspirații decât drepturi ce pot fi exercitate în mod direct. A permite unui reclamant să pretindă acces la servicii medicale prin „ușa din spate” a articolului 3 ar lipsi Statele de orice marjă de apreciere, ceea ce ar fi absolut inaplicabil și contrar spiritului Convenției.

2. Reclamanta

25. Reclamanta a susținut că pentru a angaja responsabilitatea Statului într-o cauză ce implică o expulzare, era necesar ca reclamantul să stabilească, în primul rând, dacă Statul putea prevedea în mod rezonabil că acțiunea sau inacțiunea poate provoca un prejudiciu, și, într-al doilea rând, că acest prejudiciu ar atinge nivelul de gravitate al unui tratament interzis

prin articolul 3. Evaluarea care urmează să fie efectuată de Curte într-o cauză de expulzare nu diferă de cea pe care o efectuează în orice altă cauză în care se pretinde un prejudiciu viitor sub aspectul articolului 3; în plus, evaluarea care trebuie efectuată într-o cauză de expulzare a unei persoane bolnave de SIDA sau de o altă maladie gravă nu diferă de cea care trebuie efectuată atunci când riscul supunerii la rele tratamente emană de la autoritățile publice din țara de destinație. Mai mult decât atât, nu există nicio distincție conceptuală între suferințele extreme provocate de expulzarea unei persoane aflate în pragul morții și pregătită din punct de vedere moral să înfrunte această provocare și cea cauzată de expulzarea unei persoane care din punct de vedere moral nu este pregătită de moarte după ce a rămas în viață datorită unui tratament care riscă să fie întrerupt.

26. În speță, elementele dosarului au demonstrat un contrast puternic între situația actuală a reclamantei și soarta acesteia dacă va fi expulzată. *Adjudicatorul* a considerat că suferințele fizice și psihice extreme, precum și moartea prematură erau consecințe previzibile ale expulzării. Această concluzie nu a fost contestată pe parcursul procedurii naționale și Lordul Hope a preluat-o în mod explicit în declarația sa (paragrafele 14-17 de mai sus).

27. Reclamanta susține că cinci din cei șase frați și surori pe care i-a avut au decedat în Uganda din cauza maladiilor asociate cu HIV. Ea a asistat la decesul lor și cunoaște din experiență că medicii din Uganda pot numai să încerce să atenueze simptomele acestora. Spitalul din orașul ei natal este foarte mic și nu este echipat pentru a trata SIDA. Fiind încă prea extenuată pentru a lucra, reclamanta afirmă că nu se va putea întreține și nu-și va putea procura medicamentele dacă va fi expulzată în Uganda, unde condițiile sale de trai vor fi îngrozitoare : în curând starea sănătății sale se va agrava considerabil și, din lipsa rudelor care s-o poată ajuta, ea va fi lăsată în voia sorții. În timpul anilor petrecuți în Marea Britanie, ea și-a format o viață privată datorită stabilirii relațiilor cu persoane și asociații care au ajutat-o să trăiască cu această maladie și care i-au acordat asistența medicală, socială și psihologică necesară.

3. *Terțul intervenient*

28. Fundația Helsinki pentru Drepturile Omului, organizație neguvernamentală cu sediul în Varșovia, Polonia, afirmă că standardele stabilite de Curte ar afecta un număr mare de persoane infectate cu HIV/SIDA și consideră că, profitând de această ocazie, Curtea ar trebui să definească factorii ce trebuie luați în considerare la adoptarea unei măsuri de expulzare în privința unei persoane infectate cu HIV/SIDA. În opinia sa, printre acești factori ar trebui să fie incluse drepturile dobândite de această persoană în cauză dacă ea a fost admisă în mod legal în țara gazdă și dacă a beneficiat acolo de o terapie antiretrovirală; starea sănătății persoanei vizate, și mai ales gradul de dependență de terapie antiretrovirală, precum și

accesibilitatea medicamentelor necesare în țara de origine pentru persoana în cauză.

B. Aprecierea Curții

1. Principii generale privind articolul 3 și expulzarea

29. În conformitate cu jurisprudența constantă a Curții, pentru a se încadra în domeniul de aplicare a articolului 3, relele tratamente trebuie să atingă un nivel minim de gravitate. Evaluarea acestui nivel minim este relativă; ea depinde de toate circumstanțele cauzei, inclusiv durata tratamentelor, efectele lor fizice sau mintale și, în unele cazuri, de sexul, vârsta și starea sănătății victimei (a se vedea, printre multe altele, *Jalloh c. Germaniei* [GC], nr. 54810/00, § 67, CEDH 2006-...). Suferința din cauza unei maladii survenite în mod natural, indiferent dacă este fizică sau mintală, poate implica aplicabilitatea articolului 3 dacă aceasta este sau riscă să fie agravată de un tratament – fie că acesta rezultă din condițiile de detenție, dintr-o expulzare sau alte măsuri – pentru care autoritățile pot fi responsabile (*Pretty c. Marii Britanii*, nr. 2346/02, § 52, CEDH 2002-III, *Kudla c. Poloniei* [GC], nr. 30210/96, § 94, CEDH 2000-XI, *Keenan c. Marii Britanii*, nr. 27229/95, § 116, CEDH 2001-III, și *Price c. Marii Britanii*, nr. 33394/96, § 30, CEDH 2001-VII).

30. Jurisprudența Curții enunță drept principiu bine stabilit în dreptul internațional, că Statele contractante au dreptul de a controla intrarea, șederea și expulzarea cetățenilor străini, sub rezerva obligațiilor care rezultă din tratatele la care sunt parte, inclusiv din Convenție. Totodată, expulzarea de către un Stat contractant poate ridica o problemă cu privire la articolul 3 și, prin urmare, poate antrena responsabilitatea Statului respectiv în temeiul Convenției, în cazul când există motive substanțiale pentru a crede că persoana în cauză, dacă va fi expulzată în țara de destinație, se va confrunta cu un risc real de a fi supusă unui tratament contrar articolului 3. În acest caz, articolul 3 include obligația de a nu expulza persoana în cauză în țara respectivă (*Saadi c. Italiei* [GC], nr. 37201/06, §§ 124-125, CEDH 2008-...).

31. Articolul 3 se aplică în primul rând pentru a preveni returnarea sau expulzarea atunci când riscul că persoana, în țara de destinație, va fi supusă relelor tratamente rezultă din acțiunile intenționate ale autorităților publice din țara respectivă sau din cele ale organismelor neguvernamentale, împotriva cărora autoritățile nu pot acorda o protecție corespunzătoare (*H.L.R. c. Franței*, hotărârea din 29 aprilie 1997, *Culegere* 1997-III, § 32, *Ahmed c. Austriei*, hotărârea din 17 decembrie 1996, *Culegere* 1996-VI, p. 2207, § 44).

2. *Jurisprudența Curții cu privire la articolului 3 și la expulzarea persoanelor grav bolnave*

32. Mai mult decât atât, în afară de aceste situații și având în vedere importanța fundamentală a articolului 3 în sistemul Convenției, Curtea a declarat în hotărârea *D. c. Marii Britanii* (citată mai sus, § 49) că își rezervă o flexibilitate suficientă pentru a examina aplicarea acestui articol în alte situații care ar putea surveni, atunci când sursa riscului de aplicare a tratamentelor interzise în țara de destinație rezultă din factori care nu pot implica, nici direct, nici indirect, responsabilitatea autorităților publice din această țară sau din factori care, evaluați în mod separat, nu încalcă în sine standardele acestui articol.

33. În cauza *D. c. Marii Britanii*, reclamantul era un cetățean din Sf. Kitts, condamnat în Marea Britanie pentru comiterea infracțiunilor legate de droguri. După ce și-a executat pedeapsa cu închisoarea, autoritățile britanice au încercat să-l expulzeze în Sf. Kitts. Între timp reclamantul ajunsese la o etapă avansată a SIDA. Atunci când Curtea îi examina cauza, nivelul lui de CD4 era mai mic de 10, sistemul lui imunitar era grav afectat și irecuperabil, iar pronosticul era dintre cele mai îngrijorătoare; reclamantul era pe moarte. Acesta a beneficiat de asistență psihologică privind modalitatea de conștientizare a trecerii în neființă și a stabilit legături cu persoanele care aveau grijă de el. Din materialele prezentate în fața Curții rezulta că centrele medicale din Sf. Kitts nu erau echipate pentru a-i oferi tratamentul necesar și reclamantul nu avea nici domiciliu, nici rude care să aibă grijă de el în țara respectivă. Curtea s-a exprimat în felul următor (paragrafele 53-54) :

„Având în vedere aceste circumstanțe excepționale și faptul că reclamantul a ajuns la o etapă critică a maladiei sale fatale, executarea deciziei de a-l expulza în Sf. Kitts ar constitui, din partea Statului pârât, un tratament inuman și degradant care contravine articolului 3.

[...] Statul reclamat și-a asumat responsabilitatea pentru tratamentul medical al reclamantului din august 1994. Acesta a devenit dependent de îngrijirile medicale și paliative de care beneficiază în prezent și, fără îndoială, este pregătit pentru moarte într-o ambianță familială și totodată umană. Deși nu putem afirma că situația lui în țara de destinație ar constitui, în sine, o încălcare a articolului 3, expulzarea acestuia îl va expune unui risc real de a muri în condiții deosebit de dureroase și, prin urmare, ar constitui un tratament inuman.

[...]

În acest context, Curtea subliniază că cetățenii străini care și-au executat pedeapsa și urmează să fie expulzați nu pot, în principiu, pretinde niciun drept de a rămâne pe teritoriul Statului contractant în scopul de a continua să beneficieze de asistența medicală, socială sau de altă natură, care le-a fost acordată în timpul aflării în închisoare de Statul din care urmează să fie expulzați.

Cu toate acestea, având în vedere circumstanțele deosebit de excepționale ale acestei cauze și considerentele umanitare imperioase care sunt implicate, trebuie de

concluzionat că executarea deciziei de expulzare a reclamantului ar constitui o încălcare a articolului 3.”

34. După pronunțarea hotărârii în cauza *D. c. Marii Britanii*, Curtea nu a mai concluzionat în alte cauze de contestare a deciziei Statului de expulzare a străinilor, că executarea acestei decizii ar constitui o încălcare a articolului 3 din cauza sănătății precare a persoanei vizate.

35. În cauza *B.B. c. Franței* (hotărârea din 7 septembrie 1998, *Culegerea* 1998-VI), reclamantul care și-a executat pedeapsa cu închisoarea în Franța, era afectat de SIDA asociat cu o imunosupresie acută. El se afla la o etapă avansată a maladiei și deseori având nevoie de spitalizare, însă starea sănătății ulterior se stabilizează datorită administrării unei terapii antiretrovirale care, în opinia reclamantului, nu era disponibilă în țara de origine, Republica Democratică Congo. În raportul său, Comisia a considerat că exista o mare probabilitate că în caz de expulzare reclamantul nu va avea acces la tratamentele pentru inhibarea răspândirii virusului și că numeroasele epidemii care fac ravagii în țara sa vor spori riscul infectării. Comisia a precizat că a-i cere reclamantului să lupte cu maladia de unul singur, fără susținere din partea familiei, probabil ar însemna de a-l pune în imposibilitatea de a-și păstra demnitatea umană odată cu evoluția maladiei. Ea a concluzionat că expulzarea ar constitui o încălcare a articolului 3. Cauza a fost deferită Curții, dar înainte ca aceasta să se pronunțe Guvernul francez s-a angajat să nu expulzeze reclamantul și astfel cauza a fost radiată de pe rol.

36. În cauza *Karara c. Finlandei* (nr. 40900/98, decizia Comisiei din 29 mai 1998), reclamantul, un cetățean al Ugandei, din 1992 urma un tratament împotriva infecției HIV. Comisia a diferențiat această cauză de cauzele *D. c. Marii Britanii* și *B.B. c. Franței*, deoarece maladia reclamantului nu ajunsese la o etapă atât de avansată încât expulzarea lui să constituie un tratament interzis de articolul 3. Prin urmare, cererea a fost declarată inadmisibilă.

37. Reclamanta din cauza *S.C.C. c. Suediei* ((dec.), nr. 46553/99, 15 februarie 2000), era o cetățeană a Zambiei, căreia i-a fost refuzată permisiunea de a intra în Suedia, unde aceasta locuise anterior și urmase un tratament împotriva HIV. Ea a prezentat dovezi medicale care atestau că tratamentul destinat să-i prelungească viața ar avea o rată de succes mult mai mare dacă ar fi continuat în Suedia, deoarece în Zambia nivelul serviciilor medicale și posibilitățile de monitorizare a stării sănătății nu era atât de înalt ca în Suedia. Curtea a declarat cererea inadmisibilă, din cauza că potrivit unui raport al ambasadei Suediei în Zambia, în țara respectivă există același tip de tratament pentru SIDA, doar că este disponibil la un preț mult mai mare, dar în Zambia locuiau copiii și rudele reclamantei. Având în vedere starea sănătății reclamantei în perioada respectivă, Curtea a concluzionat că expulzarea acesteia în Zambia nu ar constitui un tratament interzis de articolul 3.

38. În anul următor, Curtea a adoptat hotărârea *Bensaid c. Marii Britanii* (nr. 44599/98, CEDH 2001-I). Reclamantul, cetățean al Algeriei, suferea de schizofrenie și de câțiva ani urma un tratament în Marea Britanie. Curtea a respins în unanimitate plângerea în temeiul articolului 3. Aceasta s-a exprimat după cum urmează (alineatele 36-40):

„În speța respectivă, reclamantul suferă de o maladie mintală de lungă durată, schizofrenie. În prezent el administrează un medicament, olanzapina, care îl ajută să controleze simptomele. În cazul în care s-ar întoarce în Algeria, nu ar mai putea obține gratuit acest medicament pentru tratament ambulatoriu. El nu beneficiază de asigurare medicală și nu poate pretinde rambursarea costurilor. Dar reclamantul ar putea beneficia de acest medicament dacă ar fi spitalizat sau dacă l-ar procura dintr-o farmacie pentru tratament ambulatoriu. La fel este probabil ca în țara respectivă să fie disponibile și alte medicamente utilizate pentru tratarea bolilor mintale. Cel mai apropiat spital, care poate asigura tratamentul, este situat în Blida, la 75-80 km de localitatea unde se află familia persoanei în cauză.

În opinia reclamantului, dificultățile întâmpinate la procurarea acestui medicament și stresul provocat de întoarcerea în această regiune a Algeriei, afectată de violențe și acte de terorism, i-ar compromite grav sănătatea. O agravare a maladiei mintale de care deja suferă i-ar putea provoca o reapariție a delirului și a halucinațiilor psihotice, ce ar fi putut determina acțiuni distructive la adresa propriei sale persoane sau a altor persoane, și ar constitui un obstacol pentru viața sa socială (cum ar fi retragerea și lipsa de motivație). Curtea consideră că suferințele asociate unei asemenea recidive ar putea, în principiu, cădea sub incidența articolului 3.

Cu toate acestea, Curtea observă că reclamantul riscă o recidivă chiar dacă ar rămâne în Marea Britanie, deoarece maladia sa este de lungă durată și necesită o supraveghere permanentă. Trimiterea reclamantului în Statul de destinație, la fel ca și schimbările care vor surveni în sprijinul personal și accesul la tratament, cu siguranță vor spori acest risc. Reclamantul susține că alte medicamente ar ameliora mai puțin starea sănătății sale și că spitalizarea sa va fi o ultimă soluție. Cu toate acestea, reclamantul are acces la un asemenea tratament în Algeria. Faptul că situația în țara respectivă nu este la fel de favorabilă reclamantului ca cea din Marea Britanie, nu este decisiv din punctul de vedere al articolului 3 din Convenție.

Curtea consideră că riscul reclamantului de a suferi o deteriorare a sănătății sale în eventualitatea întoarcerii sale în Algeria și de a nu va primi susținerea sau asistența medicală corespunzătoare în cazul unei asemenea deteriorări, este, în mare măsură, speculativ. Argumentele referitoare la atitudinea familiei reclamantului, musulmani de credință, dificultățile întâmpinate la Blida și efectele acestor factori asupra sănătății sale sunt de asemenea speculative. Din informațiile prezentate de părți nu rezultă că situația din această regiune nu permite deplasarea la spital. Reclamantul personal nu este o țintă probabilă a actelor teroriste. Deși familia sa nu dispune de un mijloc de transport, există totuși posibilitatea de a soluționa problema deplasării.

Curtea admite că starea sănătății reclamantului este gravă. Cu toate acestea, având în vedere pragul înalt stabilit de articolul 3, mai ales atunci când cauza nu atrage responsabilitatea directă a Statului contractant pentru cauzarea prejudiciului, Curtea consideră că nu există un risc suficient de real pentru ca expulzarea reclamantului în aceste condiții să fie incompatibilă cu standardele articolului 3. În speța dată nu există circumstanțele excepționale prezente în cauza *D. c. Marii Britanii* (citată mai sus) în care reclamantul se afla la etapa terminală a unei maladii fatale, SIDA, și nu putea

spera să beneficieze de îngrijiri medicale sau de susținerea familiei în cazul expulzării în Sf.Kitts.”

39. În cauza *Arcila Henao c. Olandei* ((dec.), nr. 13669/03, 24 iunie 2003), reclamantul era un cetățean columbian, care în timpul executării pedepsei cu închisoarea pentru trafic de droguri a fost diagnosticat cu HIV și, respectiv, tratat cu medicamente antiretrovirale. Curtea a considerat că starea sănătății reclamantului la momentul examinării cererii era satisfăcătoare, dar se putea agrava în cazul întreruperii tratamentului. Ea a menționat că tratamentul necesar era „în principiu” disponibil în Columbia, unde locuia tatăl și cei șase frați ai reclamantului. Curtea a diferențiat această cauză de cauzele *D. c. Marii Britanii* și *B.B. c. Franței* (ambele citate mai sus), pe motiv că maladia reclamantului nu a ajuns la o etapă avansată sau terminală și că persoana în cauză putea beneficia de îngrijiri medicale și susținerea familiei în țara sa de origine. Prin urmare, ea consideră că situația reclamantului nu era atât de excepțională, încât expulzarea lui să constituie un tratament incompatibil cu prevederile Convenției și a declarat cererea inadmisibilă.

40. În cauza *Ndangoya c. Suediei* ((dec.), nr. 17868/03, 22 iunie 2004), reclamantul era un cetățean tanzanian supus unei terapii antiretrovirale care a permis reducerea infecției cu HIV până la un nivel la care aceasta să nu mai poată fi detectabilă. Persoana respectivă susținea că avea puține șanse să-și continue tratamentul în Tanzania și că în cazul întreruperii acestuia sistemul său imunitar ar fi degradat într-o perioadă scurtă, într-un an sau doi ar fi apărut SIDA și el ar fi decedat pe parcursul a trei sau patru ani. Curtea a declarat cererea inadmisibilă din cauza că maladia nu se afla la o etapă avansată sau terminală, medicamentele corespunzătoare puteau fi procurate și în Tanzania, deși la un preț mult mai mare și în cantități mai limitate în zona rurală unde locuia reclamantul, și că persoana în cauză și-a păstrat legăturile cu membrii familiei care eventual l-ar putea ajuta.

41. Curtea a ajuns la o concluzie similară în cauza *Amegnigan c. Olandei* ((dec.), nr. 25629/04, 25 noiembrie 2004), în care reclamantul, originar din Togo, urma un tratament antiretroviral în Olanda. Dovezile medicale atestau că în cazul întreruperii tratamentului reclamantul va intra într-o etapă avansată a maladii, care datorită caracterului său incurabil va prezenta un risc iminent pentru viața acestuia. Un raport cu privire la situația din Togo demonstra că tratamentul respectiv era disponibil acolo, dar o persoană fără asigurare medicală nu putea beneficia de acesta fără susținerea financiară a familiei. Curtea a declarat cererea vădit neîntemeiată în sensul articolului 3, din cauză că reclamantul nu era la o etapă avansată a SIDA și nu era afectat de infecțiile asociate acesteia. Totodată, fiind de acord că în caz de încetare a tratamentului boala reclamantul ar recidiva, Curtea a menționat că terapia corespunzătoare este disponibilă în principiu în Togo, deși prețul acesteia ar putea fi mult mai mare.

3. Principiile care rezultă din jurisprudența Curții

42. Prin urmare, Curtea observă că după adoptarea hotărârii *D. c. Marii Britanii* ea a aplicat în mod consecvent următoarele principii.

Cetățenii străini împotriva cărora a fost dispusă o măsură de expulzare nu pot, în principiu, revendica un drept de a rămâne pe teritoriul unui Stat contractant pentru a putea continua să profite de asistența și serviciile medicale, sociale și de altă natură oferite de Statul din care urmează să fie expulzați. Faptul că în cazul expulzării situația reclamantului va degrada în mod considerabil, inclusiv va fi redusă în mod semnificativ speranța lui de viață, nu este suficient în sine pentru a fi constatată o încălcare a articolului 3. Decizia de expulzare a unui străin afectat de o maladie severă psihică sau mintală într-o țară unde mijloacele de tratare a acestei maladii sunt inferioare celor disponibile în Statul contractant ar putea ridica o problemă de compatibilitate cu articolul 3, dar numai în cazuri deosebit de excepționale, când motivele umanitare împotriva expulzării sunt convingătoare. În cauza *D. c. Marii Britanii*, circumstanțele deosebit de excepționale se refereau la faptul că reclamantul era grav bolnav și părea fi aproape de moarte, că nu era sigur că va putea beneficia de asistență sau îngrijiri medicale în țara sa de origine și că nu avea acolo nicio rudă care să dorească sau să poată să se ocupe de el sau care să-i ofere elementar hrană, adăpost sau asistență socială.

43. Curtea nu exclude că pot exista alte cazuri deosebit de excepționale, în care motivele umanitare ar fi la fel de convingătoare. Cu toate acestea, Curtea consideră că trebuie să fie menținut pragul înalt pe care l-a stabilit în hotărârea *D. c. Marii Britanii* și l-a aplicat în jurisprudența sa ulterioară, prag pe care îl consideră principal corect deoarece în asemenea cauze, prejudiciul care se pretinde că poate surveni în viitor ar rezulta nu din omisiunile deliberate ale autorităților publice sau organelor non-statale, dar dintr-o maladie apărută în mod obișnuit și din lipsa resurselor suficiente pentru a-i face față în țara de destinație.

44. Deși multe dintre drepturile pe care le enunță au implicații de natură economică sau socială, Convenția vizează în primul rând protecția drepturilor civile și politice (*Airey c. Irlandei*, hotărârea din 9 octombrie 1979, seria A nr. 32, § 26). În plus, tendința de a asigura un echilibru just între solicitările de interes general ale comunității și cerințele de apărare a drepturilor fundamentale ale individului este inerentă întregii Convenții (*Soering c. Marii Britanii*, hotărârea din 7 iulie 1989, seria A nr. 161, p. 161, § 89). Progresele realizate în domeniul medicinei și diferențele socio-economice între țări pot determina o variație considerabilă a nivelului de tratament disponibil în Statul contractant și cel existent în țara de origine. Deși este necesar ca, având în vedere importanța fundamentală a articolului 3 în sistemul Convenției, Curtea să păstreze o anumită flexibilitate pentru a preveni expulzarea în cazuri deosebit de excepționale, articolul 3 nu impune Statului contractant obligația de a atenua asemenea diferențe prin acordarea

asistenței medicale gratuite și nelimitate tuturor străinilor care au fost lipsiți de dreptul de ședere pe teritoriul său. O concluzie contrară ar constitui o povară prea mare pentru Statele contractante.

45. În cele din urmă, Curtea consideră că, deși prezenta cerere, ca și majoritatea celor citate mai sus, vizează expulzarea unei persoane infectate de HIV și de maladii asociate cu SIDA, aceleași principii ar trebui să fie aplicate în cazul expulzării oricărei persoane afectate de o maladie gravă fizică sau mintală care survine în mod natural, susceptibilă de a provoca suferințe și dureri, de a reduce speranța de viață și care necesită un tratament medical specializat care s-ar putea să nu fie ușor accesibil în țara de origine a reclamantului sau să fie disponibil numai la un preț mare.

4. Aplicarea principiilor menționate mai sus în prezenta cauză

46. Curtea observă de la început că deși a solicitat azil în Marea Britanie și cererea sa a fost respinsă, reclamanta nu a pretins că expulzarea sa în Uganda ar expune-o unui pericol de a fi supusă în mod intenționat relexor tratamente din motive politice. Plângerea sa în temeiul articolului 3 are la bază doar starea gravă a sănătății sale și lipsa tratamentului medical corespunzător în țara de origine.

47. În 1998 ea a fost diagnosticată cu două noi maladii asociate cu SIDA, precum și o imunosupresie acută. Datorită tratamentului medical de care a beneficiat în Marea Britanie, starea sănătății sale este acum stabilă. Ea poate călători și atât timp cât va continua să primească tratamentul necesar, sănătatea ei nu se va deteriora. Cu toate acestea, din elementele probante aduse în fața instanțelor naționale rezultă că dacă reclamanta va fi lipsită de medicamentele administrate în prezent, starea ei se va agrava rapid și va trebui să lupte cu această maladie, suportând disconfort, dureri și va muri în decurs de câțiva ani (paragrafele 14-17 de mai sus).

48. Potrivit informațiilor colectate de Organizația Mondială a Sănătății (paragraful 19 de mai sus), în Uganda există medicamente antiretrovirale, deși din lipsa surselor suficiente doar jumătate dintre persoanele care au nevoie de ele le pot obține. Reclamanta pretinde că nu dispune de mijloace pentru a cumpăra aceste medicamente și nu le va putea obține în regiunea rurală de unde provine. Aparent reclamante are rude în Uganda, dar ea afirmă că ele nu ar fi dispuse sau capabile să aibă grijă de ea, dacă va fi grav bolnavă.

49. Autoritățile britanice au acordat reclamantei asistență medicală și socială finanțată din fondurile publice pe parcursul a nouă ani, în pe durata cărora instanțele naționale și Curtea au examinat solicitarea ei de azil și plângerile ei în temeiul articolelor 3 și 8 din Convenție. Acest lucru totuși nu înseamnă în sine că Statul reclamat este obligat să-i acorde în continuare o asemenea asistență.

50. Curtea admite că atât calitatea, cât și speranța de viață a reclamantei vor fi afectate de expulzarea ei în Uganda. Cu toate acestea, în prezent,

reclamanta nu se află într-o stare critică. Aprecierea rapidității cu care se va agrava starea ei și măsura în care ar putea beneficia de tratament medical, susținere și îngrijiri, inclusiv ajutor din partea rudelor, implică un anumit grad de speculații, având în vedere evoluția permanentă a situației în domeniul tratării infecției cu HIV și SIDA la nivel mondial.

51. În opinia Curții, cauza reclamantei nu este diferită de cauzele citate la paragrafele 33-41 de mai sus. Aceasta nu dezvăluie circumstanțe deosebit de excepționale, cum ar fi cele din cauza *D. c. Marii Britanii* (citată mai sus), și punerea în aplicare a deciziei de expulzare a reclamantei în Uganda nu constituie o încălcare a articolului 3 din Convenție.

III. CU PRIVIRE LA PRETINSA ÎNCĂLCARE A ARTICOLULUI 8 DIN CONVENȚIE

52. Reclamanta a reclamat că în temeiul articolului 8, situația cu care se va confrunta la întoarcere în Uganda va fi de așa natură, încât va afecta dreptul său la respectarea vieții private.

53. Curtea consideră că nu există vreo problemă distinctă în temeiul articolului 8 din Convenție. Prin urmare, examinarea acestei plângeri nu este necesară.

PENTRU ACESTE MOTIVE, CURTEA

1. *Declară*, în unanimitate, cererea admisibilă ;
2. *Hotărăște*, cu paisprezece voturi împotriva la trei, că expulzarea reclamantei în Uganda nu ar constitui o încălcare a articolului 3 din Convenție,
3. *Hotărăște*, cu paisprezece voturi împotriva la trei, că nu este necesar să examineze plângerea în temeiul articolului 8 din Convenție.

Redactată în limbile franceză și engleză, apoi pronunțată în ședința publică la Palatul Drepturilor Omului din Strasbourg la 27 mai 2008.

Michael O'Boyle
Grefier adjunct

Jean-Paul Costa
Președinte

La prezenta hotărâre se anexează, în conformitate cu articolele 45 § 2 din Convenție și 74 § 2 din Regulament, expunerea opiniilor separate comune ale dnei Tulkens, dlui Bonello și dlui Spielmann.

J.-P.C.
M.O.B.

Opiniile separate nu sunt traduse, însă sunt disponibile în limba engleză și franceză în versiunile în limbile oficiale ale hotărârii care pot fi consultate în baza de date a jurisprudenței Curții HUDOC.

© Consiliul Europei/Curtea Europeană a Drepturilor Omului, 2012

Limbile oficiale ale Curții Europene a Drepturilor Omului sunt engleza și franceza. Această traducere a fost realizată cu sprijinul Fondului fiduciar pentru drepturile omului al Consiliului Europei (www.coe.int/humanrightstrustfund). Nu obligă Curtea, care, de altfel, nu își asumă răspunderea pentru calitatea acesteia. Traducerea poate fi descărcată din baza de date HUDOC a Curții Europene a Drepturilor Omului (<http://hudoc.echr.coe.int>) sau din oricare altă bază de date în care Curtea a făcut această traducere disponibilă. Poate fi reproducă în scop necomercial, cu condiția ca titlul cauzei să fie citat în întregime, împreună cu referirea la dreptul de autor menționat anterior la Fondul fiduciar pentru drepturile omului. Dacă intenționați să utilizați vreun fragment din această traducere în scop comercial, vă rugăm să contactați publishing@echr.coe.int.

© Council of Europe/ European Court of Human Rights, 2012

The official languages of the European Court of Human Rights are English and French. This translation was commissioned with the support of the Human Rights Trust Fund of the Council of Europe (www.coe.int/humanrightstrustfund). It does not bind the Court, nor does the Court take any responsibility for the quality thereof. It may be downloaded from the HUDOC case-law database of the European Court of Human Rights (<http://hudoc.echr.coe.int>) or from any other database with which the Court has share it. It may be reproduced for non-commercial purposes on condition that the full title of the case is cited, together with the above copyright indication and reference to the Human Rights Trust Fund. If it is intended to use any part of this translation for commercial purposes, please contact publishing@echr.coe.int.

© Conseil de l'Europe/ Cour Européenne des Droits de l'Homme, 2012

Les langues officielles de la Cour Européenne des Droits de l'Homme sont le français et l'anglais. La présente traduction a été effectuée avec le soutien du Fonds fiduciaire pour les droits de l'homme du Conseil de l'Europe (www.coe.int/humanrightstrustfund). Elle ne lie pas la Cour, et celle-ci décline toute responsabilité quant à sa qualité. Elle peut être téléchargée à partir de HUDOC, la base de jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (<http://hudoc.echr.coe.int>) où de toute autre base de données à laquelle HUDOC l'a communiquée. Elle peut être reproduite à des fins non commerciales, sous réserve que le titre de l'affaire soit cité en entier et s'accompagne de l'indication de copyright ci-dessus ainsi que la référence au Fonds fiduciaire pour les droits de l'homme. Toute personne souhaitant se servir de tout ou partie de la présente traduction à des fins commerciales est invitée à le signaler à l'adresse suivante: publishing@echr.coe.int.